



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ
ЖУРНАЛ

4

(80)
2014

PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

**БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ
МУАММОЛАРИ**

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

**ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ
И МЕДИЦИНЫ**

**МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ**

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ,
ФИЗИОТЕРАПИИ И СПОРТИВНОЙ
МЕДИЦИНЫ»**

Научный журнал по теоретическим и практическим
проблемам биологии и медицины

основан в 1996 году
выходит ежеквартально

Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ

Редакционная коллегия:

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

2014, № 4 (80)

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Самаркандский Государственный
медицинский институт

Адрес редакции:

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

Телефон:

(99866) 233-36-79

Факс

(99866) 233-71-75

(99866) 231-00-39

e-mail

sammi-jurnal-pbim@umail.uz

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

Подписано в печать 03.10.2014.

Сдано в набор 03.11.2014.

Формат 60x84 1/16

Усл. п.л. 19,5

Заказ 270

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

Ответственный за выпуск номера:
З.Б. Курбаниязов

РЕАБИЛИТАЦИЯ МЛАДЕНЦЕВ, ПЕРЕНЕСШИХ СЕПСИС

А.В. Алимов, А.М. Шамсиев, Д.Т. Раббимова

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Самаркандский государственный медицинский институт

Нарушение функций жизненно-важных органов на фоне расстройства гомеостаза в целом у младенцев перенесших острый или подострый сепсис создает риск затяжного или рецидивирующего течения, кроме того перенесенный бактериальный стресс отражается на дальнейшем росте и развитии ребенка. Есть все основания полагать, что у переболевших в раннем возрасте детей формируется вторичная иммунологическая недостаточность или пролонгация становления иммунитета. Все это диктует необходимость обязательного проведения реабилитационных мероприятий у этих детей. В связи с этим целью нашего исследования явилась оценка эффективности применения комплекса реабилитационных мероприятий у младенцев с сепсисом в процессе катамнестического наблюдения. Материал и методы исследования: Катамнестическим наблюдением охвачены 60 детей в возрасте от 1 месяца до 1 года, получивших лечение по поводу сепсиса в филиале РНПМЦП детская хирургия г. Самарканда. При катамнестическом обследовании учитывались показатели физического, психомоторного развития, состояние функционирования органов и систем и иммунный статус. Состояние вегетативного обеспечения адаптационно-приспособительных реакций оценивали по данным кардиоинтервалографии (КИГ). Обследования на этапе реабилитации проводили каждые 3 мес, в течение 12 мес., по необходимости - чаще.

Результаты исследования и их обсуждение. Дети перенесшие сепсис, которые находились под нашим наблюдением, имели различные отклонения: практически у каждого отмечались нарушения в психомоторном развитии, у значительного числа детей имелись стойкие нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта,

связанные с развитием приобретенной ферментопатии с клиникой дисбактериоза 1-2 степени (96%), умеренные проявления гепатомегалии (84%), изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (59%), у всех детей отмечалась анемия. Индекс напряжения варьировал от 1589 до 2000 ед., т.е. характеризовал сохранившуюся напряженность адаптационных процессов у детей перенесших сепсис и возможно может явиться критерием повторного срыва механизмов адаптации, способствующего рецидиву сепсиса у этих детей.

Проведено сравнительное исследование в двух группах детей, получавших в реабилитационном периоде комплекс восстановительной терапии с проведением мер по коррекции биоценоза кишечника, нейрометаболическую терапию и иммунокоррекцию вифероном (I группа) и детей получавших только иммуномодулятор т-активин (II группа), показало достоверную эффективность комплексного подхода в реабилитации. Через 6 месяцев после начала курса реабилитации состояние и самочувствие детей I группы было стабильно удовлетворительным, клинических признаков воспаления не отмечалось. 72,7% детей догнали сверстников по весу, психомоторное развитие соответствовало возрасту у 30,3% детей. У 84,8% не отмечалось кишечной дисфункции. Рецидива септического процесса и острых респираторных инфекций за этот период времени в этой группе обследованных не отмечалось ни у одного ребенка. В показателях Т-хелперов, соотношения CD4+/CD8+, иммуноглобулинов А, G достоверно увеличилось по сравнению с исходными значениями в начале периода восстановления и достигли нормальных значений к этому сроку реабилитации.

КИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИНИНГ СУГАЛСИМОН ФОРМАСИДА АДВАНТАН МАЗИНИ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ БИЛАН БИРГА ҚЎЛЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

О.Р. Абдамитов, Ш.К. Ахмедов, Ф.Ф. Жураева

Самарканд давлат тиббиёт институти

Ишнинг максоди: сугалсимон формаси ўзига хос кечишга эга бўлиб тугунчаларнинг сурилиши одатдаги даволаш чоралари ёрдамида анча мушкуллик туғдиради. Шуни ҳисобга олган холда касалликнинг ушбу формасида физиотерапевтик муолажалар асосан электрофорездан фойдаланишни лозим топдик. Бунда электрофорез Поток-1 П-1 аппарати ёрдамида тугунчаларга адвантан мазини аппликация қилишнинг самарадорлиги ўрганиш мақсад қилиб олинди.

Текширишнинг материаллари ва услублари: қизил ясси темиртки касаллигининг гипертрофик ёки сугалсимон шакли билан касалланган 14 нафар бемор кузатувимиз остида бўлди. Уларнинг ёши 15-35 ёш оралиғида бўлиб, касалликка чалинганига 3-5 йил бўлган. Ушбу беморларда тугунчалар тез-тез пайдо бўлиши, кучли қичиш безовта қилиб, барча даво чораларида ҳам тугунчаларнинг сурилиб кетиши жуда қийинчилик билан содир бўлаётганлиги ва ҳатто баъзи беморларда тугунчалар умуман сурилмасдан қолаётганлиги маълум бўлди. Барча беморлар доимий равишда антигистаминлар, седатив препаратлар, гипосенсибилизациялов-

чи препаратлар қабул қилиш билан бир қаторда маҳаллий даво сифатида турли хил гормонал мазлардан фойланиб келишган.

Беморлар икки гуруҳга яъни асосий ва контрол гуруҳларига бўлиниб иш олиб борилди. Асосий гуруҳга киритилган 7 нафар беморга умумий даво чоралари ўтказилиши билан бир вақтда электрофорез Поток-1 П-1 аппарати ёрдамида тугунчаларга адвантан мази 10 марта кунига 1 мартадан, 15 минутдан аппликация қилинди. Контрол гуруҳга киритилган беморларга эса умумий даво чоралари ўтказилди ва адвантан мази фақат суртишга берилди.

Натижалар: ўтказилган тажрибадан натижалар қуйидагича намоён бўлди. Электрофорез Поток-1 П-1 аппарати ёрдамида тугунчаларга адвантан мази аппликация қилинган беморларнинг барчасида даволашнинг 5-6 кунларидан тугунчалар ҳажмининг кескин қичрая бошлаганлиги, даволашнинг охириги кунларига бориб тугунчалар деярли сурилиб кетганлиги кузатилди. Контрол гуруҳдаги беморларнинг 3 нафарига даволаш охирига келиб тугунчалар ҳажми қичрая бошлади,

қолган 4 нафар беморларда эса тутунчалар сақланиб турарди.

Шундай қилиб, қизил ясси темираткининг сугалсимон ёки гипертрофик формасида умумий даво муолажалари билан бир қаторда маҳаллий даво сифатида

электрофорез Поток-1 П-1 аппарати ёрдамида тутунчаларга адвантан мазини тавсия этиш сезиларли ижобий ўзгаришларга олиб келиши аниқланди ва биз даволашнинг бу усулларида фойдалинишни амалиётга тавсия этамиз.

АЛКОГОЛ АНОЗОГНОЗИЯ ФЕНОМЕНИ МАВЖУД БЎЛГАН БЕМОЛЛАРДА АФФЕКТИВ БУЗИЛИШЛАРНИ МИРТЕЛ ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

А.С. Абдиназаров, З.Ш. Ашуров

Тошкент тиббиёт академияси

Мақсад: алкоголь анозогнозияли беморларда аффектив бузилишларни комплекс даволашда антидепрессант - миртел самарадорлигини ўрганиш.

Вазифалар: Миртел препаратини белгиланган даволаш схемаси асосида берилганда алкоголь анозогнозияли беморларда депрессив симптомларни динамикасини ўрганиш.

Текширув материали ва услублари: бизда алкоголь анозогнозия феномени учрайдиган 29 та беморда текширув ва даволаш ўтказилди. Беморлар Тошкент шаҳар наркология диспансери ва Республика наркология марказида кузатув остида бўлишди. Катамнестик кузатув давомийлиги 2 -ойдан иборат бўлди. Иш давомида депрессив симптомларни баҳолашда диагностик шкала – Гамильтон шкаласидан фойдаланилди. Бунда Гамильтон шкаласи билан текшириш даволашдан олдин, даволашни тўртинчи ҳафтасида, олтинчи ҳафтасида ўтказилди. Текширувга сурункали алкоголизм I, II, III, IV босқич, ёши 20дан 35 ёшгача (аёллар) бўлган, касаллик давомийлиги 5 йилдан-10 йилгача бўлган беморлар олинди. Барча текширилаётган беморлар бир неча маротаба наркологик диспансерда даволаниб чиқишган. Барча беморлар танловсиз 2 гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳ (асосий гуруҳ=15)га миртел препарати берилди. Иккинчи гуруҳ (назорат гуруҳи=14)га амитриптиллин таблеткаси тавсия қилинди. Кейинроқ асосий ва назорат гуруҳ беморлари ўртасида таққослаш ўтказилди.

Натижалар: тўртинчи ҳафтанинг охирига келиб Гамильтон шкаласини умумий ўртача бали асосий гуруҳда 49,7% ва назорат гуруҳида 19,5% гача пасайганлиги кузатилди. Олтинчи ҳафтани охирларига келиб Гамильтон шкаласини умумий ўртача бали асосий гуруҳда 71,3%,назорат гуруҳида эса 30,6% гача пасайиш кузатилди.

Бундан кўриниб турибдики, Гамильтон шкаласини умумий ўртача балининг пасайиши назорат гуруҳида асосий гуруҳга нисбатан сезиларли даражада секин ва камроқ намоён бўлади. Ўтказилган текширувлар кўрсатдики алкогольга қарам беморларда даволаш схемасига миртел препаратини киритиш даволаш эффективлигини сезиларли даражада ўстиради ва алкогольга қарамликни бошқа симптомларига ҳам ижобий таъсир қилади.

Хулоса: алкоголь анозогнозияли беморларда аффектив бузилишларни даволаш схемасига миртел препаратини қўшиш мақсадга мувофиқдир. Текширув натижалари кўрсатдики, миртел препарати амитриптиллинга нисбатдан яққол антидепрессив эффектга ва ножўя таъсирларини камлиги сабабли беморлар яхши ўзлаштиради. Миртел яққол антидепрессив хусусияти таҳминан 3 ҳафталарда намоён бўлади. Аффектив бузилишларни камайиши беморларни тезроқ алкогольга қарамликдан озод бўлишига олиб келади. Бу эса реабилитация ва соғлиғини тикланишига тезроқ олиб келади.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ОТКРЫТЫХ СОЧЕТАННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Б.А. Абдукаримов, Н.Х. Муродов

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: изучить результаты лечения открытых сочетанных переломов костей у детей и дать экспертную оценку полученным результатам.

Материалы и методы: В наших наблюдениях открытые переломы в сочетании с повреждениями других органов и систем встречались у 55 больных, что составляет 5,5% из общего числа больных с открытыми переломами костей. Из них у 18 детей были множественные переломы, у 37 имели место изолированные открытые переломы. Среди сочетанных повреждений преобладала черепно-мозговая травма (80,1% случаев). Травматический шок констатирован у 88,9% больных.

Результаты. Больные были разделены по принципу выделения доминирующей травмы. Понятие «доминирующая травма» крайне важно для решения тактических задач острого периода травмы. Она подразумевает выделение нами наиболее опасного для жизни повреждения. В связи с тем, что наибольшей степенью опасности обладают повреждения внутренних органов, сочетанные повреждения опорно-двигательного аппарата были разделены на 2 вида: доминирующая травма внутренних органов и доминирующая травма элементов опорно-двигательного аппарата. В свою очередь в

каждую группу сочетанных травм были включены как изолированные, так и множественные открытые переломы. В 1-ю группу (доминирующая травма внутренних органов) вошли 14 больных. Лечебные мероприятия, касающиеся опорно-двигательного аппарата (открытый перелом), заключались в наложении временной иммобилизации гипсовой лонгетой с обязательным проведением футлярного обезболивания выше места повреждения. На рану накладывали повязку, смоченную антисептическими растворами. Все остальные мероприятия, касающиеся лечения открытого перелома, откладывались до выведения больного из шокового состояния и выяснения характера повреждения жизненно важных органов (внутреннее кровотечение), срочную операцию предпринимали на фоне проводимой инфузионной терапии, не дожидаясь полного выведения ребенка из шокового состояния. 3 больных 1-й группы скончались в первые часы после поступления в стационар (двое детей с тяжелой ЧМТ, один ребенок с множественными закрытыми и открытыми переломами костей, разрывом мочевого пузыря, синдромом длительного сдавления грудной клетки). Во 2-ю группу (доминирующая травма опорно-двигательного аппарата) мы включили 41 боль-

ного с открытыми переломами различной локализации. Лечебные мероприятия этим больным выполнялись поэтапно и носили строго индивидуальный характер. Таким образом, у больных 2-й группы к лечению открытого перелома приступали только выведения ребенка из шокового состояния. Длительное откладывание операции до полного выведения из шока, как правило, не приводило к успеху. Поэтому в первые часы после поступления на фоне продолжающихся противошоковых и реанимационных мероприятий производили

раннюю хирургическую обработку. Такая тактика давала возможность остановить кровотечение в размозженных тканях, уменьшить интоксикацию и боли.

Выводы: В заключение необходимо отметить, что принцип распределения больных с открытыми переломами с сочетанной травмой по доминирующим повреждением позволяет правильно определить лечебную тактику и может быть полезным в экспертной практике для выбора критериев оценки степени тяжести телесных повреждений при данной травме.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

Б.А. Абдукаримов, Н.М. Буранкулова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучить результаты диагностики и лечения сочетанных травм у детей и дать им экспертную оценку.

Материалы и методы. Проанализировано 160 случаев сочетанных и множественных повреждений, которые имелись у детей, лечившихся в клинике ТашПМИ в последние 5 лет. Мальчиков было 117, девочек 43. В возрасте до 3 лет было 7 детей, от 3-до 6 лет -25, от 7 до 10 лет- 77, от 10 до 14 лет -51 ребенок. Автотравма отмечена у 92 детей, бытовая травма у 578, школьная у 10, прочие виды травм у 1 ребенка.

Результаты: Наиболее часто сочетанная травма у детей наблюдалась весной и ранней осенью (72% от всех травм, по времени суток наибольшее количество сочетанных травм приходится на временной промежуток с 9 до 11 часов дня и с 17 до 20 часов, т.е. в самое насыщенное движением автотранспорта время). Как правило, сочетанные повреждения возникали при транспортной травме, при падении с высоты, реже по другим причинам (падение строительных материалов на ребенка, спортивная травма, огнестрельные ранения и пр.) В течение 3-х часов с момента травмы в стационар были доставлены 112 (70%) детей, до 6 часов - 24(15%), до 12 часов -9, до 24 часов -7, спустя сутки -8 детей. Наиболее часто наблюдалось сочетание ЧМТ с повреждением длинных трубчатых костей - 116, множественные повреждения трубчатых костей и костей таза с разрывом уретры или мочевого пузыря - 10, сочетанные повреждения костей и органов желудочно-кишечного тракта - 8, переломы костей с повреждением почек - 10, множественные переломы с повреждением органов дыхания - 8, переломы костей в сочетании с обширным повреждением мягких тканей - 5. Диагностика сочетанных травм у детей затруднена из-за того, что клиническая картина

обычно затушевывается наложением различных симптомов при одновременном поражении нескольких органов, сопровождающихся явлениями шока. Общее состояние у 7 детей было удовлетворительным, у 78 средней тяжести, у 55 тяжелым. Явления травматического шока отмечались у 37 больных: шок 1 степени 17, 2 степени 1-у 12, 3 степени -у 8 детей. В диагностике тяжелой сочетанной травмы важное значение имеет определение ведущего патологического синдрома, непосредственно угрожающего жизни ребенка, что необходимо для патогенетически направленной интенсивной терапии и реанимации. После выведения ребенка из шока проводились необходимые дополнительные исследования и консультации специалистов, после чего вырабатывалась хирургическая тактика. Выбор тактики лечения детей с сочетанными травмами во многом определяется, какое повреждение является наиболее серьезным и непосредственно угрожает жизни ребенка. Хотя тяжесть состояния больного обусловлена суммой различных повреждений, в большинстве случаев удается выделить основные и сопутствующие повреждения. Из 160 наблюдаемых нами детей с сочетанной травмой 69 нуждались в интенсивной терапии, а 7 -в реанимационных мероприятиях.

Таким образом, сочетанные повреждения занимают значительное место в общей структуре детского травматизма и имеют тенденцию к росту. Лечение детей с сочетанными повреждениями должно быть комплексным. Своевременная диагностика, определение ведущего повреждения, правильный выбор очередности консервативных и оперативных мероприятий являются основными факторами улучшения исходов лечения сочетанной травмы у детей.

РАННЕЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С КИСТАМИ И СВИЩАМИ ШЕИ

О.А. Абдукодилов, Ш.Г. Худайбердиев, Н.С. Арифжанов

Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр педиатрии

Цель: улучшить результаты лечения больных с кистами и свищами шеи путем ранних физиотерапевтических мер.

Материалы и методы: в клинической базе ТашПМИ и РСНПМЦП обследовано 58 больных в возрасте от 1 до 17 лет с кистами и свищами шеи, которые пребывали на лечении в хирургическом отделении в период с 2007 по 2014 г. Мальчиков было - 39 (67,2%), девочек - 19 (32,7%). Срединная киста и свищи шеи диагностирована у 35

(60,3%) больных, боковая киста и свищи - у 23 (39,6%). В возрасте 1-3 лет - 18 (31%), 4-7 лет - 25 (43,1%), 8-11 лет - 8 (13,8%), 12-17 лет - 7 (12,1%) больных.

Диагностика основывалась на клинических данных, в частности, осмотре и пальпации шеи. Из дополнительных методов исследования применяли пункцию образования, фистулографию, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию.

Результаты: у всех больных проведено оперативное лечение. Всем больным после операции проведено в течение 5 дней местная физиотерапия. Хорошие результаты наблюдалось у 25 больных (96,2% наблюдений). У одного пациента в течение 2 недель наблюдался воспалительный инфильтрат в области послеоперационного рубца, которая самостоятельно исчезло без осложнений, в результате проведенной местной физио-

терапии. Рецидивов после оперативного лечения кист не наблюдалось.

Заключение: лечение кист шеи – оперативное. Радикальное удаление кисты предупреждает возникновение рецидивов заболевания. Применение физиотерапевтического лечения дает возможность предотвратить ранние местные воспалительные осложнения в послеоперационном периоде.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА

А.Х. Абдуллаев, М.Ю. Алиахунова, Б.А. Аляви, С.К. Нуритдинова, Д.Р. Тагаева

ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации» МЗ РУз

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Известно, что медикаментозная терапия остеоартроза/остеоартрита (ОА) не решает проблемы восстановительного лечения. Актуален поиск новых результативных методов лечения и реабилитации больных.

Наши исследования показали, что большинство больных с ОА не получали своевременную и соответствующую медицинскую помощь. Например, к врачу обратились только треть пациентов старше 50 лет с болями в суставах в течение 1 года и более. Остальные занимались самолечением. Выраженная интенсивная боль, приводящая к функциональным нарушениям, были поводами для своевременного обращения к врачу. Пациенты не всегда соблюдали рекомендации врачей. В течение первых 6 месяцев наблюдения многие отказались от лекарственных средств. Стремление больных к немедикаментозным методам профилактики и лечения усиливалось при хорошем клиническом эффекте. Немедикаментозная терапия включала: обучение пациента; программу самоуправления; снижение массы тела при избыточной массе; упражнения на увеличение объема движений; силовые упражнения; вспомогательные устройства для ходьбы; наколенники; соответствующую обувь; стельки (для варусного колена); ортезы. Особое значение имели предупреждение / лечение беспокойства и депрессии; улучшение/поддержание аэробной активности, физического состояния: увеличение физической активности и обязательное выполнение упражнений на дому. Назначали физиотерапию (электролечение, гальванизация диадинамические токи синусоидальные модулированные токи, интерференц-, ультразвук-, ультравысокочастотную, дециметровую, миллиметровую, световую, магнитную и лазеротерапию, инфракрасное излучение, дарсонвализацию и индуктотермию). Выбор физиотерапевтического метода и упражнений проводился в соответствии с состоянием конкретного больного, занятия в группе лечебной физической

культуры (ЛФК) позволили изучить оптимальные упражнения для сустава. Назначали комплекс мер, способствующих улучшению подвижности сустава. Индивидуальные программы и конкретные формы, средства и методики и физиотерапии и ЛФК зависели от стадии, локализации, особенности течения заболевания и определялись индивидуально врачом после обследования и оценки функционального состояния пациента. Постепенно увеличивали объем движений, частоту повторений определяли состоянием и готовностью мышечно-связочного аппарата. Чередовали активные и пассивные движения с изометрическим сокращением мышц; исключали движения, причиняющие боль. Упражнения проводили в положении лежа или сидя, нагрузки соответствовали индивидуальным возможностям больного. Больной знал, что с суставом и заболеванием надо жить, работать, считаться, изменить образ жизни, когда двигательная активность адекватно сочетается с режимом разгрузки сустава. Эти методы, наряду с соблюдением здорового образа жизни, необходимым сбалансированным питанием больных были основными в лечении ОА, особенно на начальной стадии его развития. Их можно применять также на любой стадии заболевания (противопоказано при тяжелой сопутствующей патологии). Индивидуальные программы самоконтроля и обучения больных помогали их активному участию в сохранении своего здоровья.

Следовательно, эффективность немедикаментозных мер зависит от правильности выбора метода лечения на данной стадии заболевания с учетом функциональной способности пациента. Они способствуют сохранению подвижности суставов, укреплению околоуставных мышц и стабилизации сустава, повышению выносливости околоуставных мышц, их расслаблению и улучшению условий кровообращения в конечности, улучшению опороспособности и работоспособности.

ДОЗИРОВАННЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ И ЛЕВОКАРНИТИН В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

А.Х. Абдуллаев, Б.А. Аляви, Д.К. Туляганова, Д.З. Нуритдинова, Д.Р. Тагаева

ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», МЗ РУз

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель: Сравнительное изучение эффективности дозированных физических нагрузок и метаболической терапии левокарнитином при реабилитации больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза.

Материал и методы. Больные с ХСН I и II функционального класса (ФК) (NYHA), 44-59 лет (средний воз-

раст 53,5±5,8 года), получавшие стандартную базисную терапию в зависимости от ФК ХСН, разделены на 4 группы. Пациенты I и II групп (по 17) дополнительно получали энерготропный препарат Алмоба (L-карнитин) (Гранд Медикал ЛТД, Великобритания) в дозе 1г/5,0 мл в/в, струйно, в течение 10 дней, затем - внутрь и занимались лечебной физической культурой

(ЛФК), соответственно со второй и третьей степенями двигательного режима. III и IV группы (по 12, контроль) составили больные, занимавшиеся ЛФК. Оценка эффективности проводилась по артериальному давлению (АД), частоте сердечных сокращений и дыхания (ЧСС, ЧД), пробы Генча и Штанге, шкале ШОКС, ЭКГ, ВЭМ и тесту 6-минутной шаговой ходьбы (ТШХ). Тренировочный уровень определялся как сумма пульса покоя и 60% от его прироста при нагрузке. Изучали липиды, показатели свертываемости крови, цитокины, эндотелиальную функцию.

Результаты исследования. До реабилитации для больных были характерны гиперлипидемия, нарушение вазодилатирующих свойств эндотелия, изменения цитокинового профиля. ЛФК проводили с учётом толерантности пациента к физическим нагрузкам (расслабление мышц, дыхательные статические и динамические упражнения с дозированным усилением нагрузки, тренировка диафрагмы и скелетных мышц грудной клетки). У больных, получавших ЛФК со второй степенью двигательной нагрузки (I гр.) (щадящий тренирующий двигательный режим), по сравнению с исходными данными и группой контроля (III), выявлено повышение двигательных возможностей, уменьшение одышки с 4 до 2 баллов, урежение ЧД, ЧСС, увеличение пороговой нагрузки до 100 Вт и положительная динамика дыхательных проб. У получавших ЛФК с третьей степенью нагрузки (щадяще-тренирующий, переход к тренирующему режиму), наблюдалось заметное увеличение

двигательных возможностей, ослабление одышки при быстром подъеме по лестнице с 3 до 1 балла при незначительных изменениях этого показателя в контроле (IV гр.). У больных, получавших Алмоба, увеличилась пороговая нагрузка до 150 Вт, отмечено увеличение времени задержки дыхания с 14 до 25 сек (с 14 до 18 сек в контроле) по данным пробы Генча, увеличение времени задержки дыхания с 25 до 40 сек (с 25 до 35 сек в контроле) по данным пробы Штанге. При оценке ХСН по шкале ШОКС отмечалось более быстрое и стабильное клиническое улучшение состояния пациентов, получавших Алмоба, усиление сократительной способности миокарда, по данным ЭКГ, АД, ЧСС, улучшение газообмена по данным ЧД, проб Генча, Штанге. ЛФК и Алмоба значительно увеличивали пройденное расстояние по ТШХ (на 7-15%). Физические тренировки улучшают микроциркуляцию в мышцах и органах, увеличивают легочную вентиляцию, замедляют формирование и прогрессирование осложнений, повышают толерантность к физическим нагрузкам и качество жизни больных ХСН. Препарат Алмоба, улучшающий метаболические процессы в миокарде значительно повысил эффективность реабилитации.

Следовательно, дозированная ЛФК с учётом ФК ХСН и толерантности пациента к физическим нагрузкам в сочетании с препаратом Алмоба, значительно повышает эффективность реабилитации пациентов и может быть рекомендована на всех её этапах.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

К.Р. Абдушукурова, Ш.Н. Худойкулова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Оценка эффективности комплексной программы реабилитации (КПР) больных ранним ревматоидным артритом (РА) в течение 5 мес.

Материал и методы исследования: Обследовано 60 больных ранним РА 34 пациентам основной группы на фоне медикаментозной терапии проводилась КПР в течение 6 мес. Стационарный этап (2 нед), включал магнитотерапию кистей, коленных или голеностопных суставов по 15 мин (10 процедур), лечебную физкультуру (ЛФК) под руководством инструктора и эрготерапию (обучение лечебным положениям, методам защиты суставов, правилам поднятия и переноса предметов, применению вспомогательных устройств, упражнениям для кистей) — 10 занятий по 45 мин, фонофорез с индометациновой мазью на пораженные суставы по 15 мин (10 процедур). Амбулаторный и домашний этапы: ЛФК 3 раза в неделю по 45 мин, формирование правильного функционального стереотипа, фонофарез. Контрольная группа пациентов (26 больных) получали только медикаментозную терапию. Оценивались число болезненных (ЧБС) и припухших (ЧПС) суставов, СОЭ, уровень С-реактивного белка (СРБ), боль в суставах по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, 100 мм), индексы DAS28, HAQ, RAPID3, сила сжатия кистей, средние мощности разгибания коленных и сгибания голеностопных суставов с помощью En-TreeM-анализа движений, приверженность применению фармакологических и немедикаментозных методов лечения. Результаты: В основной группе наблюдалась стабильно высокая комплаентность использования базисной терапии, уменьшилась потребность в симптоматических препаратах,

увеличилась приверженность методам формирования правильного функционального стереотипа, фонофарезу, регулярным занятиям ЛФК. 22 больных закончили 5-месячную КПР, 12 пациентов не завершили лечение из-за низкой приверженности немедикаментозным методам, в первую очередь — ЛФК. После окончания стационарного этапа КПР в основной группе наблюдалась достоверная положительная динамика боли и функционального статуса, но значимого влияния на показатели общей воспалительной активности (ЧПС, СОЭ, СРБ, DAS28) не было. Через 5 мес КПР ЧБС снизилось на $6,0 \pm 1,8$, или на 72,3% ($p < 0,01$), ЧПС — на $4,0 \pm 1,2$, или 74,1% ($p < 0,01$), СОЭ — на 58,2% ($p < 0,01$), СРБ — на 67,2% ($p < 0,01$), боль по ВАШ — на 70,4% ($p < 0,01$), DAS28 — на $1,38 \pm 0,21$ балла, или на 31,9% ($p < 0,05$), HAQ — на $0,97 \pm 0,56$ балла, или на 75,8% ($p < 0,01$), RAPID3 — на $5,98 \pm 0,92$ балла, или на 60,1% ($p < 0,01$). Сила сжатия более пораженной кисти увеличилась на 44,9% ($p < 0,05$), менее пораженной — на 31,3% ($p < 0,05$). Средняя мощность разгибания более слабого коленного сустава повысилась на 88,7% ($p < 0,01$), более сильного — на 67,7% ($p < 0,01$). Средняя мощность сгибания более пораженного голеностопного сустава возросла на 81,6% ($p < 0,01$), менее пораженного — на 70,2% ($p < 0,01$). Через 5 мес динамика в контрольной группе носила менее значимый характер, что определило достоверные различия между группами по всем показателям.

Выводы: 5-месячная КПР повышает комплаентность использования медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, помогает контролировать активность заболевания, улучшает функциональные возмож-

ности, двигательную активность и качество жизни больных ранним РА. Основной причиной прерывания

КПР является недостаточная приверженность пациентов немедикаментозным методикам.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАФТАЛАНА И БИОПТРОНТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ

С.Г. Абрамович, Е.А. Семенищева, М.В. Стрежнева, И.Н. Роменюк, Л.С.Шорохова

*Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования,
Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД»,
Больница восстановительного лечения на ст. Иркутск – Пассажирский ОАО «РЖД», (Россия)*

Целью исследования явилось научное обоснование применения у больных остеоартрозом коленных суставов комплексной методики лечения, включающей сочетание применения аппликаций рафинированного нафталана и облучений некогерентным поляризованным светом аппарата «Биоптрон».

Материал и методы исследования. В открытом проспективном рандомизированном контролируемом клиническом исследовании приняли участие 64 больных ГА в возрасте от 40 до 69 лет с рентгенологической стадией по Kellgren-Lawrence 1-3, 0-1 степенью нарушения функции суставов. Были сформированы две группы: 1-ю (основную) группу составили 34 пациента, которым на фоне стандартной базисной медикаментозной терапии, массажа и лечебной физкультуры дополнительно назначали аппликации рафинированного нафталана в сочетании с облучением аппаратом «Биоптрон». Во 2-ю группу (сравнения) вошли 30 пациентов, получавшие стандартную базисную медикаментозную терапию, процедуры массажа, лечебной физкультуры и аппликации рафинированного нафталана. Изучалась выраженность болевых ощущений по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), определялся индекс Leguesne, уровень качества жизни (КЖ), проводилось тестирование с использованием Оксфордской шкалы для коленного сустава, индекса WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index) и теста «время прохождения 15 метров».

Результаты исследования. При анализе динамики болевого синдрома по шкале ВАШ отмечено статисти-

чески достоверное снижение его выраженности только у представителей 1-ой группы, динамика индекса Lequesne к концу 2-х недельного наблюдения у них составила 34,3% ($p=0,002$). Динамическое обследование больных с ГА выявило, что сумма баллов по Оксфордской шкале для коленного сустава уменьшилась в 1-й группе с $36,11 \pm 9,43$ до $28,46 \pm 8,10$ в среднем на 21,3% ($p=0,009$). Во 2-й группе динамика этого показателя оказалась статистически недостоверной ($p>0,05$). Время прохождения 15 м пациентами 1-й группы уменьшилось с $25,22 \pm 7,72$ до $20,28 \pm 8,63$ с (19,6%; $p=0,001$).

При проведении анализа показателей КЖ выяснено, что в группе больных, получавших сеансы комплексной физиотерапии, отмечалось достоверное повышение показателей, отражающих физическую составляющую здоровья: значение шкалы физического функционирования увеличилось на 35,7% ($p = 0,000...$), ролевого физического функционирования – на 20,3% ($p = 0,001$), телесной боли – на 29,8% ($p = 0,000...$). Это явилось причиной существенного прироста суммарного показателя, характеризующего физическое здоровье, который у представителей 1-й группы увеличился после курса лечения на 27,7% ($p=0,000...$).

Выводы. Комплексное применение нафталана и селективной хромотерапии способствует у больных ГА снижению болевого синдрома, улучшению функционального состояния пораженных коленных суставов и нормализации качества жизни пациентов при отсутствии побочных эффектов.

ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КОРВИТОЛОМ И СИОФОРМ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Т.А. Авазова, Н.М. Хаитова, Х.А. Ашрапов, Г.И. Суннатов, Г.Т. Маджидова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель: изучение влияния комплексной терапии на параметры суточного мониторинга АД, биохимические показатели у больных с метаболическим синдромом.

Материалы и методы: В исследование были включены 46 мужчин с индексом массы тела $25,0 - 32,2 \text{ кг/м}^2$ в возрасте от 25 до 65 лет.

Все исследуемые лица на фоне гипокалорийного питания принимали сиофор в суточной дозе 500 мг 1 раз в день в течение 3-х месяцев и корвитол дозе 25-50 мг 2 раза в день. Больные были разделены случайным способом на 2 группы: I группа (22 больных) получали корвитол, II группа помимо антигипертензивного лечения получала сиофор.

Результаты исследования: В первой группе удалось добиться достоверного снижения систолического АД (САД): за сутки - 13,3 %, за день - 14,0 %, за ночь - 9% и диастолического АД (ДАД) (соответственно 14,1 %, 14,0 % и 14,5%). Во второй группе на фоне комплексного лечения выявлено также достоверное снижение САД

(соответственно 13,2 %, 12,1 % и 14,2 %) и ДАД (15,5 %, 14,8 % и 16,7 %).

При анализе результатов биохимических исследований в первой группе на фоне проводимой терапии не было отмечено статистически достоверных различий по уровням ОХС, α -ЛП, β -ЛП, ТГ а также ТТГ. На фоне трехмесячной комплексной терапии корвитолом и сиофором во II группе были выявлены снижение ОХС на 15,2%, β -ЛП на 27,2%, достоверное повышение α -ЛП на 38%, снижение ТГ на 21,7%. При анализе изменений уровня показателей ТТГ, вычисленных натощак, через 30 и 60 минут после сахарной нагрузки, выявлена тенденция к уменьшению данного показателя на 4,7; 8,6; 3,1% соответственно.

Выводы: Таким образом, в результате комплексного лечения больных АГ с МС с включением в терапию сиофора было выявлено более достоверное снижение САД в ночное время, также достигнуто достоверное увеличение α -ЛП и снижение уровня ТГ у больных II группы, а также тенденция к снижению ТТГ, что свиде-

тельствует о том, что добавление к терапии сиофора ведет к уменьшению степени инсулинорезистентности и опосредованному влиянию на липидный обмен в большей степени, чем стандартная антигипертензивная

терапия, что в конечном итоге приводит к уменьшению степени риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений у данной группы больных.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Т.А. Авазова, А.Ю. Хайдарова, И.А. Ли

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Цель исследования. Изучить клиническую и биохимическую эффективность препарата сиофор в комбинированной терапии артериальной гипертензии у лиц с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 45 человек мужского пола в возрасте от 20 до 60 лет (3 группы по 15 человек), из них 30 больных с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом и 15 практически здоровых лиц.

Больные были разделены случайным способом на 2 группы: I группа (22 больных) получали антигипертензивную терапию пролонгированной формой селективного β -адреноблокатора корвитол 100 мг в сутки, при неадекватном ответе АД на монотерапию корвитаолом через 2-4 недели добавляли ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (эналаприл в дозе 10-20 мг в сут). II группа, помимо антигипертензивного лечения, получала сиофор.

Результаты исследования: В первой группе удалось добиться достоверного снижения систолического АД (САД): за сутки - 13,3 %, за день - 14,0 %, за ночь - 9% и диастолического АД (ДАД) (соответственно 14,1 %, 14,0 % и 14,5%). Во второй группе на фоне комплексного лечения выявлено также достоверное снижение САД (соответственно 13,2 %, 12,1 % и 14,2 %) и ДАД (15,5 %, 14,8 % и 16,7 %).

При анализе результатов биохимических исследований в первой группе на фоне проводимой терапии не было отмечено статистически достоверных различий по уровням ОХС, α -ЛП, β -ЛП, ТГ, а также ТГГ, гликирован-

ного гемоглобина и уровня базального инсулина. На фоне трехмесячной комплексной терапии корвитаолом и сиофором во II группе были выявлены снижение ОХС на 12,1%, β -ЛП на 23,4%, достоверное повышение α -ЛП на 26%, снижение ТГ на 22%. При анализе изменений уровня показателей ТГГ, вычисленных натощак, через 30 и 60 минут после сахарной нагрузки, выявлена тенденция к уменьшению данного показателя на 4,7; 8,6; 3,1% соответственно. Также понизился уровень базального инсулина крови на 25%, а гликированного гемоглобина на 11%.

Выводы. Анализ полученных данных показывает, что комплексная терапия сиофором способствовала снижению уровня гликированного гемоглобина и инсулина в крови. Также включение препарата сиофор в комплексную терапию больных метаболическим синдромом приводит к дополнительному более выраженному снижению ночных значений систолического и диастолического АД и ЧСС. Кроме того, комплексная терапия сопровождается достоверным, значительным снижением уровня холестерина, триглицеридов, β -липопротеидов и повышением концентрации антиатерогенных α -липопротеидов. Тенденция к снижению ТГГ свидетельствует о том, что добавление к терапии сиофора ведет к уменьшению степени инсулинорезистентности и опосредованному влиянию на липидный обмен в большей степени, чем стандартная антигипертензивная терапия, что в конечном итоге приводит к уменьшению степени риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений у данной группы больных.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ КАРДИАЛГИЯМИ

В.И. Авдеев

Ижевская государственная медицинская академия

Цель работы: Оптимизировать реабилитационные мероприятия у больных с вертеброгенными кардиалгиями. В клинической практике достаточно актуальной проблемой является диагностика и лечение кардиалгий смешанного генеза, а именно, кардиалгий, обусловленных сочетанием собственно ишемии миокарда с неврологическими проявлениями остеохондроза нижнешейного и верхнегрудного отделов позвоночника.

Материал и методы: Под наблюдением находились 67 больных в возрасте от 46 до 72 лет со стабильной стенокардией напряжения ФК I-III, сочетающейся с остеохондрозом шейно-грудного отдела позвоночника. Диагностика включала общеклинические методы, неврологическое обследование, регистрацию ЭКГ, ВЭМ, рентгенографию шейно-грудного отдела позвоночника, а также мануальные методы диагностики. Интенсивность болевого синдрома оценивалась методом визуальной аналоговой шкалы. На фоне медикаментозной кардиотропной терапии использовались: лечебная физкультура, массаж, мануальная терапия. Из мануальных мето-

дов применялись: мышечно-энергетическая техника, ишемическая компрессия триггерных пунктов, позиционная и ритмическая мобилизация, тракционные техники, манипуляции на грудных позвоночно-двигательных сегментах и поперечно-реберных суставах, мобилизация перикардально-позвоночных и перикардально-диафрагмальных связок. В контрольной группе (22 человека) методы мануальной терапии не применялись.

Результаты: У 58 больных (87%) выявлялись функциональные блоки Th-IV, Th-III; у 56-и - C-IV, C-V, C-VI (84%); функциональный блок I первого ребра - у 52 (78%); функциональные блоки поперечно-реберных суставов на уровне Th-III - Th-V - у 57 пациентов (85%); функциональная слабость подлопаточной мышцы с явлениями левостороннего плечелопаточного периартроза - 48 больных (71%).

До лечения уровень болевых ощущений в группе больных, получавших мануальную терапию ($5,3 \pm 1,6$ балла) достоверно не отличался от такового у больных

контрольной группы ($5,7 \pm 1,2$ баллов). После лечения эта разница становилась статистически значимой ($1,1 \pm 0,5$ и $2,9 \pm 0,8$ баллов соответственно, $p < 0,05$).

Выводы: Результаты наблюдений свидетельствуют, что мануальное воздействие на вертеброгенный компонент кардиальных болей, в частности, восстановление подвижности в пораженных позвоночных двигательных

сегментах, устранение мышечно-тонического синдрома приводит к достоверному уменьшению интенсивности кардиалгии.

Таким образом, уменьшение клинической значимости или устранение вертеброгенных причин болевого синдрома у больных с ИБС является важным компонентом в реабилитации данной группы больных.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ, АССОЦИИРОВАННЫМИ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭДОМЕТРИЯ

Л.Р. Агабабян, Н.И. Тоджиева

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: Разработать реабилитационные мероприятия для пациенток с аномальными маточными кровотечениями, ассоциированными с гиперпластическими процессами эндометрия.

Материал и методы исследования: Под наблюдением находились 30 женщин в возрасте $45,5 \pm 1,99$ лет с верифицированным диагнозом гиперпластические процессы эндометрия без атипии, контрольную группу составили 30 женщин в возрасте $46,8 \pm 1,75$ лет, которым планировалось назначение заместительной гормональной терапии. Всем пациенткам выполнялась биопсия эндометрия и исследование гормонов репродукции. Помимо общеклинического, проведено УЗИ органов малого таза в раннюю фолликулиновую фазу и гистологическое исследование. Через 3 месяца после проведенного лечения исследование повторяли.

Результаты: Сравнительный анализ содержания гормонов крови у больных гиперпластическими процессами эндометрия в сравнении с контрольной группой показал, что у пациенток основной группы содержание эстрадиола было выше на 34,5% ($p < 0,05$), ЛГ - на 25,5% ($p < 0,05$), а содержание пролактина - снижено на 25,1% ($p < 0,05$). У половины больных с гиперплазией эндометрия была выявлена гиперэстрогения. После проведения хирургического гемостаза, с целью реабилитации пациенткам основной группы было назначено лечение КОК - марвелон в пролонгированном режиме - 63 дня по 1 таб.вечером, далее 7-мидневный перерыв.

При изучении влияния 3- месячной гормональной терапии на течение основного заболевания, гистологическое исследование материала показало, что ни у одной пациентки не сохранялась картина гиперплазии. У 20 больных (66,6%) развилась атрофия эндометрия. У остальных пациенток был выявлен функциональный эндометрий в стадии пролиферации или секреции. Эффективность гормональной реабилитации оценивалась по восстановлению ритма менструальных кровотечений, отсутствию гиперполименореи, низкой частоты побочных эффектов, субъективному улучшению самочувствия пациентов. Через 3 месяца от начала лечения у больных основной группы содержание гонадотропных гормонов снизилось: ЛГ - на 93,5% ($p < 0,05$), а ФСГ - на 88,1% ($p < 0,05$). Содержание пролактина изменялось незначительно - на 13,8% ($p < 0,05$). При этом продукция эстрадиола яичниками была угнетена - уровень эстрадиола снизился на 74,9% ($p < 0,05$).

Выводы: 1. У женщин репродуктивного возраста гиперпластические процессы эндометрия в 50% протекают на фоне гиперэстрогении при практически неизменном содержании ЛГ, ФСГ, пролактина, прогестерона

2. У больных с гиперпластическими процессами эндометрия применение марвелона в пролонгированном режиме является эффективным методом реабилитации менструальной функции, сопоставимым с терапевтическим эффектом, и профилактическим методом развития рецидивов заболевания.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

М.Л. Аграновский, А.Э. Маликова

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Изучение клиники психических нарушений у больных с ревматическими пороками сердца, а также разработка основных рекомендаций, касающихся их лечения и реабилитации.

Материал и методы. Нами было проведено клинико-психопатологическое обследование 43 больных (мужчин-23, женщин-20) с ревматическими пороками сердца, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении клиники Андижанского государственного медицинского института и кардиологического научного центра.

Результаты. Среди тематических 43 больных, у которых были психические нарушения, астенические состояния наблюдались у 100% больных. Более тяжелое астеническое состояние отмечалось у 12 больных (28,0%), церебрастеническое состояние - у 3 больных (7,0%). Неврозоподобное состояние наблюдалось в основном в 2 вариантах: с преобладанием синдрома раздражительной слабости - 6 больных (14,0%) и гипосте-

нического синдрома - 2 больных (4,6%). Важная составная часть неврастеноподобных состояний - это разнообразные вегетативные расстройства, наиболее часто выступающие в виде головных болей, головокружения, шума и звона в голове, обмороков, потемнение в глазах, лабильности вазомоторных реакций.

Сравнительно частое проявление - нарушение половых функций, в тесной связи с которой стоят жалобы на разнообразные неприятные ощущения типа сенестопатий, преимущественно локализуемые в груди и области сердца. Расстройство сна у больных с приобретенными пороками сердца - у 10 (23,2%) из 43 больных. Неврозоподобные истероформные нарушения встречаются значительно реже - у 2 больных (4,6%). Склонность больных к ипохондрической фиксации отмечалась у 3 больных (7,0%). Сенестопатически-ипохондрические состояния с массивной ипохондрической симптоматикой - у 2 больных (4,6%), смешанные

неврозоподобные состояния были отмечены у 3 больных (7,0%).

Выводы. Проведенное исследование показало, что неврозоподобные состояния у больных с пороками сердца нередко сочетаются с невротическими реакциями

ми различной степени выраженности, в большинстве случаев медикаментозная терапия должна комбинироваться с различными методами психотерапии, транквилизаторами и нейролептиками.

ГИПНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

М.Л. Аграновский, А.Э. Маликова

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Изучение эффективности применения гипнотерапии в комплексном лечении ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. Нами была обследована группа больных с ИБС, которым проводилось лечение гипнозом. Тематическая группа состояла из 40 пациентов (м-22, ж-18). По возрасту больные распределились следующим образом: от 20 до 30 лет – 4 (10,0%), от 31 до 40 лет – 15 (37,5%), от 41 до 50 лет – 11 (27,5%), от 51 до 60 лет – 10 (25,0%). Все больные обследовались в Андижанском кардиологическом диспансере до лечения, во время лечения и после окончания гипнотерапии. Сеансы гипнотерапии длились 40 минут и проводились ежедневно. Курс лечения состоял из 10 – 20 сеансов. Перед курсом лечения с больными велась разъяснительная беседа. В дальнейшем проводились внушения в легких степенях гипноза. После внушений, направленных на улучшение общего самочувствия и на углубление ночного сна, переходили к внушениям, направленным на улучшение работы сердечно-сосудистой системы.

Результаты. Во время сеансов большое внимание уделялось улучшению психического состояния боль-

ных, т.к. практически у всех больных отмечались навязчивые страхи (фобии), субдепрессии, тревожные состояния, астенические или неврозоподобные расстройства. После гипнотерапии у них улучшилось настроение, исчезли страхи и тревога, нормализовался сон, появилась уверенность в себе и в выздоровлении.

С начала курса гипнотерапии у 22 больных (55,0%) улучшилось состояние, исчезли приступы болей, отмечались положительные сдвиги ЭКГ. У 12 больных (30,0%) стали слабее в своей интенсивности приступы болей, исчез страх смерти, улучшился ночной сон. У 6 больных (15,0%) эффект был малозначительным, поскольку эти больные оказались маловнушаемыми.

Выводы. Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы: гипнотерапия является физиологически обоснованным методом лечения больных ИБС. Внушение и гипноз особенно показаны тем больным, для которых обычная медикаментозная терапия являлась недостаточно эффективной. Наилучший эффект даёт комплексное лечение, сочетающее гипно- и фармакотерапию.

ОПТИМИЗАЦИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШЕЙНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ С МИОФАСЦИАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПЛЕЧА

З.И. Адамбаев, И.А. Киличев

*Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии
Неврологическая клиника «Global Med System»*

Цель работы: Оптимизировать терапию и физическую реабилитацию больных шейным остеохондрозом с миофасциальным болевым синдромом плеча.

Материал и методы исследования: Обследовано 40 больных (11 мужчин и 29 женщин) в возрасте от 36 до 75 лет. Средний возраст составил 53,7 лет (у мужчин – 53,36, у женщин – 53,83). В исследование не были включены больные, которым было противопоказано или ограничено проведение физиотерапевтических и реабилитационных процедур.

Больным в острой стадии заболевания и при резко выраженном болевом синдроме назначались иммобилизация руки для исключения движений, провоцирующих усиление боли, местное применение холода, анальгетики (кетанал, кеторол, дексалгин), нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), локальная терапия – пластырь с НПВС или перитендиозное введение анестетиков (новокаин, лидокаин) в сочетании с глюкокортикоидами (гидрокортизон, дипроспан) один раз в 5–7 дней, 3–4 инъекции на курс лечения. Для купирования болевого синдрома применялись физиотерапия (ДДТ, УВЧ), рефлексотерапия, аппликационная терапия (на основе раствора димексида). При уменьшении болевого синдрома на больное плечо проводились кинезитерапия, мобилизация, массаж, ЛФК, а также тракция и мануальная коррекция шейного отдела по-

звоночника. Помимо этого, для оптимизации физической реабилитации больных мы сочли нужным к лечебным мероприятиям добавить постизометрическую релаксацию мышц и динамическую электронейростимуляцию (ДЭНС). Процедуры проводились аппаратом ДиаДЭНС-ПКМ 1-2 раза в день, ежедневно, по 20-45 минут. Курс составлял 10-15 процедур. Воздействие проводилось с использованием зоны прямой проекции, триггерных точек и нервных стволов больной верхней конечности.

Результаты: Отмечено, что снижение болевого синдрома происходит уже во время первого сеанса ДЭНС-терапии, однако эффект был нестойким. Выраженное подавление болевого синдрома проявлялось к 7-8 сеансу у 28 больных. Помимо болевого синдрома регрессировала и другая клиническая симптоматика.

Трем больным шейным остеохондрозом с синдромом позвоночной артерии, (ангиодистоническая стадия) назначались антидепрессанты в связи с выявленной скрытой депрессией и недостаточной эффективностью ДЭНС-терапии с периодическим повышением артериального давления.

Отрицательных результатов за время проведения ДЭНС-терапии в сочетании с постизометрической релаксацией мышц и наблюдения за больными не выявлено.

В 34 случаях болевой синдром был купирован полностью после 12 сеансов. В остальных случаях болевой синдром значительно уменьшился, увеличился объем движений в плече, улучшилось общее самочувствие, нормализовался сон.

Наиболее эффективным явилось сочетанное ДЭНС-терапии с постизометрической релаксацией мышц. В контрольной группе получавшие медикаментозную терапию и реабилитационные мероприятия без применения ДЭНС-терапии и постизометрической релакса-

ции мышц регресс болевого синдрома и остальной неврологической симптоматики отмечался в более длительные сроки.

Выводы: В оптимизации физической реабилитации больных шейным остеохондрозом с миофасциальным болевым синдромом плеча использование постизометрической релаксации мышц и динамической электростимуляции улучшают эффективность и сокращают сроки лечения.

ДЭНС-ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЯСИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ С СИНДРОМОМ ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ С ИШИАЛГИЕЙ

З.И. Адамбаев, И.А. Киличев

Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии
Неврологическая клиника «Global Med System»

Цель работы: Повышение качества лечения больных с обострениями остеохондроза позвоночника с использованием динамической электростимуляции (ДЭНС-терапия).

Материал и методы исследования: Обследовано 37 больных (20 женщин и 17 мужчин) в возрасте от 25 до 65 лет. Течение болезни у 19 было рецидивирующим прогрессирующим и рецидивирующим не прогрессирующим, у 16 - хроническим прогрессирующим и у 2 - дебют заболевания.

В настоящее время широко применяются комплексные мероприятия, направленные на снижение длительности временной утраты трудоспособности, уменьшение и снятия стойкого болевого синдрома, а также предупреждение рецидивов заболевания. В условиях неврологического стационара проводилось комплексное лечение с включением анальгетиков, витаминотерапии, биостимуляторов, физиотерапии, ЛФК, массажа и лечебно-медикаментозных блокад в зависимости от степени выраженности неврологического синдрома.

Курс ДЭНС-терапии 10-12 сеансов, по 20-30 мин. ежедневно. Воздействие проводилось в проекции трех дорожек в дозированном режиме этой же зоны. Дополнительно проводилась обработка сегментов конечностей в проекции болей и чувствительных нарушений (в соответствии с неврологическими проявлениями).

Результаты: Улучшение отмечено через 3-5 сеансов у 35 больных, у двух больных после второго сеанса появилось усиление болей в ягодичной области (больные с поясничным остеохондрозом, синдромом грушевидной мышцы). При дополнительной обработке ягодичной зоны через три сеанса боль уменьшилась, сохранялось ощущение покалывания незначительное по ходу болей в ноге у одного больного.

Отрицательных результатов за время проведения ДЭНС-терапии и наблюдения за больными не выявлено.

В 11 случаях болевой синдром был купирован полностью после 12 сеансов. В остальных случаях болевой синдром значительно уменьшился, увеличился объем движений в поясничном отделе позвоночника, улучшилось общее самочувствие, нормализовался сон.

Выводы: В комплексном лечении больных с поясничным остеохондрозом с синдромом грушевидной мышцы, преимущественно рефлекторных синдромов, ДЭНС - терапия позволяет уменьшить прием лекарственных препаратов, уменьшить число лечебно-медикаментозных блокад на курс лечения. ДЭНС-терапия отличается отсутствием побочных эффектов с хорошим клиническим улучшением. За время наблюдения сохраняется стойкий эффект.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПЛЕВРИТА

Д.Н. Аджаблаева, Н.Т. Маматова, С.А. Ходжаева

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы. Оценить эффективность метода лекарственного электрофореза у больных с инфильтративным туберкулезом, осложненным экссудативным плевритом.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 40 больных инфильтративным туберкулезом, у которых наблюдалось осложнение в виде экссудативного плеврита. Основную группу составили 20 больных, которым стандартное лечение с дренированием плевральной полости проводилось в сочетании с лекарственным электрофорезом. В контрольной группе (20 больных) электрофорез не проводился. При помощи аппарата "Поток-1" проводили гальванизацию 0,4% раствора дексаметазона и 25% хлорида кальция на переднюю и заднюю поверхности грудной клетки над зоной проекции патологического процесса в легких. Прокладки аппарата смачивали дистиллированной водой,

накладывали электроды площадью 150-200 см² и включали гальванический ток плотностью 0,02-0,05 мА/см². На курс лечения приходится 20-30 процедур гальванизации по 30 мин.

Результаты и их обсуждение. Под влиянием комплексной терапии у больных основной группы стабилизация процесса (исчезновение симптомов интоксикации, локальных признаков поражения плевры, нормализация гематологических показателей) наступала на 2-3 нед. быстрее. У больных основной группы обычно отмечается снижение температуры тела и уменьшение одышки после первых 3-5 процедур и их исчезновение к моменту проведения 8-10-й процедуры. В контрольной группе наблюдалась более медленная динамика вышеперечисленных симптомов - температура снижалась к концу 1-го месяца терапии, исчезновение одышки - через 6-8 недель от начала лечения. При рентгено-

графическом исследовании у больных отмечались более быстрое рассасывание свежих очаговых и инфильтративных процессов и жидкости в плевральной полости. По данным повторных рентгенограмм рассасывание экссудата достигается в течение 18-21 дня у больных I группы, 4-6 недели у больных II группы.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Ш.К. Адилов, Ж. Б. Тохтиев, А.Х. Аширметов

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования – выявить особенности антропометрических показателей у юных спортсменов.

Методы и материалы исследования. Было обследовано 112 юных спортсменов (64 мальчиков и 48 девочек), занимающихся в спортивных школах республики. Возраст обследуемых от 11 лет до 17 лет. Большая часть обследованных учащихся занималась в спортивных секциях по различным видам спорта с 6-7 лет. В качестве контрольной группы были изучены параметры 45 учащихся, занимавшихся физической культурой в школе. Группы были сопоставимы по возрастно-половым показателям.

Проводились антропометрия, соматоскопия, изучение спортивного анамнеза, функциональные методы исследования, изучение вегетативной нервной системы. В качестве маркеров физического развития измеряли 13 показателей: длину тела, массу тела, обхватные размеры (грудной клетки, плеча, предплечья, бедра и голени), ширину отдельных звеньев тела и суставов (голени, плеча, таза, локтя, колена), длину ноги. Измерение показателей осуществлялось с применением калипера, толстотного циркуля и измерительной гибкой ленты. Статистическая обработка результатов измерений производилась с помощью программы Statistika версии 6.0 в операционной среде Windows XP. Вся группа обследованных учащихся для устранения влияния неодинаковых темпов возрастного развития была разделена на возрастные диапазоны. Оценка физического развития проводилась с использованием центильных таблиц, в которых отражены количественные границы антропо-

метрических показателей у определенного процента детей в зависимости от возраста и пола.

Результаты. Полученные данные в целом отражают закономерности возрастного развития, например, по динамике длины и массы тела, а также по окружности грудной клетки, жизненной емкости легких, обхвату бедра, ширине коленного сустава, длине ноги. Однако преимуществом в темпах приростов ведущих признаков развития и физических качеств обладают юные спортсмены, которые систематически занимаются физическими упражнениями, в отличие от учащихся с пассивным ограниченным уровнем двигательной активности. Антропометрические показатели юных спортсменов в 78% случаев регистрировались в 5 и 6 зоне (область величин «выше среднего») и 15% в 7 зоне (область «высоких» величин). Вегетативные пробы и расчеты индекса Кьердо-Кардио продемонстрировали, что в группе юных спортсменов процент нормотонической реакции достоверно выше, чем к контрольной группе, где чаще регистрировались признаки симпатикотонии.

Выводы: Антропометрические показатели юных спортсменов в целом отражают закономерности возрастного развития, однако имеют особенности, т.к. располагаются в зонах «выше средних» и «высоких» величин, что требует разработки специализированного модуля антропометрических показателей и совершенствования системы оценки физического развития юных спортсменов с целью решения задач отбора, определения квалификации спортсменов, а также коррекции и управления тренировочным процессом.

Выводы: Антропометрические показатели юных спортсменов в целом отражают закономерности возрастного развития, однако имеют особенности, т.к. располагаются в зонах «выше средних» и «высоких» величин, что требует разработки специализированного модуля антропометрических показателей и совершенствования системы оценки физического развития юных спортсменов с целью решения задач отбора, определения квалификации спортсменов, а также коррекции и управления тренировочным процессом.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ

М.К. Азизов, А. Шукуров, Ш.Х. Мавлянов

Самаркандский государственный медицинский институт

Преимуществами лазерного воздействия на детский организм являются безопасность, простота и доступность, безболезненность и эффективность даже в случаях лечения без применения лекарственных препаратов. Безопасность лазерного излучения объясняется тем, что оно находится в световом диапазоне. Отсутствие указаний на неблагоприятные последствия за длительный период применения, хорошая переносимость создают возможность для внедрения лазерной терапии в детскую практику.

В Самаркандском областном детском многопрофильном центре, для повышения качества лечения детей с различной патологией, в комплексной терапии широко используется лазерное облучение. С 1997 по 2013 года 750 детям, находившимся на лечении в центре были проведены курсы лазеротерапии. За этот период роль лазерной терапии значительно возросла. Этому свидетельствует ее несомненная эффективность. Метод лечения широко использовался в комплексной терапии у 2356 детей, госпитализированных в отделение че-

люстно-лицевой хирургии, у 2762 больных из отделения оториноларингологии и 2556 пациентов из отделения гнойной хирургии. Мальчиков было 3943, девочек 3731. Возраст детей составил от 3 месяцев до 15 лет.

Лазерную терапию активно использовали в комплексном лечении детей с хирургической инфекцией. Положительное влияние на характер течения гнойно-воспалительных заболеваний выявлено у всех больных получивших лазеротерапию. Проведенное исследование выявило значительное уменьшение выраженности болевого синдрома, быстрее купирование гнойно-некротических процессов. Объем медикаментозного лечения сокращался в 1,3 раза. При этом антибиотики, антигистаминные средства и иммуномодулирующие препараты стали реже использоваться в 1,9 – 3 раза. Осложнений и побочных эффектов от лазерной терапии не отмечалось как во время лечения, так и после его окончания. Благодаря изучению механизмов полезного действия установлено его положительное влияние при лечении абсцессов, флегмон и некротических флегмон

мягких тканей, адипонекроза, острого и хронического гематогенного остеомиелита. А также псевдофурункулеза, катарального и гнойного мастита, острого подкожного парапроктита, катарального, гнойного и флегмонозного омфалита, ран мягких тканей, послеоперационных и посттравматических длительно незаживающих ран, септицемической и септикопиемической формы сепсиса. Комплексное применение внутривенного и местного облучения сократило продолжительность периода отека и инфильтрации в ране в среднем на 2,5 суток, очищение раны от гнойно-некротических тканей - на 2,4 суток, ускорение эпителизации раны на 3,1. В результате комплексного лечения

детей средняя продолжительность их пребывания в стационаре сократилась на 3,5 койко-дня.

Таким образом, лазеротерапия показана при комплексном лечении детей с различной патологией, она не противопоказана больным детям младшего возраста, отягощенных сопутствующими заболеваниями. Использование лазеротерапии сокращает сроки выздоровления, потенцирует положительный эффект проводимой медикаментозной терапии. Дальнейшее развитие лазерной техники, новые знания в области взаимодействия лазерного света и живого организма, предполагают продолжение исследований в этой области на качественно новом уровне.

УРОВЕНЬ СЫВОРОТОЧНЫХ АУТОАНТИТЕЛ К РЕЦЕПТОРАМ НЕЙРОМЕДИАТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Р.Б. Азизова

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: изучить содержание аутоантител (аАТ) к рецепторам нейромедиаторов в сыворотке крови больных с идиопатической и симптоматической эпилепсией.

Материалы и методы исследования: Были обследованы 43 больных с эпилепсией в возрасте от 16 до 70 лет (27 мужчин; 16 женщин), из которых 11 больных имели идиопатическую эпилепсию (I группа) и 32 пациента – симптоматическую фокальную эпилепсию (II группа). Все пациенты проходили тщательный предварительный анамнестический и клинический отбор, который осуществлялся методом стратифицированной рандомизации.

Количественное определение сывороточной иммунореактивности антител (АТ1 и АИАТ2) к рецепторам нейромедиаторов (глутаматные, ГАМК, дофаминовые, серотониновые и холинорецепторы) проводилось с помощью твердофазного иммуноферментного метода ЭЛИ-Н-Тест и одноименных тест-наборов, производства МИЦ «Иммункукус» (Россия).

Результаты исследования: По отклонениям иммунореактивности от индивидуального среднего уровня сывороточной реактивности нами было выявлено достоверное снижение уровня аАТ к глутаматным рецепторам (Глу-Р) в 1,92 раза в I группе больных (1,50±1,96 У.Е.) и 1,19 раз во II группе (2,42±2,21 У.Е.), по сравнению с контрольной группой (2,88±1,91 У.Е.). Было отмечено достоверное повышение аАТ к ГАМК-рецепторам (ГАМК-Р) в 2,11 раз в I группе (18,81±2,76 У.Е., $p \leq 0,01$) и 2,08 раз во II группе (18,57±2,37 У.Е., $p \leq 0,01$), по сравнению с контрольной группой (8,93±2,05 У.Е.). Аналогичное повышение аАТ было обнаружено к дофаминовым (Доф-Р) и серотониновым (Сер-Р) рецепторам: в 2,18 раз

(16,05±1,86 У.Е., $p \leq 0,001$) и 3,04 раза (5,63±2,54 У.Е., $p \leq 0,01$) в I группе; в 2,19 раз (16,10±2,55 У.Е., $p \leq 0,01$) и 3,66 раз (8,65±2,36 У.Е., $p \leq 0,001$) во II группе, соответственно рецепторам. Согласно полученным данным в I группе отмечались наибольшие отклонения иммунореактивности аАТ с тенденцией к достоверному повышению к ГАМК-Р, Доф-Р, Сер-Р и статистически незначимому снижению к Глу-Р и Хол-Р, то во II группе отмечалось повышение аАТ к ГАМК-Р, Доф-Р, Сер-Р и Хол-Р и снижение только к Глу-Р. При этом, разница между группами оказалась статистически незначимой.

У больных эпилепсией отмечалось повышение индивидуального уровня сывороточной иммунореактивности всех аАТ к рецепторам нейромедиаторов. Так, нами было обнаружено повышение уровня аАТ к Глу-Р в 1,21 раз (69,30±8,36 У.Е.) и 1,41 раз (80,88±8,76 У.Е., $p \leq 0,05$), к ГАМК-Р в 1,08 раз (48,99±5,86 У.Е.) и 1,32 раза (59,89±6,53 У.Е., $p \leq 0,05$), к Доф-Р в 1,1 раз (51,75±6,54 У.Е.) и 1,33 раза (62,36±6,43 У.Е., $p \leq 0,05$), к Сер-Р в 1,11 раз (62,18±6,19) и 1,24 раза (69,81±6,20 У.Е., $p \leq 0,05$), а также к Хол-Р в 1,50 раз (50,83±4,93 У.Е., $p \leq 0,01$) и 1,63 раза (55,43±6,26 У.Е., $p \leq 0,01$), по сравнению с контрольной группой, соответственно в I и II группах больных. При этом, наибольший прирост уровня всех аАТ к рецепторам нейромедиаторов был статистически значимо выше в группе больных с симптоматической эпилепсией.

Выводы. Показано что все группы больных эпилепсией отличались от контрольной группы как по индивидуальному уровню, так и по степени разброса изученных иммунологических показателей. Причем характер иммунных нарушений зависел от формы и тяжести эпилепсии.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СУППОЗИТОРИЕВ «ПОЛИОКСИДОНИЙ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОРИ У ДЕТЕЙ

Г.А. Азимова, Ш.М. Уралов, Ф.В. Махмудова, М.С. Атаева, М. Жалалова, З. Курбанова

Самаркандский государственный медицинский институт

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Цель исследования. Оценка клинической эффективности суппозиторий «Полиоксидоний» при лечении ОРИ с явлениями стенозирующего ларинготрахеита у детей.

Материалы и методы. Для исследования были выбраны 48 пациентов в возрасте от 3 до 7 лет, страдающих ОРИ с явлениями острого стенозирующего ларинготрахеита средней степени тяжести. Контрольную

группу составили 22 больных, находящихся на традиционном лечении, которая включала в себя лечебно-охранительный режим, диету, обильное питье в виде щелочных минеральных вод, противовоспалительные и жаропонижающие средства, муколитики или отхаркивающие средства, бронходилататоры, щелочные ингаляции, антигистаминные препараты. Антибиотики назначались по строгим показаниям и только при нали-

чий осложнений бактериального характера. В основную группу вошли 26 больных, которым дополнительно был назначен «Полиоксидоний» в суппозиториях (6 мг) по следующей схеме: в первые 3 дня по 1 свече «Полиоксидоний» 1 раз в день, затем 10-15 свечей «Полиоксидоний» через день.

Результаты и их обсуждение. В контрольной группе проявления стеноза гортани I-степени на фоне ларинготрахеита диагностированы у 12 больных, II-степени - у 10 детей. В основной группе ларинготрахеит со стенозом гортани I-степени выявлен у 14 больных, II-степени - у 12 больных. В контрольной группе, у детей, принимавших «Полиоксидоний», продолжительность лихорадки и интоксикации составила в среднем $2,6 \pm 0,2$ дня, в то время как в контрольной группе - $3,2 \pm 0,2$ дня ($p < 0,05$). Симптомы стеноза гортани ко 2-3-м суткам от начала терапии в основной группе в среднем купировались в течение $1,8 \pm 0,5$ дней. У детей из контрольной группы эти симптомы купировались в среднем в течение $2,8 \pm 0,6$ дней. Катаральные явления в ротоглотке были менее продолжительными у больных, получавших «Полиоксидоний», относительно пациентов контрольной группы, что в среднем составило $3,4 \pm 0,3$ дня и

$4,6 \pm 0,1$ дня соответственно. Сухой кашель исчезал быстрее с эффектом разжижения мокроты у детей основной группы - со 2-х суток. В основной группе по сравнению с группой контроля сокращалось количество койко-дней, составив $4,6 \pm 0,8$, против $4,8 \pm 1,5$ дня. Дальнейшее катамнестическое наблюдение в течении 6 месяцев после прекращения лечения показало, что среди детей основной группы заболело 6 детей, в то же время среди детей контрольной группы заболело 12 детей.

Выводы. Применение суппозитория «Полиоксидоний» в комплексной терапии ОРИ у детей позволяет в более короткие сроки добиться положительной динамики клинических симптомов ОРИ. Через 6 месяцев после окончания лечения было отмечено сокращение в 2 раза частоты ОРИ среди детей, получавших «Полиоксидоний», по сравнению с контрольной группой. Учитывая высокую клиническую эффективность суппозитория «Полиоксидоний», его можно рекомендовать для применения в педиатрической практике у часто и длительно болеющих детей с 3-летнего возраста по схеме: в первые 3 дня по 1 свече «Полиоксидоний» (по 6 мг) x 1 раз в день, а затем 10-15 свечей «Полиоксидоний» через день.

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ P300 И НЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ И СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ

Р.Б. Азизова

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: изучить взаимосвязь нейроиммунологических показателей и когнитивных вызванных потенциалов - P300 у больных при идиопатической и симптоматической эпилепсии.

Материалы и методы исследования: были обследованы 43 больных с эпилепсией в возрасте от 16 до 70 лет (27 мужчин; 16 женщин), из которых 11 больных имели идиопатическую эпилепсию (I группа) и 32 пациента - симптоматическую фокальную эпилепсию (II группа). Количественное определение сывороточной иммунореактивности антител (АТ1 и АИАТ2) к рецепторам нейромедиаторов проводилось с помощью твердофазного иммуноферментного метода ЭЛИ-Н-Тест и одноименных тест-наборов, производства МИЦ «Иммункулус» (Россия). Исследование акустического когнитивного вызванного потенциала (АКВП) или P300 проводили по стандартной методике «odd-ball парадигма». Для исследования использовали четырехканальный электромиограф фирмы MEDELEC «Sapphire premier».

Результаты исследования: установлено аномальное повышение аАТ к лиганд-связывающему сайту рецепторов нейромедиаторов (Глу-Р, ГАМК-Р, Доф-Р, Сер-Р и Хол-Р) указывает на изменения в соответствующих системах нейронов. Более высокий сывороточный уровень аАТ к рецепторам нейромедиаторов у больных с симптоматической эпилепсией может указывать на наличие различных механизмов реализации нейромедиации и

нейропластичности у больных с идиопатической и симптоматической эпилепсией. Для выявления когнитивных нарушений в нашей работе были применены нейрофизиологическое исследование когнитивного вызванного потенциала. В результате при симптоматической эпилепсии выявлены легкие эмоциональные, дезрегуляторные нарушения, отражающие дисфункцию корково-подкорковых структур. Это проявлялось в отсутствии отчетливой межполушарной асимметрией амплитуды P300. У больных идиопатической эпилепсией обнаружены более значительные нарушения, характеризующиеся отсутствием межполушарной асимметрии амплитуды P300 и достоверным увеличением латентного периода P300.

При анализе взаимосвязи нейроиммунологических показателей и когнитивных потенциалов у больных с эпилепсией прослеживается обратная взаимосвязь нейроиммунологических показателей и когнитивных потенциалов P300.

Выводы. На основании полученных данных можно сделать вывод об обратной зависимости степени увеличения латентного периода и амплитуды от наличия и выраженности нейроиммунологических показателей. Это может свидетельствовать об ухудшении начального этапа обработки информации и решения когнитивных задач, то есть, процесса распознавания и дифференцировки стимулов у больных с эпилепсией.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ МЕСТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОЖОГОВЫЕ РАНЫ

А.А. Алексеев, А.Э. Бобровников, В.В. Богданов

Российская медицинская академия последипломного образования, Институт хирургии им. А.В.Вишневского

Цель работы: Определить эффективность применения различных физических методов местного воздействия на ожоговые раны в комплексном лечении ожоженных.

Материалы и методы исследования: У 128 пациентов (основная группа), которые находились на лечении в 2008-2013 гг., проведена клинко-лабораторная оценка эффективности вакуум-терапии, ультразвуковой и гид-

рохирургической обработок на этапе подготовки глубоких ожогов к аутодермопластике. Возраст пострадавших составлял от 18 до 65 лет, общая площадь ожогового поражения - от 15 до 60% поверхности тела, при этом площадь глубокого ожога занимала от 2 до 30% поверхности тела. Также проведен ретроспективный анализ 80 архивных историй болезни за 2003-2007 гг. пациентов с аналогичной по тяжести травмой, у которых данные методы не использовались. Всем больным с глубокими ожогами выполнялись этапные хирургические некрэктомии и операции по пластическому закрытию ран.

Результаты: Проведенный анализ результатов лечения ожоговых ран показал хорошую эффективность курсов вакуум-терапии и ультразвуковой обработки после некрэктомии глубоких ожоговых ран. Ультразвуковая обработка обеспечивала интенсивное удаление гнойного отделяемого, налета фибрина, участков отторгающегося струпа, некротизированной дермы и патологически измененных гипертрофических грануляций. На фоне проведения вакуум-терапии, особенно при глубоких ранах с неровным рельефом дна, уменьшался отёк тканей, ускорялось их очищение от фокусов некроза, стимулировалось формирование грануляционной ткани, при этом дно ран поднималось, а края

сглаживались, появлялась тенденция к краевому заживлению. На операции для иссечения грануляций было эффективно использование гидрохирургической техники, что уменьшало продолжительность операции и способствовало повышению эффективности последующей кожной пластики по сравнению со стандартным тангенциальным иссечением патологических грануляций электродерматомом, особенно на проблемных зонах (в области шеи и в межпальцевых промежутках). Применение физических методов местного воздействия на ожоговые раны позволило в 2 раза снизить уровень микробной обсемененности ран, на 4 дня сократить сроки подготовки больных к аутодермопластике, улучшить состояние реципиентной раны, уменьшить на 50% частоту лизиса кожных трансплантатов и на 5 дня сократить сроки пребывания больных в стационаре по сравнению с группой без их использования.

Выводы: Основным методом лечения глубоких ожогов остается хирургическая обработка и раннее пластическое закрытие. При этом улучшить результаты лечения можно путем использования в комплексном лечении современных методов физических воздействий на ожоговые раны.

ЭЛЕКТРОАКУСТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СЛУХА ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ

А.А. Алиев, З.С. Гуломов., К.К. Норов, Х.Х. Шарипов

*Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино
Национальный медицинский центр республики Таджикистан*

Материалы и методы: Применяемый нами метод речевой аудиометрии на таджикском языке у лиц таджикской национальности позволил проводить научно обоснованное слухопротезирование в условиях слухопротезного кабинета Республиканского аудиологического центра. Исходя из этого мы поставили перед собой задачу изучения возможности слухопротезирования у детей с различными формами тугоухости. В течение 2012 по 2014 гг. нами обследовано и подобрано слуховых аппаратов различных марок при тугоухости у 1404 больных детей от 5 до 14 лет. Из этого числа 26, 0 % составляют дети с нейросенсорной тугоухостью, 72, 0 % с адгезивным и сухим перфоративным средним отитом, не подлежащие в данный момент хирургическому методу лечения. Аудиологические исследования у всех больных проводили в виде регистрации пороговой аудиограммы, определения разборчивости речи. У всех больных выводили кривую разборчивости речи в свободном звуковом поле, эти исследования позволили уточнить характер и вид слуховых нарушений у больных с тугоухостью и определить показания к слухопротезированию. Оценка эффективности подбора слухового аппарата проводилась на основании сопоставления данных восприятия разговорной речи и речевой аудиометрии в свободном звуковом поле без слухового аппарата и со слуховым аппаратом.

У больных, страдающих невритом слуховых нервов, отмечалась нисходящая конфигурация кривой аудиограммы с отсутствием или незначительным костно-воздушным интервалом.

У обследованных больных с адгезивным средним отитом и сухим перфоративным отитом, тональная пороговая аудиограмма имела горизонтальную, восходящую или нисходящую кривую конфигурацию. У данных больных костно-воздушный интервал на уровне речевых частот отмечался более 20 дБ с 100 % разборчивостью речи.

Как показали отдаленные результаты наблюдения от одного года до трех лет, стойкое улучшение от 20 до 30 дБ отмечалось у больных с кохлеарным невритом (35, 4 %), с адгезивным и сухим перфоративным средним отитом (58, 0 %). Данные наших исследований не отличаются от статистических данных других авторов.

Таким образом, из всех приведенных фактов следует, что правильный подбор слухового аппарата, особенно в детском возрасте, может быть проведен только при условии тщательного аудиологического обследования, ибо своевременное и правильное слухопротезирование ребенка имеет огромное влияние на развитие речи в процессе общения с окружающими людьми.

ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА НЕКОТОРЫЕ ПАРАМЕТРЫ ТРОМБОЦИТАРНО-СОСУДИСТОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

М.Ю. Алиахунова, С.К. Нуритдинова, Р.А. Хакимова

ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр терапии и медицинской реабилитации» МЗ РУз

Цель работы - изучение влияния низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) на состояние тромбоцитарно-сосудистого гемостаза у больных РА.

Нами были обследованы 57 больных с диагнозом РА, установленным в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологов (1987). Контрольную группу (КГ) составили 20 практически здоровых лиц.

Пациенты были разделены в зависимости от активности РА на 2 группы: 1 группа - 26 больных РА с I степенью активности, 2 группа - 31 больных РА со II степенью активности. Больные получали лечение с использованием НИЛИ, длиной волны 0,89 мкм, частота импульса 80–1500 Гц, за одну процедуру облучали 4–5 полей по 2–4 мин, ежедневно 10 процедур.

На фоне лечения НИЛИ уменьшилась степень индуцированной АДФ агрегации тромбоцитов по сравнению с аналогичными показателями до лечения. Так, показатель степени агрегации снизился в 1,2 раза у больных с I степенью заболевания ($p < 0,01$), в 1,4 раза ($p < 0,05$) при II степени активности. Максимальная сте-

пень агрегации в сравниваемых группах достоверно понижалась в 1 группе на 16,7%, и на 20,2% во 2 группе ($p < 0,001$) и практически достигла нормальных значений. Показатель скорости агрегации уменьшился на 9,3% в 1 группе, тогда как во 2 группе степень снижения была большей - на 21,9% по сравнению с результатами до начала лечения ($p < 0,001$).

Включение в лечебный комплекс больных РА процедур НИЛИ оказывает корректирующий эффект на состояние тромбоцитарно-сосудистого гемостаза и может с успехом использоваться в реабилитации больных РА.

ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

М.Ю. Алиахунова, С.К. Нуритдинова, Р.А. Хакимова

ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии
и медицинской реабилитации» МЗ РУз

Цель работы: изучение влияния низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) на состояние коагуляционного гемостаза и обоснование эффективности их применения у больных РА.

Материалы и методы: обследованы 57 больных, с диагнозом РА, установленным в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологов (1987). Контрольную группу (КГ) составили 20 практически здоровых лиц. Для оценки состояния системы свертывания крови на коагулометре определяли протромбиновый индекс (ПТИ), активированное частичное тромбопластинное время (АЧТВ), тромбоцитарное время (ТВ), фибриногена.

Пациенты были разделены на 2 группы: первую группа 26 больных РА с I степенью активности, вторая группа - 31 больных РА со II степенью активности. Пациенты получали лечение с использованием НИЛИ, длиной волны 0,89 мкм, частота импульса 80–1500 Гц, за

одну процедуру облучали 4–5 полей по 2–4 мин, ежедневно 10 процедур.

Результаты: на 10 день лечения, происходило значимое возрастание показателей АЧТВ, МНО и ТВ, в 1 группе составляло 8,8%, 5,4% и 32,1%, соответственно, тогда как у пациентов 2 группы составляла 46,3%, 19,5% и 33,1%. Наблюдалось достоверное снижение показателя ПТИ и фибриногена, причем динамика в группе со II степенью активности на 24% и 36%, чем с I степенью активности на 10,2% и 13,3%, соответственно.

Выводы: нарушения в системе гемостаза способствуют увеличению риска тромботических осложнений, являются одним из пусковых моментов развития и прогрессирования ревматоидного васкулита. Полученные данные позволяют прийти к заключению, что включение НИЛИ в лечение больных РА оказывает положительное влияние на показатели коагуляционного гемостаза.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Д.Д. Алимова, Г.Д. Клеблеева

Самаркандская областная реабилитационная больница инвалидов

Цель работы: Изучить современное комплексное лечение и подходы реабилитации пациентов с ХП.

Материалы и методы исследования: Обследовано 45 пациентов (10 мужчин и 35 женщин) страдающих ХП, в возрасте от 19 до 65 лет. Пациенты отбирались после обследования в кабинете ультразвукового исследования (УЗИ) на аппарате Mindray по мере их поступления в Самаркандскую Областную Реабилитационную Больницу Инвалидов. Общее количество больных были поделены на 2 группы: первая группа состояла из 35 больных, которые получали медикаментозное лечение в сочетании с вакуумным массажем, лечебным питанием и физиотерапевтическим лечением. Вторую группу составили 10 больных, получавшие исключительно медикаментозное лечение. Для объективной оценки состояния больных проводились следующие методы обследования: общий анализ мочи; анализ мочи по Нечипоренко. Анализ мочи по Нечипоренко часто проводят параллельно с общим анализом мочи. УЗИ почек является скрининговым методом, поэтому инструментальное обследование пациента с подозрением на ХП должно

начинаться с УЗИ. Результаты: Нами были выявлены у всех госпитализированных больных при УЗИ почек: асимметрия размеров почек, уменьшение в размерах поражённой почки, изменение эхоплотности, т.е. истончение паренхимы и её уплотнение, а также расширение и деформация чашечно-лоханочной системы. Больные обеих групп на фоне стандартного лечения дополнительно занимались релаксационно - дыхательными упражнениями (с неглубоким и редким дыханием), которое способствует нормализации психоэмоционального состояния больного. Метод вакуумного массажа (баночный массаж), который мы также использовали, в сочетании с медикаментозным методом лечения, который способствовал энергическому притоку артериальной крови и оттоку венозной крови, а также улучшению циркуляции лимфы. Этот метод лечения позволяет быстро и безопасно купировать (снимать) болевые синдромы при ХП, а также предупреждать их. Самый мощный эффект, по нашим наблюдениям, от вакуум-терапии заключается в образовании геморрагических пятен (синяков) в результате капиллярных кровоизлия-

ний. Получается своего рода аутогемотерапия, не требующая забора крови из вены и введения под кожу. Образовавшиеся гематомы (синяки) активизируют защитные и реабилитационные силы организма. Физиотерапия при пиелонефрите имеет возможность предотвратить воспаление мочевых путей, оказывает спазмолитическое действие и способствует улучшению кровоснабжения и пассажа мочи. Применялись следующие физиопроцедуры: электрофорез фурадонина на область почек. Раствор для электрофореза содержит: фурадонина-1г, 1.н-раствора NaOH-2.5г, дистиллированной воды-100 мл. Перемещение лекарства происходит от катода к аноду. Курс лечения состоял из 8-10 процедур, также применяли электрофорез эритромицина на область почек. Раствор для электрофореза содержит: эритромицина- 100,000 ЕД, спирта этилового 70%-100г.

Перемещение лекарства происходит от катода к аноду. Дополнительно были проведены тепловые процедуры на область больной почки в виде парафиновых аппликаций. Клинические показатели в изучаемых группах были проанализированы в сравнительном аспекте.

Выводы: Было выявлено, что у больных получавших исключительно медикаментозную терапию в конце курса лечения наблюдалось резкое снижение частоты клинических симптомов болезни, а при комплексном методе лечения больные практически жалоб не предъявляли. Следовательно необходимо назначать всем больным с ХП комплексное воздействие различных методов немедикаментозной коррекции, которое будет способствовать положительному результату реабилитации больных ХП.

ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБОВ ГЕМОСТАЗА

С.А. Аллазов, Р.Р. Гафаров, Ф.М. Тухтаев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучение эффективности гемостаза после чреспузырной аденомэктомии при ДГПЖ путем местной обработки ложа настоем лагохилуса опьяняющего, ориентируясь на показатели реабилитации больных в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. Проведен клинический анализ результатов открытой чреспузырной аденомэктомии и реабилитации в послеоперационном периоде у 54 больных с ДГПЖ. При планировании подбора категории больных мы руководствовались рекомендациями 4-международного совещания по лечению ДГПЖ «Руководство по ДГПЖ» (Париж, 2-5 июля 1997 г.). В зависимости от способа гемостаза больные были разделены на 4 группы: 1 группа – гемостаз тампонирующим ложа аденомы (16 больных); 2 группа – ушивание ложа (8 больных); 3 группа – низведение шейки мочевого пузыря (12 больных); 4 группа – обработка ложа настоем лагохилуса (18 больных). В качестве показателей реабилитации после операции определяли: число койко-дней, баллы по IPSS (оценка качества жизни), данные анализа мочи (лейкоцитурия), характер и частота послеоперационных осложнений.

Результаты и обсуждение. Комплексное изучение послеоперационных показателей состояния больных

показало, что число койко-дней при гемостазе тампонирующим составляло в среднем 14 дней, при ушивании – 12, при низведении – 10 и при обработке ложа лагохилуса – 6 дней. Оценка качества жизни больных в баллах по IPSS в послеоперационном периоде при тампонирующем составляло 18 баллов, при ушивании – 16, при низведении – 12 и при обработке ложа лагохилуса – 6 баллов. В периодических анализах мочи лейкоцитурия исчезает: при тампонирующем – на 40-й день после операции, при ушивании – на 32-й день, низведении – на 28-й день и при обработке ложа аденомы настоем лагохилуса – на 16-й день после операции. Хирургические осложнения в послеоперационном периоде в убывающем порядке встречаются соответственно: при тампонирующем, ушивании, низведении и обработке ложа аденомы настоем лагохилуса.

Выводы: При сравнительном изучении сроков реабилитации после операции аденомэктомии показало, что восстановление функции нижних мочевых путей и полная реабилитация больных при обработке ложа аденомы настоем лагохилуса происходит в более короткие сроки, чем при других способах гемостаза (тампонирующем, ушивании, низведении).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

С.А. Аллазов, Н.Н. Нишанов, Х.С. Аллазов

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью данного исследования явилась разработка физиотерапевтических способов лечения, исходя из категорий хронического простатита.

Материал и методы: проведен клинический анализ эффективности результатов физиотерапевтического лечения у 86 больных с хроническим простатитом. Больные были распределены по категориям в соответствии с рекомендациями NIH (National Institutes of Health: Chronic Prostatitis Workshop, Bethesda, Maryland, USA, 7-8 Dez., 1995): I. Острый бактериальный простатит (данную категорию больных мы не рассматривали); II. Хронический бактериальный простатит (28 больных); III. Хронический абактериальный простатит – синдром хронической тазовой боли (33 больных). III.A. Воспалительный синдром хронической тазовой боли (инфекция

не выявляется, имеется лейкоцитоз в секрете простаты) (20 больных). III.B. Невоспалительный синдром хронической тазовой боли (инфекция не выявляется, отсутствует лейкоцитоз в секрете простаты) (13 больных). IV. Асимптоматическое воспаление предстательной железы (отсутствуют субъективные проявления простатита, но в секрете простаты имеется лейкоцитоз, в биоптате – признаки хронического воспаления) (25 больных).

Физиотерапевтические методы лечения больных с хроническим простатитом направлены на купирование воспаления (противовоспалительные методы: УВЧ-, СВЧ-, У/З терапия, фонофорез антибиотиков, ИК-лазеротерапия) и уменьшение боли (анальгетические методы: диадинамо-, СМТ-терапия, электрофорез анальгетиков, УФО), купирование застойных явлений и

уменьшение склеротических изменений в последующем (дефибрирующие методы: электрофорез ферментов, калия йодида и др.) и повышение иммунитета (иммуностимулирующие методы: электрофорез иммуномодуляторов, воздушные ванны, талассотерапия).

Результаты и обсуждение. Комплексное исследование огромного многообразия физиотерапевтических методов, применяемых в лечении хронического простатита показало, что наиболее целесообразно применять их в соответствии с категорией, к которой относится больной. Исходя из этих соображений, больным II категории проводили ультрафонофорез антибиотиков, гидрокортизона, ИК-лазеротерапию, оказывающие выраженное противовоспалительное действие. Больным III категории с синдромом хронической тазовой боли проводили диадинамотерапию, обладающую мощным обезболивающим действием. СМТ-терапия, электрофорез анальгетиков также были полезны и эффективны. У

больных категории IIIA при отсутствии инфекции, а также IV категории эффективным оказалось сочетание ультразвука с электрическим полем УВЧ, импульсными токами низкой частоты и сульфидными микроклизмами. Иммуностимулирующие методы необходимы больным всех категорий.

Существенное значение имеет ежегодное направление больных на бальнеологическое и курортное лечение, во время пребывания на котором возможно проведение ряда других лечебных и закалывающих мероприятий: гелиотерапия, теплые песочные ванны, плавание, прогулки, туризм и т.д., благодаря которым повышается иммунобиологическая защита организма.

Выводы. Подбор и применение индивидуальных и дифференцированных методов физиотерапевтических процедур, исходя из категорий хронического простатита, способствует повышению эффективности лечения и ускорению реабилитации больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ L-АРГИНИНА НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ РЕГУРГИТАЦИИ У ЛИЦ С ПЕРВИЧНЫМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

А.Л. Аляви, Г.З. Шодикулова

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью исследования стало определение эффективности действия Тивортина на восстановление функции эндотелия в зависимости от степени регургитации при первичном пролапсе митрального клапана.

В популяционное обследование включено 86 лиц, в том числе 36 (41,9%) мужчин и 50 (58,1%) женщин в возрасте от 15 до 25 ($19,9 \pm 1,42$) лет с этиологическими признаками врожденного пролапса митрального клапана. Условно их разделили на две группы и подгруппы: I группа 41 пациент (подгруппа А с I степенью регургитации и Б II степенью), которым назначен с профилактической целью, препарат Тивортин. 2 группу составили 45 лиц (подгруппа А и Б), за которыми велось наблюдение без приема выше указанного препарата.

Результаты исследования показали что у лиц 2 гр. с регургитацией I и II ст. (в подгруппах А и Б) с ПМК в сыворотке крови после 6 месяцев наблюдения не отмечено существенных отличий показателей функции эндотелия по сравнению с исходными данными. В 1 гр. у лиц с ПМК и регургитацией I и II ст., через 6 месяцев профилактического назначения препарата Тивортин отмечена отчетливая позитивная динамика показателей NO системы - повысилась активность eNOS - в 1,18 и 1,29 раза ($P < 0,05$ и $P < 0,02$), уровень NO снизился в 1,17 и 1,18 ($P < 0,05$) раза, активность iNOS в 1,17 и 1,29 ($P < 0,05$ и $P < 0,02$) раза, а также отмечалось снижение уровней ONO_2^- - в 1,23 и 1,34 ($P < 0,02$ и $P < 0,01$) раза, ЭТ - 1 - в 1,07 и 1,26 ($P < 0,05$ и $P < 0,02$) раза и VGEF- в 1,08 и 1,24 ($P < 0,05$

и $P < 0,01$) раза соответственно. Обращает на себя внимание тот факт, что 6 месячное назначения Тивортина оказывает свое влияние на показатели эндотелий зависимого ответа, через механизмы восстановления нарушенной активности eNOS и iNOS. Улучшение функциональной активности eNOS, при назначении Тивортина у больных с ПМК I ст. регургитации привело к позитивным сдвигам показателей до уровня контроля, а также всех последующих параметров активности NOS и системы ангиогенеза. Аналогичная тенденция выявлена и у больных с ПМК со II ст. регургитации. Выше изложенное позволяет предположить, что Тивортин влияет на один и тот же механизм, а именно восстановление активности eNOS. Это приводит к нормализации функции эндотелия путем увеличения доступности NO гладкомышечными волокнами, оказывающий вазорелаксирующий эффект, снижающий вазоконстрикторное действие ЭТ-1 и, как следствие, повышающий резервные возможности артерий, способствующий увеличению скорости кровотока по ним и обеспечивающий ткани кислородом.

Таким образом, проведенные исследования показали, что в механизмах прогрессирования НДСТ у больных с ПМК и регургитацией I и II ст. лежит ДЭ, нарушение процесса ангиогенеза. Тивортин в рекомендуемых дозах при 6 месячном курсовом назначении восстанавливает нарушенную активность NO - системы и процесса ангиогенеза.

ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА И ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Т.Н. Амелина, В.К. Ташук, О.С. Полянская

Буковинский государственный медицинский университет

Впервые термин «дисплазия соединительной ткани» (ДСТ) предложил Р.Beighton в 1983г. для обозначения клинических проявлений нарушения синтеза и функционирования производных коллагеновых и эластических белков. С 1990г. в классификации сердечно-сосудистых заболеваний NYHA синдром ДСТ сердца выделен в качестве самостоятельной нозологической

формы. Этот синдром включает пролапс клапанов сердца, аномально размещенные хорды левого желудочка, аневризмы межпредсердной перегородки и синуса Вальсальвы и др. Пролапс митрального клапана (ПМК) принадлежит к морфологической группе конкордированных заболеваний сердца и характеризуется аномальным прогибом в левое предсердие во время си-

столы левого желудочка одной или обеих створок МК. Распространенность ПМК в нашей стране по данным разных авторов колеблется от 1,1 до 38%. Такое расхождение в показателях связано с разнообразием методов и критериев диагностики этой патологии.

Во время прохождения диспансерного осмотра в отделении спортивной медицины областного врачебно-физкультурного диспансера обследовано 7210 спортсменов различных видов спорта. Среди общего количества обследованных спортсменов в 892 установлено патологию различных органов и систем. ПМК подтвержден в 123 обследованных, что составляет 1,7% и не отличается от распространения ПМК в общей популяции. Нами проанализирована частота ПМК в различных видах спорта и установлено, что чаще он встречается у спортсменов, занимающихся легкой атлетикой (8,70%), панкратионом (5,46%), футболом (5,42%) и спортивными танцами (4,04%). Среди других видов спорта пролапс составлял 0,4%. Полученные данные указывают на определенную связь между частотой ПМК и видом выполняемой нагрузки. По мнению А. Hickey и D. Wilcken, главный патофизиологический механизм развития ПМК заключается в длительной пролиферативной ответа клеток на повторяющееся малое повреждение, возникающее в аппарате МК с минимальными врожденными анатомическими вариациями. Пролиферация клеток фиброцитарного ряда сопровождается повышением продукции коллагена (преимущественно третьего

типа) и мукополисахаридов. Авторами выдвинута гипотеза - «ответ на повторное повреждение», согласно которой, в МК с малыми формами дисплазии возникновения и прогрессирования пролапса зависит от возраста пациента. Доказано, что у лиц в возрасте до 19 лет ПМК отмечают в 0,3% наблюдений, в возрасте 20-39 лет - в 2,0% случаев. Среди обследованных старшей возрастной группы (40-59 лет) этот показатель достигает 2,7%. При этом с возрастом нарастает не только частота ПМК, но и частота развития осложнений.

Мы считаем, что рост осложнений на фоне ПМК коррелирует не только с возрастом спортсмена, но и видом и степенью физической нагрузки. В условиях выполнения нагрузки, которая среди выявленных видов спорта носит преимущественно динамический характер, происходит перегрузка сердца объемом. У спортсменов, выполняющих интенсивную динамическую работу развивается эксцентрическая гипертрофия левого желудочка (ЛЖ): увеличивается масса миокарда ЛЖ и размеры камер сердца. Указанные изменения происходят постепенно, коррелируют с максимальным потреблением миокарда кислорода. Риск формирования и прогрессирования митральной регургитации (МР) в указанных видах спорта, особенно в сочетании с ПМК, выше, чем при выполнении статических видов деятельности. Именно ПМК с явлениями МР требует особого внимания врачей с позиции допуска или запрещения занятиями спортом.

СУЩНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ БУДУЩИХ МАГИСТРОВ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

М.М. Андриец

Буковинский государственный медицинский университет

Дальнейшее становление и формирование специальности "Физическая реабилитация" в Украине сопровождается активным обсуждением проблем теоретико-методологического, научно-практического и профессионально-прикладного характера. Сегодня еще не достигнуто адекватного понимания города специалиста по физической реабилитации в государственных учреждениях Министерства здравоохранения Украины, но найдено взаимопонимание с руководителями Министерства социальной политики Украины.

Проблеме, связанной с профессиональными аспектами подготовки физических реабилитологов, посвящены исследования таких ученых, как Л.П. Сущенко, В.А. Кукса, А.И. Михеенко, Л.Б. Волошина, А.М. Герцик, Н.А. Беликова. Одними из первых в бывшем Советском Союзе вопрос реабилитации освещались И.К. Шхвацабая и Л.П. Сущенко в отношении больных ишемической болезнью сердца, общие аспекты социальной, медицинской, трудовой, социальной реабилитации представлены в монографии К. Ренкер, реабилитация при детских болезнях отражена в научных трудах А.Ф. Тарасовой, более полное и современное представление о реабилитации представлено в первых украинских учебниках по физической реабилитации профессора В.М. Мухина, профессора А.К. Марченко, профессора И.И. Пархотика в российском учебнике "Физическая реабилитация" С.М. Попова, отдельные аспекты педагогической реабилитации указанные в работах профессоров В.С. Дмитриева, С.П. Евсеев, методики спортивной реабилитации представлены в многочисленных публикациях С.Ю. Каприалова

Термин "реабилитация" (rehabilitatio) издавна используется в юридической практике по восстановленным в правах лиц. Термин "реабилитация" (rehabilitatio) в переводе с латинского означает "одевать снова", "восстановление". В иной трактовке он происходит от латинского re - префикс, обозначающий "обратное действие", и habilitas - "пригодность". Впервые официально этот термин был применен в 1946 в Вашингтоне к больным туберкулезом во время проведения конгресса по реабилитации этих больных. Слово «реабилитация» имеет широкое значение и употребляется во всех сферах деятельности человека - в физической, интеллектуальной, а также в духовной. В связи с этим правильно говорить и о реабилитации здоровья человека. Одним из первых определение понятия "реабилитация" дал Курт Винтер: "Реабилитация - это целенаправленная деятельность коллектива в медицинском, педагогическом, социальном и экономическом аспектах с целью сохранения, восстановления и укрепления способности человека активно участвовать в общественной жизни".

В профессиональной подготовке будущих магистров по физической реабилитации, особенно при освоении учебных курсов "Реабилитация в ортопедии и травматологии", "Реабилитация в педиатрии", "Реабилитация в неврологии", "Реабилитация в кардиологии", а также базовых бакалаврских дисциплин, при составлении и применении реабилитационных программ во время производственной практики, важно четко различать основные виды реабилитации.

По нашему определению, комплексная реабилитация это сложный многофакторный процесс, который включает в себя разнообразные, тесно связаны и взаим-

но виды, среди которых выделяют медицинскую, физическую, психологическую, социальную, профессиональную, экономическую, педагогическую, спортивную, бытовую, техническую, оздоровительную и правовую реабилитацию. Следует отметить, что условное деление реабилитации на виды является полезным как для дидактики, так и для практики.

Качественная профессиональная подготовка магистров по физической реабилитации позволит эффективно решать проблему восстановления и улучшения здоровья различных слоев населения в лечебно-профилактический, социально-педагогический, спортивно-тренировочный, физкультура-но-оздоровительный и других сферах деятельности человека.

ЗНАЧЕНИЕ ВРЕМЕНИ «ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ» ПРИ ТОЛКОВАНИИ УЧЕНЫХ

М.М. Андриец

Буковинский государственный медицинский университет

Быстрое развитие физической реабилитации в нашем государстве как самостоятельной образовательно-профессиональной области актуализировало проблему формирования и развития понятийного аппарата этой специальности. Согласно определению украинско-латинско-английского медицинского толкового словаря, реабилитация - это «комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов».

Автор учебнике «Физическая реабилитация» В.М. Мухин определяет термин «физическая реабилитация» как «применение с лечебной и профилактической целью физических упражнений и природных факторов в комплексном процессе восстановления здоровья, физического состояния и работоспособности больных и инвалидов».

Т.Ю. Круцевич, определяя физическую реабилитацию, как «комплекс мероприятий, направленный на восстановление утраченной или ослабленной функции после заболевания или травмы». А.С. Вовканич считает, что специалисты по физической реабилитации должны готовиться как «педагоги в сфере восстановления или переработки двигательной деятельности и инвалидов лиц».

Вопросы сферы деятельности специалиста по физической реабилитации в современной профессиональной научно-методической литературе является освещение частично в единичных работах (сфера деятельности - определение задач профессиональной деятельности специалиста и описание типов услуг, которые он может оказывать) В частности, Мухин В.М. отмечает, что физический реабилитолог занимается разработкой методик применения физических упражнений, а также пла-

нированием и выполнением программ функционального восстановления.

Остается открытым вопрос распределения полномочий физического реабилитолога и врача. По мнению В.М. Мухина физическая реабилитация является неотъемлемой частью медицинской реабилитации и должна назначаться врачом.

В.Г. Савченко и В.В. Клапчук замечают, что физическая реабилитация осуществляется не только в рамках медицинской. Другие ученые также не склонны противопоставлять физическую реабилитацию и медикаментозно-фармакологическое лечение и считают, что работа таких специалистов должна планироваться в партнерстве с врачами и только такая совместная деятельность позволит значительно улучшить уровень здоровья нации.

Первые шаги к формированию ФГ как самостоятельной образовательно-профессиональной области в Украине начал осуществлять Львовский государственный институт физической культуры, где с 1994 года началось сотрудничество с Канадским агентством международного развития и тремя университетами Канады.

В 1994 году в Украинском государственном университете физического воспитания и спорта, а впоследствии - в других физкультурных институтах Украины - кафедры ЛФК и врачебного контроля реорганизуются в кафедры физической реабилитации и спортивной медицины. Затем это произошло и в высших медицинских учебных заведениях.

Итак, по мнению ученых физическая реабилитация является самостоятельным направлением медицинской реабилитации, однако является неотъемлемой составляющей при проведении общей физической реабилитации человека после полученной ею травмы.

ВЛИЯНИЕ ТРИМЕБУТИНА МАЛЕАТА НА ТЕЧЕНИЕ СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

А.А. Антонив, Ю.И. Войткевич

Буковинский государственный медицинский университет

Целью исследования было установить эффективность применения тримебутинмалеата в лечении пациентов с хроническим некалькулезным холециститом с сопутствующей СВД и гипертонической болезнью.

Было обследовано 90 больных с ХНХ в фазе обострения с сопутствующей СВД. В зависимости от клинической симптоматики СВД, согласно действующей классификации, обследованные больные были разделены на три группы. Первая - больные (30 человек) с ХНХ и СВД по гипертоническому типу (ГиперТТ), которая в зависимости от вида лечения, по случайному при-

знаку была разделена на 2 подгруппы 1а и 1б: 1а группа (контрольная, 15 человек) получала традиционное лечение обострения ХНХ и СВД по ГиперТТ: противовоспалительную терапию (препарат группы цефалоспоринов по 500 мг 2 раза в день 7 дней), дезинтоксикационную (реосорбилакт 200,0в/в №5), при наличии преобладающей дисфункции желчного пузыря (ДЖМ) по гипотоническому типу назначали прокинетики (мотилиум по 10 мг 3 раза в день), вегетативный корректор растительного происхождения новопассит и, для лечения гипертонии назначали β-адреноблокаторы (небиволол

5 мг по 1/2 таблетки (2,5 мг) 1 раз в день) в течение 15 дней; 16 группа (основная 15 человек) получала адекватную противовоспалительную и дезинтоксикационную терапию в комбинации с тримебутиномалеатом по 100 мг 3 раза в день в течение 15 дней. Вторая группа - больные ХНХ с СВД по гипотоническому типу (ГипоТТ) (30 человек) с фоновым гиперкинетическим типом ДЖМ и преобладающей гипертонической дисфункцией сфинктера Одди (по билиарным или панкреатическим типам), которая также была разделена на 2 подгруппы: 2а (контрольная 15 человек): больным назначили адекватную 1а группе противовоспалительную и дезинтоксикационную терапию в комбинации с Дуспаталином (по 135мг 3 раза в день) и экстрактом элеутерококка по 100 мг 3 раза в день в течение 15 дней; 2б группа (основная 15 человек) получала адекватную 1а группе противовоспалительную и дезинтоксикационную терапию в комбинации с тримебутиномалеатом по 200мг 3 раза в день в течение 15 дней. Третья группа - больные (30 человек) ХНХ с СВД с кардинальным неврозом (КН), которая в зависимости от вида лечения, в свою очередь, по случайному признаку была разделена на 2 подгруппы 3а и 3б: 3а группа (контрольная, 15 человек) получа-

ла традиционное лечение обострения ХНХ и СВД по КТ: противовоспалительную терапию (препарат группы цефалоспоринов по 500 мг 2 раза в день 7 дней), дезинтоксикационную (реосорбилакт 200,0 в / в №5), при наличии ДЖМ по гипотоническому типу назначали прокинетики (мотилиум по 10 мг 3 раза в день), вегетативный корректор растительного происхождения новопассит и б-адреноблокаторы (небиволол 5 мг по 1/2 таблетки (2,5 мг) 1 раз в день) в течение 15 дней; 3б группа (основная - 15 человек) получала адекватную противовоспалительную и дезинтоксикационную терапию, в комбинации с тримебутиномалеатом по 100 мг 3 раза в день и мебекаром 500 мг 2 раза в день в течение 15 дней.

Применение тримебутиномалеата в комплексной терапии вегетативных расстройств, обусловивших развитие СВД, дискинезий желчевыводящих путей и ХНХ целесообразно, поскольку комбинация положительных основных привела к коррекции основных симптомов как ХНХ и сопутствующих дискинезий, так и проявлений СВД независимо от типа исходных вегетативных расстройств.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

А.А. Антонив, Ю.И. Войткевич

Буковинский государственный медицинский университет

Цель исследования: изучение функционального состояния эндотелия больных хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) в зависимости от особенностей течения СВД.

Материалы и методы: Для реализации этой цели нами обследовано 138 больных ХНХ с сопутствующей СВД. В зависимости от варианта течения СВД пациенты ХНХ были поделены на три группы: первая - пациенты (31 человек) с ХНХ и СВД по гипертоническому типу (ГиперТТ); вторая - пациенты с ХНХ и СВД по гипотоническому типу (ГипоТТ) (35 человек) и третья - пациенты с ХНХ и кардинальным неврозом (КН) (22 человека). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц (ПЗЛ) соответствующего возраста. Эндотелиальную дисфункцию определяем по содержанию в крови стабильных метаболитов NO-нитритов и нитратов (с реактивами Гриса), активностью индуцибельной NO-синтазы методом ИФА.

Результаты исследования: Результаты проведенного исследования показали, что у 100% обследованных больных ХНХ с сопутствующей СВД было установлено эндотелиальную дисфункцию, однако изменения функционального состояния эндотелия отличалось значительно от варианта СВД. Так, у пациентов 1-ой и 3-ей групп было установлено снижение содержание в крови NO - со-

ответственно 27.1% и 48.3% ($p < 0,05$) в сравнении с показателем у ПЗЛ с наличием возможной межгрупповой разницы ($p < 0,05$). Минимальные значения показателя (снижение практически на 50%) были зарегистрированы у пациентов с КН СВД, что указывает на существенный фактор риска для дальнейшего прогрессирования этой формы СВД в ишемическую болезнь сердца. Изменения содержания метаболитов NO в сыворотке крови у пациентов с ХНХ с сопутствующей СВД по ГипоТТ возникли в результате индукции воспалительного процесса и NOS. По полученным результатам, активность и NOS у больных ХНХ всех групп была значительно повышена: у больных 1-ой группы превышала показатель у ПЗЛ в 1.5 раза ($p < 0,05$), 2-ой группы - в 2.7 раза ($p < 0,05$), 3-ей группы - в 1.8 раза ($p < 0,05$) с наличием межгрупповой разницы ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, проведенные исследования указывают на существенную разбалансированность показателя функционального состояния эндотелия с формированием эндотелиальной дисфункции у пациентов, больных ХНХ и СВД по ГиперТТ и КН, а также формированием значительной интенсивности нитрозитивного стресса у пациентов с объединённым течением ХНХ и СВД по ГипоТТ, которые составляют большинство.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НЕРЕВМАТИЧЕСКИМ КАРДИТОМ

М.Д. Аралов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Своевременно организовать реабилитационное лечение детей с НК, соблюдая этапность реабилитации.

Материалы и методы. Нами проведено реабилитационное лечение у 75 больных с НК в возрасте от 6 месяцев до 14 лет (46 мальчиков и 29 девочки), находив-

шихся в отделении кардиоревматологии ОМДМЦ, из них до 1 года 23 детей, 1-3 года - 31, 3-7 лет 12, 7-14 лет 8 детей. Всем больным диагноз НК был выставлен на основании субъективных, клинко-лабораторно-инструментальных данных. Были выявлены у 4 детей врожденные и 71 больных приобретенные НК.

Результаты и обсуждение. Реабилитационная терапия всем больным осуществлена в 3 этапах. На первом этапе медицинская реабилитация проведена в самый острый период при тяжелом течении заболевания в отделениях реанимации (16 больных) и палатах интенсивной терапии (19 детей). На этом этапе кроме базисной терапии применялись кислородотерапия, кислородная пена, коктейли, массаж, дыхательная гимнастика.

На втором этапе медицинском реабилитации находились дети (40 больных) с остаточными явлениями заболевания вне обострения в стационарных условиях (отделение кардиоревматологии). На этом этапе особое внимание уделяли лечебной физической культуре, физиотерапии, фитотерапии (кроме базисной терапии).

Все больные после выписки из стационара направлялись на третий этап медицинской реабилитации в кабинет реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, медицинской психологии в амбулаторных условиях под наблюдением кардиоревматолога.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОСКОПИЧЕСКУЮ ЭНДОНАЗАЛЬНУЮ ПОЛИПОЭТМОИДОТОМИЮ

М.Л. Арипова, М.И. Махмудназаров

Таджикский Государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино

Цель исследования: изучить эффективность проведения послеоперационной реабилитации больных, перенесших эндоскопическую эндоназальную полипоэтомидотомию.

Материал и методы исследования. В ЛОР отделениях Национального медицинского центра под нашим наблюдением находились 36 больных с хроническим полипозным риносинуситом. Возраст больных колебался от 28 до 64 лет. До оперативного вмешательства больным были проведены все необходимые клинические анализы. Больные были разделены на две группы (контрольная и основная). Всем пациентам было выполнено оперативное вмешательство – полипоэтомидотомия. В контрольной группе послеоперационная реабилитация осуществлялась по стандартной методике. В основной группе пациентам дополнительно проводили ежедневное 3-х разовое орошение обеих половин носа физиологическим раствором и назначили назальные капли глазокор, содержащий ципрофлоксацин и дексаметазон по три раза в день в течение 10 дней, начиная со дня удаления тампонов из носовой полости. Эффективность лечения оценивалась по динамике субъективных ощущений больного и объективной картины полости носа в

В зависимости от тяжести течения болезни в период выздоровления назначается индивидуальный режим, проводится лечебная физкультура. При легком течении болезни ребенок на год переводится в подготовительную группу. В поликлинике в течение 3 лет наблюдается кардиологом, а при среднетяжелом и тяжелом течении болезни наблюдается 5 лет. Для санаторно-курортного лечения лучше направлять в местный кардиоревматологический санаторий. Детям, перенесшим НК, назначение профилактических прививок делается строго индивидуально и комиссионно. При легком течении и отсутствии рецидивов болезни прививки можно разрешать через 2 года после выздоровления ребенка.

Таким образом, правильно организованные медицинская реабилитация и диспансерное наблюдение за перенесшими НК детьми снижает детскую инвалидность, повышает качество жизни ребенка и его семьи, а также сокращает длительность пребывания в стационаре.

послеоперационном периоде. Для объективной оценки течения послеоперационного периода проводили эндоскопию полости носа на 3, 7 и 14-й день после операции, при этом оценивалась интенсивность воспалительных явлений в полости носа.

Результаты и их обсуждение. Сравнение данных эндоскопии полости носа показало, что на 7-е сутки после операции в основной группе выраженность воспалительных явлений уменьшилась по сравнению с контрольной группой. Существенная разница отмечалась на 14-е сутки после операции. Выраженность воспалительного процесса в послеоперационном периоде в контрольной группе сохранялась.

Выводы. Применение физиологического раствора и комбинированного препарата глазокор для реабилитации больных, перенесших эндоскопическую эндоназальную полипоэтомидотомию уменьшает выраженность реактивных явлений в полости носа и способствует более быстрому восстановлению основных функций мерцательного эпителия и может быть широко рекомендовано у больных с различной патологией полости носа и околоносовых пазух.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В ВОЗРАСТЕ 12-16 ЛЕТ

А.Ю. Асташова, Е.Э. Петрова, Е.В. Хроменкова

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

Цель исследования: Анализ уровня физического развития и физической подготовленности детей Республики Беларусь в возрасте 12-16 лет.

Материалы и методы исследования: Определение уровня физического развития проводилось при помощи измерения антропометрических показателей: роста и массы тела. Для изучения физической подготовленности применялись педагогические тесты. Математическая обработка данных проводилась с использованием программного пакета Statistica 5.0.

Результаты: В период с 12 до 16 лет мальчики активнее прибавляют по весовым параметрам. Так, в 12 лет мальчики и девочки практически равны в длине и массе тела, а к 16 существенно выше и массивнее. Длина и масса тела мальчиков с замедляющимися темпами, но увеличиваются на протяжении всего изучаемого периода, девочки останавливаются в возрасте 15 лет. Стабилизация массы тела носит временный характер, а длина тела мальчиков в среднем прекращает увеличиваться к 17-18 годам. Дальность прыжка в длину у мальчиков

увеличивается с 177,50 см до 232,50 см, у девочек – с 160,00 см до 178,00 см. При этом динамика скоростно-силовых способностей у девочек носит более равномерный и поступательный характер. Силовые способности, проявляемые мышцами плечевого пояса в «отжиманиях», девочек в изучаемом периоде стабилизируются в рамках 10–12 раз, а у мальчиков продолжают увеличиваться с 22 повторений (16–30) до 39 (30–44). Силовые способности мышц туловища мальчиков и девочек увеличиваются на протяжении всего изучаемого периода. Тестом «Подтягивание на высокой перекладине» (у мальчиков), рост результатов наблюдается на отрезке 12–13 лет, с 13 до 14 лет наступает стабилизация; с 14 до 15 лет показатели улучшаются, с 15 до 16 лет данный показатель остается неизменным. У девочек закономерно уровень развития гибкости и темпы ее прироста выше, чем у мальчиков: результаты теста «Наклон вперед из положения сидя» в период с 12 до 16 лет увеличиваются. Уменьшение времени преодоления дистанции в челночном беге позволяет говорить об улучшении координационных, скоростно-силовых и скоростных способностей. Уровень развития скоростных и скоростно-силовых способностей, проявляемых в тесте «Бег 30 метров» у мальчиков и девочек имеет разную динамику: у девочек положительный прирост наблюдается только до 14 лет, а затем наступает стабилизация; у мальчиков результат на протяжении всего изучаемого периода улучшается.

Выводы: Подростковый период отличается увеличением ростовесовых характеристик и показателей физической подготовленности мальчиков и девочек: увеличиваются масса и длина тела, уровень развития силовых (мальчики), скоростно-силовых, скоростных и координационных способностей, гибкости и выносливости. Прирост носит неравномерный и гетерохронный характер, что подтверждает необходимость при разработке шкал оценивания использовать не теоретические методы, а научно обоснованные методы медико-биологического статистического анализа экспериментально полученных данных, соответствующих региону проживания и обновляемых не реже одного раза в 5–10 лет. В период с 12 до 16 лет не отмечается увеличения силовых способностей мышц плечевого пояса у девочек, и это несмотря на то, что на этот возраст приходится сенситивный период силы. По мере созревания увеличиваются гендерные отличия в физическом развитии и подготовленности подростков: к 16 годам мальчики выражены выше и массивнее девочек, уровень развития их силовых способностей мышц плечевого пояса, скоростно-силовых, скоростных и координационных способностей, выносливости выше; гибкости наоборот. В уровне силовых возможностей мышц туловища мальчики и девочки примерно одинаковы, несмотря на то, что согласно классическим представлениям, силовые способности мальчиков должны быть выше, чем у девочек.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ РАБОТЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ И ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ВОПРОСАХ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

Х.Х. Асомов, М.К. Агзамов, М.Р. Рустамов, Ш.М. Уралов

Самаркандский государственный медицинский институт

В современных условиях нашего общества объективно повышается роль экстренной медицинской помощи, разработан ряд нормативных документов, касающихся функционированию системы оказания неотложной и экстренной медицинской помощи. Главной организационной идеей в построении службы экстренной помощи РУз является создание единой системы службы экстренной медицины, включающей организацию РНЦЭМП, его региональных филиалов и субфилиалов. Служба экстренной помощи районного масштаба должна курировать первичное звено здравоохранения (СВП, ГВП, территориальные семейные поликлиники), по организационно-методическим и лечебным аспектам. В отделениях СФРНЦЭМП проводятся все необходимые лечебные мероприятия, согласно действующим приказам МЗ РУз и лечебно-диагностическим стандартам. Следующий этап оказания стационарной медицинской помощи больным, выписанным из отделений СФРНЦЭМП должен проводиться в стационарах областного, городского или районного масштаба, а в отдельных случаях и амбулаторно, под наблюдением врачей первичного звена здравоохранения. Для улучшения преемственности между СФРНЦЭМП и следующим этапом реабилитации больных, выполнения всех предписаний по проведению лечебно-реабилитационных и восстановительных мероприятий мы считаем необходимым пересмотреть существующую систему реабилитационно - восстановительных мероприятий, направленную на восстановление утраченных или сниженных функциональных возможностей организма больных вследствие заболевания. Необходимо разработать дополнительные мероприя-

тия, которые позволят реализовать истинно профилактический принцип медицины. Повышение эффективности решения организационно-административных вопросов, улучшение партнерских взаимоотношений и преемственности между специалистами центра экстренной медицинской помощи и первичного звена здравоохранения позволят в значительной степени улучшить состояние больных. Основную задачу по переводу выздоравливающего пациента в нормальный режим успешно выполнит комплекс реабилитационно - восстановительных мероприятий на следующем этапе лечения, сокращая разрыв между клиническим выздоровлением и функциональным восстановлением. В связи с чем, нами разработаны методические рекомендации по взаимодействию и преемственности работы районных, городских и областных лечебно-профилактических учреждений в плане дальнейшего улучшения этапного лечения и комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление здоровья больных, прошедших лечение в СФРНЦЭМП. Для этого необходимо разработать электронную базу выписок из историй болезни пациентов СФРНЦЭМП и переадресовать их непосредственно на электронную почту ЛПУ первичного звена по месту жительства с помощью специалистов областного отдела здравоохранения, что создаст гарантированные условия выполнения всех дальнейших лечебно-реабилитационных мероприятий для каждого конкретного больного. В результате улучшится взаимодействие и преемственность работы перечисленных структур ЛПУ, а совместная реализация комплексных программ реабилитационно - восстановительных мероприятий

позволят уменьшить рецидивы заболеваний, снизить показатели смертности и инвалидизации. Для внедрения предложенных новшеств по области, наряду с созданием соответствующей материально-технической базы, необходимо проведение широкомасштабной образовательной работы, включающую повышение квалификации медицинских кадров первичного звена, по вопросам медицинской реабилитации и совершенство-

ванию современных информационных технологий. Внедрение электронной базы выписок во всех ЛПУ области, улучшение взаимодействия и преемственности работы этих структур, совместная реализация намеченных перспективных реформ позволят успешно осуществлять восстановление и сохранение здоровья жителей Самаркандской области.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ДВИЖЕНИЙ В ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ У ДЕТЕЙ

А.А. Ахтамов

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью исследования явилась разработка новой методики восстановительного лечения детей с врожденным вывихом бедра после консервативном лечении на этапе вертикализации, направленной на профилактику остаточных подвывихов артроза тазобедренного сустава.

Материал и методы: Под наблюдением находился 16 ребенок в возрасте 9 мес до 2 лет. Всем больным после снятия гипсовой повязки применяли предложенное устройство. (Патент UZFAP 00852). Для решения поставленных задач предлагается устройство для разработки движений в тазобедренном суставе у детей, содержащее татор для голеностопной части ног с элементами фиксации в верхней части, в пяточной части которого симметрично оси татора размещена опорная штанга, на концы которой насажены средства перемещения по плоской поверхности, причем оно оснащено пластиной, жестко соединенной одним концом с опорной штангой, каждый из двух таторов, выполненных в виде сапожка с отверстиями для вентиляции в голенище, закреплен на пластине с помощью гайки и болта, которые установлены с возможностью фиксации заданного положения татора, регулируемого угломерной шкалой, нанесенной на противоположную сторону пластины, при этом в носочной части татора зафиксирован дополнительный фиксирующий элемент, а в качестве средства перемещения по плоской поверхности использованы подшипники. Устройство используют следующим образом. Больному ребенку для лечения заболеваний тазобедренного сустава на конечности одевают таторы, с отверстиями для вентиляции, которые фиксируют с помощью застежек в нижней и верхней части. В зависимости от вида патологии стопе в таторе придают определенное положение при помощи фиксирующей гайки, навинченной на болт на таторе, ориентируясь на угломерную шкалу, выполненной на пластине. Ребенок начинает движения в краниальном и каудальном направлении с помощью таторов, при помощи под-

шипников, установленных на опорную ось. В зависимости от тяжести заболевания по рентгенограммам (по углу антеверзии) определяем необходимый угол внутренней ротации конечности, при угле антеверзии до 30° по шкале угломера создаем внутреннюю ротацию стопы до 15°, т.е. двигаем стопу в этом положении, а при 45° создаем внутреннюю ротацию стопы 30°, т.е. двигаем стопу в этом положении, а при 60° создаем внутреннюю ротацию стопы 45°, т.е. двигаем стопу в этом положении, а от 0 до 15° центрация головки вертлужной впадины не нарушается и не требует определения внутренней ротации стопы. При создании внутренней ротации стопы стрелка, закрепленная заклепкой с крепежными элементами, указывает на угол ротации по угломерной шкале.

Результаты лечения: При высокой степени антеверзии (45° и более) показано лечение в предложенном аппарате с устройством для внутренней ротации. Использование этого аппарата вместо гипсовой повязки в период фиксации после предварительного щадящего низведения головки до уровня впадины и ее вправления. В течение периода фиксации проводится физиолечение с учетом характера нарушений в суставе, направленное на стимуляцию образования костной и хрящевой ткани, улучшение кровообращения. Анализ исходов лечения 16 детей с врожденным вывихом бедра в отдаленном периоде получен хорошие результаты.

Выводы: Рекомендуемая нами примерная схема лечения больных с врожденным вывихом бедра с учетом имеющейся клинко-рентгенологической картины и функциональных нарушений в суставе позволяет отсрочить возможное развития раннего коксартроза на 10-15 лет.

Устройство удобное в использовании и обеспечивает активную и пассивную разработку движений в тазобедренном суставе. Позволяет лечить детей с заболеваниями тазобедренных суставов и проводит раннюю активизацию больного.

РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА

А. Ахтамов, А.А. Ахтамов

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью исследования явилась разработка новой методики восстановительного лечения детей с врожденным вывихом бедра после консервативного лечения на этапе вертикализации направленной на профилактику остаточных подвывихов артроза тазобедренного сустава.

Материал и методы: Под наблюдением находился 16 ребенок в возрасте 9 мес до 2 лет. Всем больным после снятия гипсовой повязки применяли предложенное устройство. (Патент UZFAP 00852, 2013г).

После снятия гипсовой повязки в шине (аппарате) осуществляется постепенное. Ребенок занимался лечебной гимнастикой для ликвидации сгибательно - отводящее- ротационной наружу контрактуры, которая неизбежно образовывались в результате многомесячной гипсовой фиксации. Больным детям назначалось электростимуляция, парафиновая аппликации, массаж и ЛФК. Для решения поставленных задач предлагается устройство для разработки движений в тазобедренном суставе у детей, содержащее татор для голеностопной

части ног с элементами фиксации в верхней части, в пяточной части которого симметрично оси тутора размещена опорная штанга, на концы которой насажены средства перемещения по плоской поверхности, причем оно оснащено пластиной, жестко соединенной одним концом с опорной штангой, каждый из двух туторов, выполненных в виде сапожка с отверстиями для вентиляции в голенище, закреплен на пластине с помощью гайки и болта, которые установлены с возможностью фиксации заданного положения тутора, регулируемого угломерной шкалой, нанесенной на противоположную сторону пластины, при этом в носочной части тутора зафиксирован дополнительный фиксирующий элемент, а в качестве средства перемещения по плоской поверхности использованы подшипники.

Устройство используют следующим образом. Больному ребенку для лечения заболеваний тазобедренного сустава на конечности одевают туторы, с отверстиями для вентиляции, которые фиксируют с помощью застёжек в нижней и верхней части. В зависимости от вида патологии стопе в туторе придают определенное положение при помощи фиксирующей гайки, навинченной на болт на туторе, ориентируясь на угломерную шкалу, выполненной на пластине. Ребенок начинает движения в краниальном и каудальном направлении с помощью туторов, при помощи подшипников, установленных на

опорную ось. При создании внутренней ротации стопы стрелка, закрепленная заклепкой с крепежными элементами, указывает на угол ротации по угломерной шкале.

Результаты: При высокой степени антиверсии (45° и более) показано лечение в предложенном аппарате устройством для внутренней ротации. Использование этого аппарата вместо гипсовой повязки в период фиксации после предварительного сходящего низведения головки до уровня впадины и ее вправления. В течение периода фиксации проводится физиолечение с учетом характера нарушений в суставе, направленное на стимуляцию образования костной и хрящевой ткани, улучшение кровообращения. Анализ исходов лечения 16 детей с врожденным вывихом бедра в отдаленном периоде получены хорошие результаты.

Выводы: Результаты консервативного лечения детей с врожденным вывихом бедра в возрасте от 6 месяцев до 2 лет, дополненного патогенетический обоснованным реабилитационными мероприятиями, направленными на нормализацию тазобедренного сустава. Рекомендуемая нами примерная схема лечения больных с врожденным вывихом бедра с учетом имеющейся клинкорентгенологической картины и функциональных нарушений в суставе позволяет отсрочить возможное развития раннего коксартроза на 10-15 лет.

ВНУТРИПОЛОСТНАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

И.А. Ахмеджанов, Ю.М. Ахмедов, Ш.Х. Мавлянов, М.А. Норбеков, Ф.Ш. Мавлянов, И.Ю. Ахмедов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: Улучшить эффективность и результаты лечения острой деструктивной пневмонии у детей

Материал и методы: В отделении гнойно-септической хирургии Самаркандского областного детского многопрофильного центра за последние 10 лет на обследовании и лечении находилось 153 больных с различными формами острой деструктивной пневмонии. Детей до 1года было 69,7%, от 1 до 3лет 21,2%, от 8 до 11 лет 8% и от 12 до 15 лет 1,1%. Среди них у 53 детей деструктивная пневмония клинически проявилась в виде пиопневмоторакса. Средний возраст данной категории больных составил 1,2±0,3 лет. Для проведения лазеротерапии у детей мы последовательно использовали полупроводниковый инфракрасный лазер (аппарат "Узор" на арсениде галлия с магнитной насадкой, длина волны 0,89 мкм, мощность излучения в импульсе 4 Вт) и гелий-неоновый лазер (УЛФ-01, длина волны 0,63 мкм, мощность излучения на конце световода 8—10 мВт).

Результаты: Тактика лечения этих больных в клинике включала сочетание консервативной терапии с малыми инвазивными вмешательствами. 25 больным в комплекс лечения была включена регионарная лимфотропная антибиотикотерапия. Этим же детям через дренажную трубку в плевральной полости низкоинтен-

сивной лазерной излучение. Остальным 28 детям лечение было произведено традиционным методом. Результаты исследования показали, что в основной группы больных нормализация температуры, прекращение отделяемого из плевральной полости, расправление легочной ткани, улучшения общего состояния происходило на 2-4 суток раньше чем в контрольной группе. При иммунологическом исследовании в послеоперационном периоде в основной группе отмечалось повышение количество Т- и В-лимфоцитов, выявлена высокая активность фагоцитоза и повышение иммуноглобулинов в крови.

Выводы: способность лазерного излучения сокращать и уменьшать воспалительную реакцию, вызывать стимуляцию обмена в тканях и процессов регенерации, а также простота и безболезненность проводимой лазеротерапии позволяет применить внутриплевральную лазеротерапию гелий-неоновым лазером в комплексном лечении осложненных форм острой гнойной деструктивной пневмонии. Сочетанное применение внутриплевральной лазеротерапии с регионарной лимфотропной антибиотикотерапии при пиопневмотораксе, позволяет улучшить эффективность и результаты лечения. Использование данного метода позволило сократить срок пребывания в стационаре на 4,3 дня.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ

Н.И. Ахмеджанова, Х.М. Маматкулов, Д.Х. Маматкулова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: оптимизировать методы исследования оценки влияния региональной лимфотропной антибиотикотерапии (РЛАТ) на некоторые показатели пар-

циальных функций почек при ХВНПН (хронический вторичный необструктивный пиелонефрит).

Материал и методы исследования: обследовано 60 детей, больных ХВНПН в возрасте от 4 до 14 лет. Боль-

ные были условно разделены на 2 группы в зависимости от метода лечения. В 1-ю группу вошли 17 больных, которые получали общепринятую терапию (в первые трое суток, обычно ампициллин в/м, после получения результатов бактериологического исследования - антибактериальный препарат в зависимости от чувствительности возбудителя). 2-я группа состояла из 21 больного, которым антибиотики вводились лимфотропным способом.

Результаты исследования. Установлено относительное снижение показателя СКФ (скорость клубочковой фильтрации) $P < 0,05$, а также достоверное снижение уровня осмолярности мочи ($P < 0,001$), значительное повышение уровня АТ (титрационная кислотность), NH_3 в моче ($P < 0,001$), что свидетельствует о более высокой тенденции к появлению ацидоза. При этом уровень суточного диуреза у обследованных нами детей оказался достоверно сниженным ($P < 0,001$). Сравнительная оценка показателей функционального состояния почек, проведённых после лечения, у детей с ХВНПН в зависимости от способа лечения показала различные изменения показателей парциальных функций почек. Так, у детей с ХВНПН, получавших общепринятую терапию (1-я группа), перед выпиской из стационара уровень СКФ практически не изменялся ($P_1 > 0,1$). Соответственно, не отмечалось повышения осмолярности мочи ($P_1 < 0,1$). Также, мы не выявили положительной динамики АТ и NH_3 в моче, АК (аммонийный коэффициент Элькинтона) после проведения общепринятой терапии ($P_1 > 0,1$). Традиционная терапия не оказывала влияния и на со-

держание оксалатурии ($P_1 > 0,1$). Позитивных изменений суточного диуреза также не отмечалось ($P_1 > 0,1$). Более положительные сдвиги в функциональном состоянии почек больных мы выявили на фоне использования РЛАТ (2-я группа). Наблюдалось достоверное повышение показателей клиренса по эндогенному креатинину ($P_1 < 0,001$), осмолярности мочи ($P_1 < 0,001$), аммиака ($P_1 < 0,001$) и АТ мочи ($P_1 < 0,001$), АК ($P_1 < 0,001$). Кроме того, отмечалось увеличение суточного диуреза ($P_1 < 0,001$), по сравнению с аналогичными показателями до лечения. Нужно отметить, что положительные сдвиги большинства этих показателей достоверно улучшились и в сравнении с 1-й группой: показатель клиренса по эндогенному креатинину ($P_2 < 0,001$), осмолярность мочи ($P_2 < 0,001$), аммиак ($P_2 < 0,01$) и титрационная кислотность мочи ($P_2 < 0,01$), АК ($P_2 < 0,001$). Уровень осмолярности мочи ($P < 0,001$), СКФ ($P < 0,05$) и АК ($P < 0,001$) во 2-й группе приблизились к показателям здоровых детей. У больных с применением РЛАТ отмечалось значительное улучшение и показателей суточного диуреза, как по сравнению с аналогичными значениями до лечения, так и по сравнению с 1-й группой ($P_1 < 0,001$, $P_2 < 0,01$).

Таким образом, РЛАТ является высокоэффективным методом терапии ХВНПН, оказывает позитивное влияние на основные показатели функции почек: СКФ, осмолярность мочи, аммиака и титрационной кислотности мочи, АК, причём эти результаты достигаются при одновременном уменьшении суточной и курсовой дозы антибиотика.

РЕВМАТОИД АРТРИТГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРДА ҲАЁТ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШДА РЕАБИЛИТАЦИОН ЧОРА-ТАДБИРЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ

Х.С. Ахмедов, Ф.С. Разакова

Тошкент тиббиёт академияси

Тадқиқот мақсади: соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғимида реабилитацион чора тадбирлар асосида РА чалинган беморларда ҳаёт сифатини ўзгаришини баҳолаш.

Тадқиқот усуллари ва материаллар. Тадқиқотга 160 та ревматоидга чалинган бемор жалб қилиниб, асосий гуруҳни 140 та, назорат гуруҳни эса 20 нафар бемор ташкил қилди. ҚВП ва оилавий поликлиника шароитида асосий гуруҳга анъанавий медикаментоз даво фониди бўғимларнинг ҳаракат функциясини тиклашга қаратилган реабилитацион тадбирлар ўтказилди. Эрта ҳамда узлуксиз даволовчи жисмоний тарбияни ўз ичига олган реабилитацион тактикани қўлланилиши 3 йил давомида беморлардаги кузатув асосида ҳаёт сифатини (ХС) SFB36 сўровномасидан фойдаланган ҳолда, анкеталаш натижалари ўрганилди.

Тадқиқот натижалари ва муҳокама. Ҳаёт сифатини анкеталаш натижаларини ўрганилганда гуруҳлар орасида жисмоний функция (PF) бўйича тафовутлар мавжудлиги аниқланди, яъни асосий гуруҳда кўрсаткичларнинг анча юқорилиги кузатилди ($P < 0,001$). Ўз ўрнида РА нинг яхшиланиши ҳисобига, асосий гуруҳда бажара олиш функцияси (RP) кўрсаткичларининг ортганлиги аниқланди ($P < 0,001$). Шунингдек, ушбу гуруҳнинг ўзида оғриқнинг интенсивлигини кундалик фаолиятга таъсир этиш кўрсаткичи ($P < 0,05$) бўйича ижобий динамика қайд этилди (BP). Шу билан бир қаторда, саломатлиқнинг умумий ҳолати кўрсаткичи бўйича тафовут аниқланмади (GH), яъни иккала гуруҳ-

даги беморларнинг айни пайтдаги ҳолатларини баҳолаш натижаларида кўрсаткичларни салмоқли равишда ортганлиги, лекин асосий гуруҳда ($P < 0,001$) назорат гуруҳига ($P < 0,02$) нисбатан 12,6% ўсишнинг мавжудлиги кузатилди. Яшовчанлик кўрсаткичининг таҳлилига кўра, (VT – ўзини бақувват ёки аксинча ҳолсиз хис қилиш) назорат гуруҳидаги кўрсаткичлар динамикасида деярли ўзгариш бўлмади, асосий гуруҳда эса кўрсаткичларнинг сезиларли равишда ортганлиги кузатилди ($P < 0,001$). Дарҳақиқат, амбулатор шароитда даволанган РАли беморларда ижтимоий функция кўрсаткичи (SF) анчайин ошди ($P < 0,001$). Асосий гуруҳдаги SF эса назорат гуруҳига нисбатан 28,1% юқорилиги қайд этилди. Ўз ўрнида руҳий ҳолат кўрсаткичлари (RE), яъни руҳий ҳолат беморларнинг меҳнат ёки бошқа кундалик фаолиятни бажаришга ҳалақит беради, гуруҳлар орасида фарқ кузатилмади, мадомики, иккала ҳолатда ҳам юқори кўрсаткичлар аниқланса ҳам, асосий гуруҳдаги ўсиш кўрсаткичи 4,9%ни ташкил қилди. Шунингдек, асосий гуруҳдаги беморларда руҳий саломатлик кўрсаткичи (MH) салмоқли тарзда 48,6% га ошди.

Хулоса. Эрта ҳамда узлуксиз даволовчи жисмоний тарбияни ўз ичига олган реабилитацион тактикани қўлланилиши 3 йил давомида беморлардаги кузатув натижалари шуни кўрсатадики, бўғимларнинг функционал фаоллигини сақланиши ҳисобига уларнинг ҳаёт сифати кўрсаткичларининг ижобий динамикаси кузатилади.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ ОЗОНОТЕРАПИЕЙ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ

А.А. Ахмедов, Х.К. Карабаев, К.С. Кенжамуратова, Э.О. Нурбоев

Самаркандский государственный медицинский институт

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Цель работы. Изучить эффективность ранней реабилитации при применении внутривенного введения озонированного физиологического раствора (ВВВФР) и влияние его на некоторые показатели антиоксидантной системы плазмы при развитии ожогового сепсиса.

Материалы и методы. Для выполнения поставленной цели были изучены результаты лечения ожоговой болезни у 130 обожженных в Самаркандском филиале РНЦЭМП в 2008-2012гг. Ожоговый сепсис был подтвержден клинически, лабораторно (РСХ, СРР) и при бактериологическом исследовании у 80 (61,5%) больных. Все больные получали соответствующее тяжести ОБ лечение, включая, в случае развития сепсиса, стандартную его терапию.

У 50 (38,5%) обожженных, в возрасте $42,75 \pm 2,51$ лет с индексом Франка $108,87 \pm 2,55$ ус. ед и явлениями ожогового сепсиса, было проведено ВВВФР в объеме 200 мл в сроки $11,54 \pm 2,11$ дней после ожога, с концентрацией озона в жидкости 4,0 мг/л, 1 раз в сутки на протяжении 10 дней (основная группа - сепсис с озоном). 30 (23,0%) обожженным в возрасте $43,3 \pm 3,75$ лет с индексом Франка $105,75 \pm 3,54$ ус. ед и явлениями ожогового сепсиса терапия проводилась без ВВВФР (контрольная группа - сепсис без озона). Во всех группах изучались показатели антиоксидантной системы крови на протяжении 5 суток. Кровь исследовали из центральной вены за 1 час до введения, через 1, 6 и 24 часа после введения озонирован-

ного раствора. Исследование антиоксидантной системы крови включало определение показателей каталазы и восстановленного глутатиона в плазме.

В основной группе (сепсис с озоном), начиная со 2-3-х суток, озонотерапия привела к стойкому повышению сниженного уровня каталазы, с остаточным его повышением в конце недели, а в контрольной группе (сепсис без озона) этого не наблюдалось, уровень каталазы оставался крайне низким.

Результаты. Применение внутривенного введения озонированного физиологического раствора (ВВВФР) в основной группе привело к незначительному повышению уровня восстановленного глутатиона сразу после начала озонотерапии, но без его нормализации в конце недели, а в группе контроля его уровень оставался критически низким на протяжении всего периода обследования, лечения и ранней реабилитации.

Выводы: 1. При ранней реабилитации озонотерапия имеет определенный ряд показаний для парентерального применения при лечении неотложных состояний в комбустиологии - тяжелого ожогового шока и острой ожоговой токсемии. 2. Внутривенная озонотерапия при ранней реабилитации приводит к значительным положительным изменениям в антиоксидантной системе, которая нарушена при тяжелых ожогах, осложненных ожоговым сепсисом.

ЗНАЧЕНИЕ ОПТИМИЗАЦИИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Х.С. Ахмедов, М.С. Ахмедова, Г.Х. Садуллаева

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: изучение роли эффективности коррекции прогестероновой недостаточности в оптимизации вторичной профилактики у больных РА в условиях семейной поликлиники и сельского врачебного пункта.

Материалы и методы: всего изучено 103 больных, женщин репродуктивного возраста ревматоидным артритом, у которых перед исследованием было констатировано явления прогестероновой недостаточности. Основной группе (83 больных) проводилась коррекция прогестероновой недостаточности (препаратами прогестерона) на фоне патогенетической терапии. Контрольную группу составили 20 больных, которые получали патогенетическую терапию. Эффективность оценивалась через год.

Результаты: случаи с положительной клинической динамикой в основной группе составил 89,1 % в отличие

от 55% контрольной группы; больных женщин РА с длительной ремиссией в контрольной группе составил 35 %, напротив 78,3% основной группы. Больных нуждающихся в госпитализации через год в контрольной группе был отмечен у 75,9 % случаев, а в основной группе 35 % случаев. А больных с улучшенным качеством жизни был значительным у 66,2 % больных, получившие коррекцию прогестероновой недостаточности на фоне патогенетической терапии в отличие от контрольной группы, где показатель был намного сниженным 25 %.

Выводы: коррекция прогестероновой недостаточности у больных РА, женщин репродуктивного возраста в условиях семейной поликлиники и сельского врачебного пункта играет важную роль в улучшении вторичной профилактики заболевания, что отражает результаты эффективности вмешательства.

ПСОРИАЗ КАСАЛЛИГИДА ИККИЛАМЧИ ДЕПИГМЕНТАЦИЯДА УЛЬТРАБИНАФСА НУРЛАРИНИ КЎЛЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Ш.К. Ахмедов, М.Р. Баратова, Н.К. Исломов

Самарканд давлат медицина институти

Ишнинг максади: Псориаз касаллигининг ремиссия даврида коладиган иккиламчи депигментацияни бар-тараф этишда ультрабинафша нурларининг эффективлигини ўрганиш. Псориаз билан даволаниб чиққан

беморларда тугунчалар тўлиқ сўрилгандан сўнг ҳам терида маълум вақт дипегментланган иккиламчи оким-тир доғлар сақланиб қолади. Бу доғалар беморларда косметик нуқтаи назардан безовталиқ келтириб чиқа-

риб, рухий фаолиятига ҳам зарба бериб туради. Шу ҳолатларни инобатга олиб иккиламчи депигментацияни тезроқ йўқотиш мақсадида иш олиб борилди.

Текширишнинг материаллари ва услублари: 22 нафар бемор кузатувимиз остида бўлди. Уларнинг ёши 20-40 ёш ораллигида бўлиб, псориаз билан касалланишганликлари 6-8 йил бўлган. Ушбу беморларда даволаниб чиқишганларидан сунг ҳар сафар тутунчалар ўрнида иккиламчи оқ доғлар қолиши ва бу уларнинг руҳиятига салбий таъсир қилиб кейинчалик касалликнинг яна қайтадан авж олиб кетишига замин яратиб келаётганлиги беморларнинг шикоятларидан аниқланди.

Беморлар икки гуруҳга яъни асосий ва контрол гуруҳларига бўлиниб тадқиқот ишлари олиб борилди. Асосий гуруҳга киритилган 11 беморга иккиламчи доғлар ўрнига ҳар куни 1 минутдан бошлаб кўтариш лувчи схемада терисига ультрабинафша нурлари $1\frac{1}{4}$ биодозада ОРК-21 стационар аппарати ёрдамида бериб борилди. Контрол гуруҳга киритилган 11 беморга иккиламчи доғлар ўрнига ҳар куни облипеа мойи суртиб кунига 3 маҳал массаж қилиш тавсия этилди.

РАНГ-БАРАНГ ТЕМИРАТКИ КАСАЛЛИГИДАН СУНГ КОЛАДИГАН ИККИЛАМЧИ ДЕПИГМЕНТАЦИОН ДОГЛАРНИ БАРТАРАФ ЭТИШДА УЛЬТРАБИНАФША НУРЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Ш.К. Ахмедов, И.Ш. Камалов, Ф.Ф. Жураева

Самарканд давлат медицина институти

Ишнинг мақсади: Ранг-баранг темиртки касаллигидан сунг қоладиган теридаги иккиламчи депигментацион доғларни тезроқ бартараф этиш учун ультрабинафша нурларининг таъсирини урганиш. Ушбу касаллик билан даволаниб чиккандан сунг ҳам бемор терисида маълум вақт иккиламчи оқимтир доғларнинг қолиши уларни косметик нуқтаи-назардан безовта қилиб келади. Хатто беморлар узида витилиго бошланаяпти деб хавотирланишиб, руҳияти зарарланишига олиб келиши мумкин.

Текширишнинг материаллари ва услублари: 30 нафар бемор кузатувимиз остида бўлди. Уларнинг ёши 18-35 ёш ораллигида бўлиб, ранг-баранг темиртки билан касалланишганликлари 2-3 йил бўлган. Ушбу беморларда даволаниб чиқишганларидан сунг ҳар сафар тошмалар урнида иккиламчи оқ доғлар қолиши ва бу уларнинг руҳиятига салбий таъсир қилиши беморларнинг шикоятларидан аниқланди.

Беморлар икки гуруҳга яъни асосий ва контрол гуруҳларига бўлиниб тадқиқот ишлари олиб борилди. Асосий гуруҳга киритилган 15 беморга иккиламчи доғлар урнига ҳар куни 1 минутдан бошлаб кутариш лувчи схемада терисига ультрабинафша нурлари $1\frac{1}{8}$ биодозада ОРК-21 стационар аппарати ёрдамида бериб борилди.

Натижалар: Ультрабинафша нурлари билан даволанган беморларнинг 11 нафарида ҳам иккиламчи депигментацион доғлар даволанишнинг 7-10 кунларидан бошлаб, яъни 7-10 минут давомийликдан сунг репигментация жараёни билан алмашина борди ва даволанишнинг 12-15 кунларига келиб терининг ранги тулик тикланди, яъни тери пигментацияси нормаллашди, оқимтир доғлар бартараф этилди. Контрол гуруҳдаги 11 беморларда эса муолажанинг 30-35 кунларида ҳам теридаги иккиламчи доғлар сақланиб турганлиги аниқланди. Факат 6 нафар беморларда даволанишнинг 2 ойига келиб репигментация кузатилди. Қолган 5 нафар беморда оқимтир доғлар сақланиб қолди.

Шундай қилиб, псориаз касаллигида тутунчалар ўрнида қоладиган иккиламчи оқимтир доғларни бартараф этишда беморлар терисига субэритем дозаларда ультрабинафша нурлари билан кутарилиб боровчи схемада даволаш муолажалари олиб бориш ишончли ижобий натижаларга олиб келиши мумкинлиги ва бу беморлар кайфиятига ижобий таъсир қилиб касалликнинг қўзишининг олдини олиши аниқланди.

Контрол гуруҳга киритилган 15 беморга иккиламчи доғлар урнига ҳар куни облипеа мойи суртиб кунига 3 маҳал массаж қилиш тавсия этилди.

Натижалар: Ультрабинафша нурлари билан даволанган беморларнинг 15 нафарида ҳам иккиламчи депигментацион доғлар даволанишнинг 12-15 кунларидан бошлаб, яъни 12-15 минут давомийликдан сунг репигментация жараёни билан алмашина борди ва даволанишнинг 18-20 кунларига келиб терининг ранги тулик тикланди, яъни тери пигментацияси нормаллашди, оқимтир доғлар бартараф этилди. Контрол гуруҳдаги 15 беморларда эса муолажанинг 30-35 кунларида ҳам теридаги иккиламчи доғлар сақланиб турганлиги аниқланди. Факат 8 нафар беморларда даволанишнинг 2 ойига келиб репигментация кузатилди. Қолган 7 нафар беморда оқимтир доғлар сақланиб қолди.

Хулоса: Шундай қилиб, ранг-баранг темиртки касаллигида тошмалар урнида қоладиган иккиламчи оқимтир доғларни бартараф этишда беморлар терисига субэритем дозаларда ультрабинафша нурлари билан кутарилиб боровчи схемада даволаш муолажалари олиб бориш ишончли натижаларга олиб келиши мумкинлиги ва бу беморлар кайфиятига ижобий таъсир қилиб, реконвалесцентларда турли хил хавотирларнинг олдини олиши аниқланди.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ВЕРТЕБРАЛГИИ

Ш.Ч. Ахмедов, А.О. Кобилов, А.М. Рахматов

Национальный центр реабилитации и протезирования инвалидов МТ и СЗ РУз

Целью настоящего ретроспективного исследования было изучение данных магнитно-резонансной томографии различных отделов позвоночника.

Материалы и методы. Нами проведен анализ МРТ данных с 2005 г. по 2012 г. у 1167 пациентов в возрасте от 14 до 20 лет, в связи с их жалобами на боли в позвоночнике. Из общего числа обследованных больных, лица

мужского пола составили 58,7 % . В подростковом и юношеском возрасте, продолжительная, от 2 недель до 6 месяцев, вертебралгия встречается довольно часто – от 13 % до 51 %.

В результате МР-томографического обследования позвоночника у 858 (73,6 %) пациентов был установлен кифосколиоз, у 97 (8,3 %) – болезнь Шейерманна-Мау с

преобладанием (85 %) болезненного пояснично-грудного варианта, а в 94 (8,0 %) случаях – спондилолиз. Еще у 54 (4,6 %) обследованных были обнаружены “старые” (давностью более 3 месяцев) компрессионные, I-ой (n=86) и II-ой (n=41) степени по Genant с соавт. (1993 г.), переломы тел позвонков. Опухоли позвоночника были диагностированы у 17 (1,4 %) пациентов. Признаки дегенеративных изменений межпозвонковых дисков ниже-грудного (Th11-Th12) и пояснично-крестцового отделов позвоночника были выявлены с помощью МРТ у 48 (4,1 %) пациентов в возрасте от 14 до 20 лет (медиана возраста 17,2 лет), с синдромом вертебралгии длительностью около 6 месяцев, с радикулопатией (n = 21) и без нее (n = 75). При этом 58 (60,4 %) из них были мужского пола и 38 (39,6 %) – женского. Из 96 пациентов 32 (33 %) активно, практически профессионально занимались спортом (гимнастика, тяжелая атлетика, футбол). Избыточный вес имелся у 21 (21,8 %) пациента. У 27 (28 %) больных – один или оба родителя страдали от остеопороза. К моменту МР-томографического обследования, 45 (46,9 %) пациентов курили больше 5 лет. Как известно, характерными МР-симптомами дегенеративных изменений межпозвонковых дисков являются – уменьшение интенсивности их МР-сигнала на T2-ВИ и снижение высоты дисков. Обнаружение этих признаков и послужило основанием для установления у всех 96 пациентов дегенеративных изменений межпозвонковых дисков. При этом у 27 (28 %) из них также были обнаружены пролапсы дисков. Наиболее часто определялись дегенеративные изменения дисков L5-S1 (n=63), L4-L5 (n=51), и L3-L4 (n=27). Изменения других дисков выявлялись реже. Так, изменения диска Th11-Th12 имели

место у семи больных, тогда как дегенеративные изменения дисков L1-L2 и L2-L3 отмечались в 11 и 9 случаях, соответственно. Дегенеративные изменения межпозвонкового диска на одном уровне определялись в 47 случаях. МР-симптомы дегенеративных изменений в двух дисках имели место у 39 пациентов, и только у 10 – отмечались дегенеративные изменения трех (n = 6) и четырех (n = 4) дисков. Кроме снижения высоты дисков и уменьшения интенсивности МР-сигнала в них, у 17 (18 %) пациентов определялись изменения в субхондральных отделах тел позвонков, прилежащих к дискам L4-L5 и L5-S1 по первому типу Modic. Помимо дегенеративных изменений дисков, у 17 больных определялась картина врожденного стеноза позвоночного канала, передне-задний размер которого, на сагиттальных МР-томограммах составлял менее 13 мм. При этом у девяти пациентов со стенозом позвоночного канала отмечалась длительная и выраженная радикулопатия, резистентная к медикаментозной терапии.

Выводы. Клиническое обследование пациентов этого возраста без МРТ позвоночника не способно выявить признаки, характерные только для данной категории больных или установить причину болевого синдрома, и часто приводит к диагностическим ошибкам. Поэтому, данные больные особо нуждаются в МРТ позвоночника, от которой зависит не только успех лечения, но и прогноз заболевания, так как, неустановленные дегенеративные изменения межпозвонковых дисков могут привести к существенному снижению трудоспособности у этих больных и ухудшению качества их жизни в зрелом возрасте.

ВЫБОР МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Ш.Ч. Ахмедов, А.О. Кобиров, А.М. Рахматов

Национальный центр реабилитации и протезирования инвалидов МТ и СЗ РУз

Группа дистрофических заболеваний позвоночника, проявляющаяся обычно синдромом хронической боли в спине, может быть обусловлена как локальными формами – хондроз диска, остеохондроз, спондилоартроз, спондилез, болезнь Кюммеля, так и распространенными – остеопороз (ОП), остеопения (ОМ), лигаментоз, тендиоз, оксификация задней продольной связки, синдром Форестье. Подразделение форм несколько условно, так как локальные формы нередко лишь на начальном этапе развития имеют ограниченную локализацию, в дальнейшем же, как показали данные современных лучевых методов, могут принимать распространенный характер. Распространенные же формы, нередко, какое-то время носят ограниченный характер. Ранние дистрофические изменения могут спровоцировать и врожденные аномалии, и, прежде всего, такие как идиопатический сколиоз, тропизм суставных отростков пояснично-крестцового сегмента, одностороннюю или асимметричную хрящевую, костную или костно-хрящевую люмбализацию и сакрализацию, гигантизм суставных отростков. В свою очередь болевой синдром в поясничном отделе у пациентов пожилого старческого возраста в первую очередь требует исключения метастатического процесса. В клинической практике пациенту, пришедшему на прием с жалобами на болевые ощущения в области спины, чаще всего выставляется диагноз “остеохондроз”, ибо симптоматика этого заболевания имеет много общих черт с другими процессами в позво-

ночнике, а дифференциация их возможно лишь при квалифицированном рентгенологическом обследовании. На первом этапе лучевого исследования сохраняет свои ведущие позиции традиционные рентгенологические методы исследования: спондилография в прямой и боковой проекциях, функциональная спондилография, прицеленная спондилография, которые в большинстве случаев позволяют выставить правильный диагноз. Лишь в ряде случаев необходимы современные методы лучевого исследования – КТ, МРТ, УЗД мягких тканей, остеоденситометрия (ОДМ). КТ позволяет детально изучить костную структуру тел и дужек позвонков, что существенно помогает в выяснении причины деформации тела позвонка, позволяя исключить опухолевый процесс, и в выявлении участков спондилолиза. МРТ, обладая уникальной способностью визуализировать диски и спинной мозг, позволяет определить стадию остеохондроза, выявить грыжи дисков и степень их пролабирования, исключить опухолевые поражения спинного мозга. Ультразвуковое сканирование мягких тканей является незаменимым методом в выявлении тендинозов и лигаментозов пояснично-крестцового отдела позвоночника, которые имеют весьма скудное проявление на рентгенограммах, и потому клинически почти не выставляются. ОДМ является основным методом распознавания ОП. Нами выборочно проанализированы рентгенограммы грудного и поясничного отделов позвоночника 120 пациентов старше 50 лет, с клиническим

диагнозом остеохондроз. У 28 пациентов на рентгенограммам не было никаких признаков остеохондроза, но были обнаружены данные за выраженный ОП у 13, спондилез – у 11, спондилоартроз у 3 и болезнь Кюммеля у 1-го пациента. У остальных пациентов были признаки остеохондроза в сочетании с ОП и ОМ, однако заключение о наличии ОП было зафиксировано в протоколах лишь в 30% случаев. Наиболее частыми ошибками гипердиагностики остеохондроза были следующие: гипердиагностика склероза лимбов, например при выраженном ОП, когда за склероз принимается более яркое проявление лимба на фоне разреженной структуры тела позвонка, на основании чего неоправданно выставляется диагноз остеохондроза (необходима верификация на МРТ); игнорирование гигантизма суставных отростков дугоотростчатых сочленений, ведущее к раннему спондилоартрозу (необходима функциональная спондилография); недооценка тропизма суставных отростков, ведущее к нестабильности в пояснично-

крестцовом отделе вплоть до спондилолистеза (необходима верификация на КТ); неправильная оценка симптомов болезни Кюммеля в 3-й стадии, вплоть до заключения о метастатическом поражении позвонка (верификация на КТ); игнорирование линейных теней в проекции позвоночного канала, что ведет к пропуску оссифицированной задней продольной связки позвоночника (верификация на КТ); гиподиагностика ОП и ОМ (верификация с помощью остеоденситометрии); гиподиагностика симптомов тендиноза и лигаментоза (дообследование методом УЗД).

Таким образом, значение традиционного рентгенологического обследования пациентов с синдромом хронической боли в спине даже сегодня, в эпоху современных лучевых методик – КТ, МРТ, УЗД и ОДМ остается достаточно высоким, и здесь задача рентгенолога заключается в методически правильном проведении обследования с последующим тщательным анализом полученных данных.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Ю.М. Ахмедов, Ф.Ш. Мавлянов, Ш.Х. Мавлянов, И.Ю. Ахмедов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: улучшить результаты лечения детей с врожденной обструкцией верхнего мочевыводящего тракта.

Материал и методы: В основу работы положены результаты клинических, бактериологических, рентгенологических, ультразвуковых – доплеровских, а также иммунологических методов исследования 275 детей с обструктивными уропатиями. Из 275 детей с обструктивными уропатиями 217 выполнено хирургическое лечение.

Результаты: Оперативное лечение было первым этапом комплексной терапии обструктивных уропатий и их осложнений у детей. Терапия второго этапа предусматривала применение антибиотиков или уросептиков с учетом типа выявленного возбудителя, раннее выявление и лечение обострений воспалительного процесса. В стадии ремиссии назначались: фитотерапия (отвары толокнянки, зверобоя, шалфея, березовых почек, ягоды можжевельника и др), метаболитная и сосудистая терапия для улучшения микроциркуляции в почках (курантил, трентал, витамины С, А, В1, В6, В12), физиотерапия. Из физиотерапевтических процедур применяли УВЧ – терапию, озокеритовые или парафиновые аппликации на поясничную область, электрофорез на область мочевого пузыря. Задачами этапа явились медико – педагогическая и социальная реабилитация, основными положениями которой являются оценка качества жизни и степени ограничения жизнедеятельности.

Выводы: Исследованием выявлено, что факторами, поддерживающими пиелонефрит, являются сочетанные

нарушения уродинамики, тяжелый морфологический порок почечной паренхимы, на фоне измененной иммунной реактивности и сниженной ферментативной активности клеток крови, формирующих воспалительную реакцию. В связи с этим, медицинская реабилитация детей с обструктивными уропатиями должна строиться на принципах раннего выявления заболевания, адекватной диагностики и рациональной лечебной тактики с учетом пола и возраста пациентов, степени нарушений функций почек, особенностей течения воспалительного процесса. Соблюдение этапности и преемственности медико – социальной реабилитации является определяющим в лечении, профилактике и прогнозировании течения обструктивных уропатий у детей и должно быть ориентировано в конечном итоге на адекватную психологическую и педагогическую адаптацию пациентов к жизни в семье, школе и обществе с использованием индивидуальных программ реабилитации. Программы профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий у детей с врожденными аномалиями в до- и послеоперационном периоде позволили сократить частоту послеоперационных осложнений, снизить активность воспалительного процесса, улучшить показатели иммунологической реактивности и повысить ферментативную активность клеток крови, что способствует полному завершению воспаления в мочевых путях или обеспечивает длительную и стойкую ремиссию, необходимую для дальнейшего роста и развития почечной паренхимы.

БИОПЛЕНКООБРАЗОВАНИЕ S. AUREUS ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАН У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

С.Б. Ахметова, Г.А. Абдулина, Е.Н. Котенева, А.Б. Николаева, Ж. Сайлау, В.А. Феоктистов

Карагандинский государственный медицинский университет

Цель исследования: Изучение влияния УФО на биопленкообразующую способность *S.aureus* в процессе комплексного лечения больных с СДС

Материалы и методы: Для исследования использованы методы: клинико-диагностические, микробиоло-

гические методы, методы статистического анализа по историям болезни у 29 больных с СДС; Больные распределены на 2 подгруппы: 1-15 пациентов с СДС получавших комплексное лечение с включением УФО по с помощью аппарата ОРК-21М1; подгруппа 2 -12 пациентов,

получавших аналогичное базовое лечение без использования УФО. Первичный посев проводился по Говлди, идентификация с помощью MALDI-TOF спектрометрии (BRUKER 2012), образование биопленок по методике Г.В. Тец 2013.

Результаты: Биопленкообразующая способность отмечалась у 79% *S. aureus*, как в монокультуре, так и в ассоциации с другими патогенами, в равной степени отмечали способность к образованию биопленок. Как после традиционного лечения, так и при УФО способность к формированию биопленки у выделенных культур сохранялась. Плотность биопленки, оцениваемая в условных единицах, при комбинированном лечении с УФО постепенно снижалась, так до лечения $1,45 \pm 0,38^*$; на 3-4 день терапии $1,33 \pm 0,34$ и $1,02 \pm 0,27^*$ на 9-10 день лечения $P < 0,05$, динамические показатели КОЕ варь-

ровали от $(5,0 \pm 0,55) \times 10^7$; $(6,5 \pm 0,55) \times 10^8$; $(2,0 \pm 0,83) \times 10^3$ соответственно. Повышение КОЕ на 3-4 день воздействия УФО по всей видимости, обусловлено активацией воспалительного процесса, и выхода микроорганизмов из депо. На 9-10 день терапии показатели КОЕ и плотность биопленки снижались, одновременно отмечалось очищение и эпителизация раневой поверхности.

Выводы. Ультрафиолетовое воздействие по предложенной схеме оказывало более эффективное ингибирующее действие на формирование биопленочного сообщества. Показатели биопленкообразования не всегда коррелировали с общей микробной обсемененностью раны. Лечение гнойных ран должно быть направлено на элиминацию патогена, также предварительное разрушение биопленочного сообщества.

ВНЕДРЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА НА МЕСТАХ В СВП

О.Д. Ачилова, Д.Э. Мазинова

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Цель работы: Выявления наиболее эффективных и экономически выгодных методов лечения больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, купирование болевого синдрома и улучшение качества жизни данных больных.

Материал и методы исследования: Клинические исследования проводились на базе СП №14 Алмазарского района города Ташкента. Была сформирована группа из 25 больных с установленными дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, среди которых было 15 женщин и 10 мужчин в возрасте от 35 до 55 лет. УЗИ терапия проводилась в комплексе с физиотерапией (массажем) в течении 10 дней на фоне стандартного лечения. Контроль за пациентами осуществлялся ежедневно.

Результаты: Ультразвук — это упругие колебания звуковых волн, которые воспроизводятся в диапазоне, не воспринимаемом человеческим ухом. Подобные ультразвуковые волны проникают в ткани человека на глубину до 6 см. Эту способность ультразвука и используют для лечения заболеваний позвоночника. В основе лечебного воздействия ультразвуком лежат следующие явления: механическое воздействие - от пульсирующего звукового давления; местный тепловой эффект - возникающий из-за преобразования звуковой энергии в тепловую; биохимическое воздействие - под влиянием ультразвука происходит ускорение обмена веществ в тка-

нях (кожа, мышцы, фасции, связки) и таким образом повышается проницаемость естественных барьеров организма и всасывание лекарственных средств; невральное воздействие - связано с воздействием ультразвука на вегетативную нервную систему.

Лечение проводилось на ультразвуковом диагностическом аппарате «Sonoscape SSI-5000» с использованием ультразвукового излучателя с частотой 1 и 3 МГц. Физиотерапия была проведена как в виде местного воздействия ультразвуковых волн, так и в виде местного введения лекарственных средств, с помощью ультразвука.

В процессе УЗИ терапии, уже на третий день лечения, у 22 больных значительно уменьшился болевой синдром, постепенно возвращалась временно утраченная трудоспособность.

Таким образом, в результате проведенного исследования, было выяснено, что кратковременные курсы УЗИ терапии при различных дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника в 88% случаях быстро и эффективно купируют болевой синдром и возвращают пациентов к прежней трудоспособности. В связи, с чем данный метод терапии может быть использован в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника на местах СВП, так как является наиболее доступным и малозатратным.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ДИУРЕТИКАМИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА

З.Б. Бабамурдова

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью исследования явилось сравнительное изучение влияния петлевых диуретиков на центральную гемодинамику, систолическую и диастолическую функцию сердца у больных ХСН в сочетании СД 2 типа.

Методы и материалы: Для решения поставленных задач обследовано 46 больных с ХСН в сочетании СД II типа в возрасте от 50 до 65 лет. Критериями включения больных в исследование служили характерная клиническая картина ХСН, а также анамнестические и клинические признаки ХСН. По результатам ЭхоКГ у больных, включенные в исследование, были со сниженной фрак-

цией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ < 50%). Больным было назначено в течении 10 дней препарат Торсид фирмы Фармак в дозе 10 мг в сутки и Фуросемид в дозе 40 мг. В группе торасемида (Т) больных со сниженной ФВ ЛЖ было 26, а в группе фуросемида (Ф) — 20 человек. В процессе обследования у 18 больных был диагностирован III (Т — 10, Ф — 8 соответственно), а у остальных 28 больных (Т — 16, Ф — 12 соот.) — II функциональный класс (ФК) ХСН по классификации Нью — Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA).

Результаты исследования: Распределение больных в зависимости от применяемого диуретика выявило, что уже к 10-му дню терапии торасемид оказывал более выраженный положительный эффект по сравнению с фуросемидом (+4,01% против +1,5%). В настоящем распределении больных по группам терапии было выявлено, что если в группе Т количество больных с ХСН ФК III достоверно уменьшилось (с 10 до 5 больных), то и в группе Ф значимого смещения частотного распределения больных по ХСН ФК не наблюдалось (с 8 до 2 больных, соответственно). Показатели ЭхоКГ в группе Т и Ф после лечения составило: ФВ ЛЖ – 52,3% и 48,7%, ЛП – 4,53 и 4,54, ЗСЛЖ – 1,06 и 1,05, ПЖ – 3,18 и 3,15, КДО – 168,68 и 166,72 соответственно.

Таким образом, после проведенной терапии с петлевым диуретиком торасемидом и фуросемидом отме-

чался эффект у больных в группе торасемид, где было выявлено уменьшение числа больных с III ст. ХСН в положительную сторону, также отмечалось повышение ФВ. Выраженность объективных симптомов ХСН, таких как одышка, ортопноэ, отеки и влажные хрипы, у этих больных достоверно уменьшалось на фоне применения диуретиков с преимуществом торасемида. Торасемид реже вызывает феномен «рикошета»; препарат не влияет на функцию проксимальных почечных канальцев, вследствие чего его калий-уретическое действие менее выражено, биодоступность торасемида при ХСН снижается лишь незначительно. Торасемид способствует достоверному улучшению исходно сниженного качества жизни у больных ХСН в сочетании СД II типа.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОТОМИКОЗА У ДЕТЕЙ

Г.К. Бабаханов, С.А. Юлдашева

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: повышение эффективности лечения отомикоза у детей.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 35 пациентов в возрасте от 3 до 18 лет с острыми и хроническими отитами грибково-бактериальной этиологии, находившиеся на стационарном лечении в ЛОР-отделении ТашПМИ. Больные были разделены на 2 группы. 1-я группа: 15 больных с наружным грибковым отитом получали местную терапию 1% спиртовым раствором нафтифина (экзодерил) 2 раза в сутки и 0,2% раствором фурацилина в течение 14 дней в виде десятиминутных аппликаций на ватной турунде, вложенной в наружный слуховой проход. 2-я группа: 20 больных с наружным грибковым отитом получали двухкомпонентную местную терапию, включающую комбинацию из следующих препаратов: мазь клотримазол и раствор декасана (1:5). Раствор применяли в виде посменной аппликации на ватной турунде в течение 5-7 минут с интервалом 12 часов, затем смазы-

вание мазью 2 раза в сутки в течение 14 дней.

Результаты исследования: у больных в 1 группе, которые получали экзодерил, наблюдалось 73% излеченных, 20%-рецидив, 3%-безрезультатно. Результаты нашего исследования свидетельствуют в пользу применения двухкомпонентной местной терапии. Такой метод позволил добиться излечения у 90% и улучшения у 10% больных.

Вывод: анализ результатов лечения больных 2 группы с наружным грибковым отитом показал, что применение комбинации клотримазола и раствора декасана (1:5), в виде посменных аппликаций приводит к более выраженному клиническому эффекту, чем при использовании других схем лечения. При полном излечении прекращались жалобы на боль, снижение слуха, зуд, исчезали объективные признаки воспалительного процесса - гиперемия, отёк, инфильтрация кожи, наличие отделяемого.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЛАСТИЧЕСКУЮ ОПЕРАЦИЮ НА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Г.Н. Бадалова

Ташкентский государственный стоматологический институт

Цель исследования: оценить эффективность применения физических факторов в раннем послеоперационном периоде у детей, перенесших пластическую операцию на челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 106 пациентов в возрасте от 3-х месяцев до 5 лет (мальчиков 50, девочек – 56) проходивших лечение в клинике детской челюстно-лицевой хирургии Ташкентской медицинской академии и Ташкентского государственного стоматологического института с диагнозом незаращение верхней губы и нёба. Больные были разделены на две группы: - в первой группе (основной 76 больных) в раннем послеоперационном периоде проводились антибактериальная, болеутоляющая медикаментозная терапия и комплекс физиопроцедур (магнитотерапия, УВЧ, УФО), начиная с 1-2-х суток после операции; детям второй группы (контрольной, 30 больных) физиотерапия не проводилась. Критериями эффективности проводимых процедур были динамика показате-

лей заживления послеоперационного шва, наличие послеоперационных осложнений, выраженность болевого синдрома в послеоперационной зоне у детей, перенесших реконструктивные операции на челюстно-лицевой области и их общее состояние.

Результаты. У детей, перенесших пластические операции на ЧЛЮ, в послеоперационном периоде в обеих группах отмечалась положительная динамика. Однако в основной группе на фоне применяемых физических факторов болевой синдром прекращался уже на 2-е сутки (в контрольной – на 4-5), воспалительные явления вокруг послеоперационной раны – на 3-и, заживление – на 7-8 сутки (в контрольной – на 10-12) отсутствовали послеоперационные осложнения, отмечались улучшение носового дыхания, аппетита, сна и общего состояния больных.

Выводы. Применение комплекса физиопроцедур (магнитотерапия, УВЧ, УФО) позволило достоверно улучшить течение послеоперационного периода, спо-

собствовало быстрому заживлению послеоперационного шва, предотвращению развития косметического дефекта ЧЛЮ, что в конечном итоге привело к восстановлению функции дыхания, пищеварения и общего состояния больных. Больным в раннем послеоперацион-

ном периоде рекомендуется включать в программу восстановительного лечения комплекс физиопроцедур (магнитотерапия, УВЧ, УФО), что может способствовать быстрейшему и безосложненному выздоровлению детей.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПАРОДОНТИТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Г.Н. Бадалова

Ташкентский государственный стоматологический институт

Цель работы: оценить эффективность комплексного лечения пародонтита у больных сахарным диабетом II типа.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением в течение года находилось 42 больных с диагнозом: Пародонтит и фоновое заболевание Сахарный диабет II типа. Больные были разделены на 2 группы: в 1-ой группе (основной) 22 больных, лечение проводилось в клинике медицинской реабилитации - назначалась комплексная терапия: коррекция глюкозы в крови (инсулинотерапия, пероральные сахароснижающие препараты, препараты улучшающие микроциркуляцию), физиотерапия (электрофорез с КУ, дарсонвализацию дёсен, ультрафиолетовое облучение полости рта, массаж дёсен) и местное лечение у стоматолога. 2-ая группа (контрольная) – 20 больных получали лечение у стоматолога. Критериями эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий были динамика показателей клинических данных, клинико-лабораторных обследований.

Результаты: У больных основной группы наблюдалась стойкая ремиссия пародонтита (кровоточивости

десен нет, исчезли неприятные ощущения и запах в ротовой полости, болевой синдром, улучшилось состояние десен), нормализация показателей в общем анализе крови (СОЭ, лейкоцитоз) и углеводного обмена (уровень гликемии, гликозировавшего гемоглобина).

У больных контрольной группы также наблюдалась ремиссия, но недолгая, при декомпенсации диабета вновь наступало обострение пародонтита, что также приводило к декомпенсации углеводного обмена (“порочный круг”).

Применение комплексного лечения пародонтита с участием эндокринолога, физиотерапевта и стоматолога дает стойкую ремиссию основного и фонового заболевания, с использованием разработанного метода.

Выводы. Применение комплексного лечения пародонтита у больных, страдающих сахарным диабетом II типа, включающего нормализацию углеводного обмена, улучшение микроциркуляции ротовой полости, физиотерапевтические процедуры и местное лечение стоматологом, способствует достоверному улучшению состояния ротовой полости, десен и общего состояния больного.

ПОЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ГИПОКСИЧЕСКИХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ

А.К. Базарова, Ш.Т. Исанова, А.Т. Джурабекова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить последствия гипоксических перинатальных повреждений мозга у детей, перенесенных в перинатальном периоде, и разработать мероприятия для их ранней реабилитации.

Материал и методы исследования. Обследованы 44 ребенка в возрасте от 2 мес до 3 лет с гипоксическим перинатальным повреждением мозга и его последствиями. Использованы анамнестические, клинико - неврологические и нейровизуализационные методы обследования. Комплекс реабилитации включал специальные физиотерапевтические методики, адаптированные для подобных детей: массаж, ЛФК с использованием специальных методик, ортопедическую коррекцию, электростимуляцию, а также медикаментозную терапию с включением препарата кортексин. Проводимая реабилитация направлена не только на восстановление разнообразных нарушений функций организма, но и на предупреждение прогрессирования патологических процессов. На сегодняшний день препаратом, обладающим направленным действием на ключевые звенья нейродегенерации различной этиологии, является кортексин. Кортексин назначали с 2-месяцев жизни в дозе 0,5 -1 мг/ кг 1 раз в сутки внутримышечно в течение 10 дней.

Результаты. Почти у всех детей после применения курса лечения отмечали значительное улучшение самочувствия, уменьшение выраженности и частоты общемозговой симптоматики, восстановление когнитивных и

положительные сдвиги в очаговых неврологических расстройствах с увеличением силы в паретических мышцах, увеличение объема движений в конечностях, снижение степени анизорефлексии. После лечения выявлена положительная динамика в виде улучшения снижения реакции на голос от 65,2 % до 43,5%, отсутствие ротового внимания от 86,9% до 47,8%, бедностью звуковых компонентов гуления и лепета от 78,2% до 34,7% , запаздывание становление речи от 52,1% до 30,4%, произношение отдельных простых слов от 47,8% до 39,1%, зрительная сосредоточенность на лицах от 73,9% до 47,8%, зрительная сосредоточенность на игрушках от 78,3% до 56,5%, узнавание близких и чужих людей от 60,9% до 43,5%, двигательная расторможенность от 91,3% до 60,9%. Наблюдались выраженные улучшения со стороны психоэмоциональной сферы: дети стали более коммуникабельными, эмоциональными, активнее вступали в контакт, улучшилась концентрация внимания.

Выводы. Включение кортексина в комплекс ранней реабилитации детей, перенесших асфиксию является эффективным, безопасным, неинвазивным способом лечения, который может быть включен в комплекс реабилитационных мероприятий наряду с лечебной физкультурой, массажем, парафином и другими мероприятиями, сокращает сроки стационарного лечения и период первичной реабилитации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**К.Т. Байжанова, Ш.А. Темиркулова***Международный Казахско - Турецкий Университет Им. Х.А. Ясави (Казахстан)*

Цель работы: Изучение степени эффективности комбинированного применения лечебной физической культуры, индуктотермии и парафинотерапии в комплексной реабилитации больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы исследования: Обследовано 28 больных РА с преимущественным поражением крупных суставов, но в основном с патологией коленных суставов, без признаков поражения внутренних органов с медленно прогрессирующим течением, активностью воспалительного процесса I степени, I-II рентгенологической стадии, функциональной недостаточностью суставов I-II стадии, в возрасте от 24 до 34 лет. Реабилитация проводилась в течение 60 дней.

В начале курса реабилитации проводился специально подобранный комплекс ЛФК параллельно с индуктотермией на область коленных суставов. Индуктотермия проводилась через день по 10 мин., 15 процедур. После этого комплекс ЛФК проводился параллельно с парафинотерапией на область коленных суставов, по 30 мин., 15 процедур. Комплекс ЛФК каждые 10 дней подлежал корректировке. А именно, изменялся темп выполнения упражнений, количество повторений, дополнялся новыми упражнениями, увеличивалась продолжительность занятий.

Оценка активности воспалительного процесса проводилась по результатам СОЭ, серомукоида, фибриногена.

Оценка подвижности пораженных суставов проводилась по нейтральному 0-проходящему методу. Измерялась экстензия, флексия, а из этих двух показателей вычислялась амплитуда движений в коленных, локтевых и голеностопных суставах.

Оценка функционального состояния кардиореспираторной системы определялась по регистрации в покое

ЧСС, АД систолического, диастолического, пульсового, среднего, индексу двойного произведения, показателям проб Штанге и Генчи.

Оценка физической работоспособности определялась по показателям PWC170 и МПК.

Результаты: После воздействия реабилитационных мероприятий отмечалось снижение СОЭ, серомукоида, фибриногена, причем фибриногена и серомукоида - уже на 30 день, а на 60 день оно составило 29% и 20% соответственно.

В правом коленном суставе исходная средняя величина была 306,9°, после реабилитации достоверно увеличилась до 324,7°, что составляет 6%; в левом - амплитуда увеличилась на 5%. В правом локтевом суставе с исходной средней величины 321,1° амплитуда достоверно увеличилась до 333,5°, что составляет 3%; в левом - амплитуда увеличилась на 4%. Как в правом, так и в левом голеностопном суставе амплитуда достоверно увеличилась на 34%.

В кардиореспираторной системе установлено повышение функциональных резервов таких показателей, как ЧСС, проб Штанге и Генчи, индекса двойного произведения, которые снизились только на 60 день реабилитации. Это снижение составило 4,9, 17,8, 19,7 и 5,4% соответственно.

Зарегистрировано повышение показателя PWC170 с 649,1 кГм/мин до 703,6 кГм/мин, т.е. на 8%, а МПК, рассчитанный по формуле на основе данных PWC170 после реабилитации повысился на 7%.

Выводы: Реабилитационные мероприятия играют важнейшую роль в лечении пациентов с ревматоидным артритом, так как своевременное привлечение реабилитологов для ухода за пациентами позволит устранить или замедлить развитие инвалидности.

ПРИМЕНЕНИЯ ДЕПОФОРЕЗА ГИДРООКСИ МЕДИ-КАЛЬЦИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕПРОХОДИМЫХ И ТРУДНОДОСТУПНЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ**А.В. Балицкий, О.Ю. Киндрацкая, П.Ю. Островский***ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МЗ Украины»*

Успех эндодонтического лечения, как правило, зависит от качества санации системы корневого канала. При этом достичь состояния полной стерильности в каналах, используя традиционные методы эндодонтического лечения, практически невозможно. Микрофлора корневого канала вызывает и поддерживает воспалительные процессы в тканях периодонта, сопровождающиеся в дальнейшем развитием деструктивных процессов.

Депозификация – это один из наиболее современных и эффективных методов лечения корневых каналов зубов с помощью гидроокиси меди-кальция под воздействием электрического поля слабой силы. Метод является результатом многолетних исследований, проведенных профессором Кнаппвост, доктором медицинской стоматологии, профессором Гамбургского университета, руководителем отдела биофизической химии и прикладных исследований в стоматологии института физической химии, Гамбург.

Метод депозификации позволяет обработать не только главный канал зуба, но и все его боковые ответвления, практически полностью стерилизовав его. Гидроокись меди-кальция обладает дезинфицирующими свойствами, что немаловажно при лечении воспалительных процессов. Также она стимулирует восстановление костной ткани, что немаловажно при лечении каналов корня зуба.

Протеолиз, на котором основано растворение органического содержимого и стерилизация всей системы каналов и, следовательно весь эффект метода, при основном проведенном депозификации затрагивает, разумеется, и небольшие участки периапикальной области вокруг всех отверстий, а не только возле одного главного отверстия, как это происходит при инструментальных методах. В результате возникает временная повышенная чувствительность зуба при прикусе и постукивании, или появление небольшого болевого ощущения. Поэтому в период лечения необходимо максимально уменьшить нагрузку на зуб. После исчезновения этих

явлений начинается период физиологического выздоровления. Эти эффекты необходимо отличать от острого апикального периодонтита, который необходимо лечить принятыми методами.

Физические принципы воздействия депофореза заключаются в том, что во время процедуры ионы OH и $\text{Cu}(\text{OH})_2$ проникают в каналы зуба, включая все боковые ответвления, буквально стерилизуя их, поскольку медь обладает бактерицидным действием. Уникальность методики состоит в том, что таким образом можно продезинфицировать все, даже самые мелкие боковые ответвления каналов корня зуба.

Химические принципы воздействия депофореза заключаются в том, что во время проведения процедуры гидроокись меди-кальция ликвидирует в канале зуба все микроорганизмы, осуществляет протеолиз остатков

биологических тканей, которые находятся в каналах, стимулирует образование костной ткани.

После депофореза в каналах корня зуба практически не остается никаких болезнетворных бактерий и микроорганизмов. Остатки пульпы, которые могут находиться в канальной системе, после процедуры распадаются и исчезают. Кроме того, гидроокись меди-кальция стимулирует быстрое образование костной ткани, что способствует быстрейшему заживлению каналов зуба.

Реоссификация, в том числе больших очагов, происходящая, как правило, после лечения депофорезом, уже через 6 месяцев четко видна на рентгеновском снимке. Интенсивность процесса зависит от возраста пациента. Через 1,5 года реоссифицируют даже очень большие очаги.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО НАХОДЯЩИХСЯ ИНОРОДНЫХ Тел В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ У ДЕТЕЙ

Ф.Т. Баратов, Ш.Г. Худайбердиев

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Республиканский Специализированный научный медицинский практический Центр педиатрии*

Целью работы является совершенствование реабилитационных мероприятий после удаления длительно находящихся инородных тел дыхательных путей у детей.

Материал и методы: в клинике ТашПМИ и РСНПМЦП с 2012-2014 гг. с инородными телами дыхательных путей были госпитализированы 78 детей в возрасте от 1 года до 12 лет. Средний возраст составил – 3,7 лет. Мальчиков было – 45 (57,7%), девочек – 33 (42,3%). Кроме общеклинических методов исследования, проводились рентгенографические исследования органов грудной клетки, диагностическая и лечебная бронхоскопия.

Результаты: при рентгенологическом исследовании выявлено рентгенконтрастные инородные тела в дыхательных путях – в 34,5% наблюдений, рентгеннеконтрастные – в 65,5% наблюдений. Трахеобронхоскопия имела ведущее значение в диагностике и лечении детей с аспирированными инородными телами дыхательных путей. Все пациенты подвергались бронхоскопическому удалению инородных тел с последующей санацией трахеобронхиального дерева. По характеру происхождения инородные тела распределились на 2 группы: органиче-

ские – 58, неорганические – 20. Длительность нахождения аспирированных инородных тел в дыхательных путях были различными, так как удаление инородных тел в течение суток проведено у 19 детей. В результате поздней обращаемости инородные тела удалены через 2-3 суток у 46 больных, в течение первой недели – у 13 пациентов.

После удаления инородных тел дети получили стационарное лечение с применением антибактериальной, ферментативной, гормональной и противовоспалительной терапии. Кроме этого, больные также получили физиотерапию и дыхательную гимнастику. Хорошие результаты отмечены у 84% наблюдений. У 6 детей наблюдалось развитие гнойного эндобронхита, у 2 пациентов – бронхоэктатическая болезнь.

Заключение: в результате поздней обращаемости констатировано в 16% наблюдений развитие осложнений в виде гнойного эндобронхита и бронхоэктатической болезни у детей с инородными телами дыхательных путей. Использование физиотерапии и дыхательной физкультуры позволяет достичь снижения осложнений после удаления инородных тел дыхательных путей у детей.

ПСОРИАЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ЁЗГИ ТИПИДА УЛЬТРАБИНАФША НУРЛАРИНИ РЕЦИДИВНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШДА БОСҚИЧМА-БОСҚИЧ ҚЎЛЛАШ

М. Р. Баратова, Ш. К. Ахмедов, З. К. Амонова

Самарканд давлат медицина институти

Ишнинг мақсади: ультрабинафша нурларининг псориаз касаллигининг ёзги типининг рецидивининг олдини олишдаги аҳамиятини ўрганиш. Псориазнинг ёзги типиди касаллик айнан қуёш нури таъсири ҳисобига рецидив бериши ҳисобга олиниб, беморларни терисини қуёш нуридаги ультрабинафша нурларига олдиндан, яъни касаллик қўзимасдан олдин ўргатиб, сенсибилизациясини пасайтириш учун ультрабинафша нурларидан профилактик мақсадда фойдаланиш кузда тутилиб иш олиб борилди.

Текширишнинг материаллари ва услублари: псориаз касаллигининг ёзги типиди ультрабинафша нурларининг рецидивининг олдини олишни амалий ўрганиш учун босқичма- босқич қўллаш мақсадида 30 нафар бемор кузатувимиз остида бўлди. Уларнинг ёши 25-40

ёш оралиғида бўлиб, псориаз билан касалланишганликларига 8-10 йил бўлган. Ушбу беморларда куз-қиш ойларида касаллик деярли безовта қилишмаган, баҳор-ёз ойлари бошланиши билан касаллик авж ола бошлайди ва улар даволаниб келишди. Беморлар икки гуруҳга яъни асосий ва контрол гуруҳларига бўлиниб тадқиқот ишлари олиб борилди. Асосий гуруҳга киритилган 15 беморга йилнинг март ойидан бошлаб босқичма-босқич равишда $\frac{1}{4}$ биодозада яъни 10 кун тизадан пастига, 10 кун қорин ва сон соҳаларига ва 10 кун кўкрак- қорин соҳаларига ҳар куни ультрабинафша нурлари ОРК-21 стационар аппарати ёрдамида бериб борилди. Контрол гуруҳга киритилган 15 беморга антигистаминлар, седатив препаратлар ва гипосенсибилизацияловчи муолажалар тавсия этилди.

Натижалар: ўтказилган тажрибадан натижалар қуйидагича намоён бўлди: Ультрабинафша нурлари билан профилактика қилинган беморларнинг 13 нафарида (86,66%) псориаз касаллиги ёзнинг иссиқ кунларида ҳам рецидив кузатилмасдан ўтди, фақат 2 нафар (13,34%) беморда июл ойининг охирига келиб энгил кўринишдаги кўзиш аломатлари кузатилди ва ўтказилган даво чораларидан сўнг тезда регрессияга ўчради. Шу билан бир қаторда контрол гуруҳидаги бўлган беморларнинг 14 нафарида (93,33%) псориаз касаллиги

май ойининг охирига келиб кўзиш бошланди, 1 нафар (6,66%) беморда рецидив кузатилмади.

Шундай қилиб, псориаз касаллигининг ёзги типининг рецидив беришини олдини олиш учун беморларга босқичма - босқич ультрабинафша нурлари ёрдамида профилактик даво курсларини ўтказиш келгусида касаллик хуружининг кескин камайишига олиб келиши аниқланди. Касаллик рецидив берганда ҳам даво муолажалари ўтказилганда бирмунча энгилроқ кечиши кузатилди.

ЭНДОНАЗАЛЬНЫЙ МЕТОД ЭЛЕКТРОФОРЕЗА С 5% РАСТВОРОМ ТИАМИНА БРОМИДА В ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО

М.Р. Баратова, Р.М. Нарзикулов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Изучение эффективности эндоназального электрофореза 5% раствора тиамина бромидом в комбинации с эссенциале форте и микроэлементами при витилиго.

Материалы и методы исследования: Терапия эндоназального электрофореза 5% раствора тиамина бромидом в комбинации с эссенциале форте и микроэлементами была проведена 60 больным с витилиго, средний возраст которых был 36,2 года. От каждого из них было получено согласие на лечение.

В зависимости от метода применения препарата больные были разделены на 2 группы - основную и группу сравнения.

В основную группу вошли 30 пациента, которым 5% раствор тиамина бромидом вводили методом эндоназального электрофореза. В группе сравнения были 30 пациентов, получавших 5% раствор тиамина бромидом внутримышечно 1 раз в сутки, 10 дней, с перерывами 15 дней в течение 6 месяцев. Кроме того, все больные получали курс лечения эссенциалом в инъекциях и внутрь и микроэлементы.

Эндоназальный электрофорез проводили на аппарате гальванизации Поток-1 в течение от 2 до 6 месяцев с перерывами 15 дней. Для проведения процедуры применяли 2 мл раствора 5% тиамина бромидом 1 раз в день, всего 10 сеансов. В обе ноздри пациента при помощи пинцета вводили марлевые турунды, обильно пропитанные полученным раствором 5% тиамина бромидом, свободные концы, которых укладывали на непромокаемую подложку над верхней губой и помещали на них первый электрод в виде тонкопроводящей пластинки

ки размером 1,5х3 см, соединенный с клеммой аппарата. Нижний край подложки загибали на токопроводящую пластинку, чтобы не допустить соприкосновения последней с кожей. Все это прочно фиксировали бинтом. Второй электрод располагали на задней поверхности шеи в области верхних шейных позвонков. Препарат вводили с анода и катода, что позволило транспортировать разнозарядные составляющие препарата.

Результаты: Улучшение от лечения наступило очень быстро. У 13 из 30 больных основной группы уже на 5-10-й день лечения отмечались репигментации на поверхности депигментированных пятен. У остальных больных репигментация пятен наблюдалась несколько позднее на 20 - 40 день лечения. Полная пигментация витилигиозных пятен наступило на 15 - 60 день лечения. Только у 4 больных основной группы полное излечение отмечалось в течение 6 месяцев. У больных контрольной группы репигментация пятен на 40 день лечения наступило только у 9 из 30 больных. Полное клиническое излечение наблюдалось всего у 19 из 30 больных. В связи с чем всем остальным больным было проведено дополнительно эндоназальный электрофорез с 5% раствором тиамина бромидом.

Таким образом, метод эндоназального электрофореза с 5% раствором тиамина бромидом в комбинации с эссенциалом и микроэлементами при лечении витилиго является более эффективным по сравнению с традиционными методами его применения. Он приводит к более быстрому регрессу симптоматики, стабилизации процесса.

РЕЗУЛЬТАТЫ АПРОБАЦИИ КОМПЛЕКСА ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ СРЕДИ ТУБИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Л.М. Башарова

НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз

Цель работы: Выявить особенности изменений физической подготовленности тубинфицированных детей дошкольного возраста в результате внедрения разработанного комплекса физических упражнений и дыхательной гимнастики.

Материал и методы исследования: Работа проводилась на базе дошкольного образовательного учреждения санаторного типа туберкулезного профиля №541 г.Ташкента. В динамических исследованиях, проводимых в течение 1-го года, участвовал 61 тубинфицированный ребенок, начиная с 5-летнего возраста, в т.ч. 29 мальчиков и 32 девочки. Тубинфицированные до-

школьники были разделены на 2-е группы: 1-ая группа (основная) и 2-ая группа (контрольная), в каждой группе было по 15 человек. Исследование проводилось с апреля 2013 года по март месяц 2014 года. В 2013 году было разработано информационно-методическое письмо, включающее комплекс упражнений по физическому воспитанию, направленный на развитие дыхательной системы и физических качеств детского организма и апробированный в ходе занятий среди тубинфицированных детей.

Результаты: В начале наблюдения дети 1-ой и 2-ой групп имели примерно одинаковые показатели физи-

ческой подготовленности, т.к. по изученным физическим качествам ни в одной возрастно-половой группе достоверных различий не выявлено. В конце наблюдения у детей контрольной группы, по подавляющему большинству показателей, отмечено незначительное улучшение, а такие показатели, как подтягивание на перекладине (у детей обоего пола) и бег на дистанцию 30 м (у девочек) оставались на исходном уровне.

У мальчиков контрольной группы прирост за обследованный период по количеству подниманий ног составил 5,9%, числу прыжков со скакалкой – 10%, количеству вращений обруча – 20%, количеству точного попадания мяча в цель – 12,5%, длине прыжков с места – 4,3%, скорости бега на 30 м – 1,2% и по количеству подскоков на одной ноге – 7,1%.

В то же время, у мальчиков основной группы, по сравнению с контролем, значительно улучшились значения результатов по количеству подниманий ног (прирост за 1 год составил 6,9%), прыжков со скакалкой (прирост – 27,3%), вращений обруча на животе (прирост – 175%, $P < 0,05$) и по числу попаданий теннисного мяча в цель (прирост – 66,7%, $P < 0,05$), а также по длине прыжков (прирост – 4,2%), продолжительности времени бега на 30-ти метровую дистанцию (прирост – 6,1%) и по числу подскоков на одной ноге (прирост – 13,3%). За

время проведения наблюдений, у девочек основной группы, по сравнению со сверстницами 2-ой группы, также как и у лиц мужского пола, выявлены более значительные изменения по изученным показателям: количество подниманий ног – прирост в 1-ой группе составил 11,6%, во 2-ой – 4,3%, число прыжков со скакалкой – 34,5 и 11,5%, количество вращений обруча – 100% ($P < 0,01$) и 7,1%, количество точного попадания мяча в цель – 60% ($P < 0,05$) и 10%, длина прыжков с места – 8,8 и 1,7%, скорость бега на 30-ти метровую дистанцию – 8,2% (в 1-ой группе) и без изменений (во 2-ой группе), число подтягиваний на низкой перекладине – 54,5% (в 1-ой группе) и без изменений (во 2-ой группе), количество подскоков на одной ноге – 18% ($P < 0,05$) и 4,2% – соответственно в основной и контрольной группах.

Выводы: Сравнительная оценка параметров физической подготовленности показала более значительные изменения у тубинфицированных детей в основной группе, т.к. к завершению апробации, благодаря применению комплекса физических упражнений и дыхательной гимнастики, по многим показателям у дошкольников этой группы прирост достоверно выше, чем прирост тех же показателей у детей обоего пола из контрольной группы.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Ж. Бегматов, Н. Сулейманова, Б.К. Холбеков

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования. Проведение лечебной дыхательной гимнастики в предоперационном периоде у больных с различными видами грыж передней брюшной стенки и ожирением с целью профилактики осложнений в послеоперационном периоде.

Материал и методы. Под обследованием находились 64 больных с ожирением, разделенные на 2 группы (с применением дыхательной гимнастики и без нее в предоперационном периоде). Для соблюдения стандартизации групп мы поддерживали паритет в половом отношении и показателях ожирения. В соответствии с определением ИМТ в обеих группах было одинаковое число больных с избыточным весом и ожирением. Лечебная гимнастика проводилась больным второй группы в дооперационном периоде. Больным проводилось исследование показателей внешнего дыхания и гемодинамики. Показатели внешнего дыхания определялись по частоте дыхания, сатурации, спирографии. Гемодинамика – измерение АД, пульса. Обследование проводили при поступлении в клинику (в день госпитализации) после проведения упражнений перед операцией утром. Все показатели в обеих группах измерялись и после операции в течении трех дней.

Результаты исследования. Гемодинамические показатели у всех больных при поступлении не отличались в обеих группах. При проведении дыхательной гимнастики

вначале отмечалось незначительное повышение АД, учащение пульса и дыхания. Проведенные занятия в группе привели к тому, что постепенно эти показатели нормализовались и не влияли на величину этих показателей. Так же и при определении дыхания, у этих больных отмечалось снижение сатурации и учащение дыхания. В последующем эти явления проходили уже на третий день занятий. Перед оперативным вмешательством у больных с лечебной гимнастикой было определено понижение АД, урежение пульса и дыхания, достоверно отличное от контрольной группы ($P < 0,5$). Во время оперативного вмешательства, которое проведено под общим эндотрахеальным обезболиванием показатели были одинаковыми. В послеоперационном периоде проведенная пластика грыжевого отверстия и повышение внутрибрюшного давления привели к появлению симптомов компартмент-синдрома у 2 больных в контрольной группе, в основной таких симптомов не отмечалось.

Вывод. Применение методов лечебной физкультуры (дыхательной гимнастики) в предоперационном периоде приводило к улучшению показателей гемодинамики и внешнего дыхания, отсутствию проявлений компартмент-синдрома и других осложнений после грыжесечения у больных с различными степенями ожирения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ САРТАНОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ

Ж.А. Бейсенбекова, А.С. Толеуова, Р.Ж. Тойынбекова, З.К. Гусеинова, З.Б. Тауешева

Карагандинский государственный медицинский университет

Цель работы: Изучение клинической эффективности препарата вазар в качестве монотерапии при умеренной артериальной гипертензии у коморбидных больных.

Материал и методы исследования: Обследовано 27 больных с умеренной артериальной гипертензией в возрасте 46-59 лет, из них 11 мужчин и 16 женщин. У всех больных кроме, артериальной гипертензии имелись конкурирующие заболевания: у 11 больных сахар-

ный диабет с компонентами метаболического синдрома, у 5 больных бронхиальная астма с персистирующим течением средней степени, у 2 больных бронхитический тип хронической обструктивной болезни легких, а у остальных 9 больных ишемическая болезнь сердца с постинфарктном кардиосклерозом. Длительность АГ в среднем составила – $9,2 \pm 1,2$ лет. Всем больным проводилась антигипертензивная монотерапия препаратом валсартан в дозе 80 мг в сутки. Всем больным было проведено тщательное клиническое обследование – сбор анамнеза, объективные данные, общий анализ крови и мочи, липидный спектр, электролиты, показатели свертывающей системы крови, функциональные пробы печени, азотовыделительная функция, ЭКГ, ЭхоКГ, были также измерены антропометрические данные с расчетом индекса массы тела и суточное мониторирование АД.

Результаты: При исходном исследовании средние показатели систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД) составили $175 \pm 0,9$ и $95,3 \pm 1,1$ мм рт. ст. соответственно. Через 2 недели гипотензивной терапии САД составило $133,1 \pm 0,8$ и ДАД

$81,3 \pm 0,9$ мм рт. ст. При приеме валсартана в дозе 80 мг у 23 пациентов в конце первой недели лечения был достигнут стойкий гипотензивный эффект, а в остальных случаях – при увеличении дозы препарата до 160 мг в сутки. На фоне проводимой терапии отмечалось статистически значимое снижение как среднесуточных показателей САД и ДАД, так и показателей АД в дневные и ночные периоды. Анализ результатов оценки уровня холестерина показал, что у мужчин пик выявляемости гиперхолестеринемии ($6,1$ ммоль/л и более) приходится на возрастные группы 40-49 лет, а у женщин процент выявляемости гиперхолестеринемии увеличивается с возрастом и достигает максимума к 50-56 г.

Выводы: Результаты исследования показали, что применение препарата валсартан у коморбидных больных при умеренной артериальной гипертензии в качестве монотерапии сопровождался существенным снижением как систолического, так и диастолического давления, при этом увеличения частоты сердечных сокращений не наблюдалась. Обладая хорошим профилем переносимости, валсартан потенциально обеспечивает высокую приверженность пациентов к лечению.

СИНДРОМ ОБСТИПАЦИИ У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Ж.А. Бейсенбекова, Д.Ж. Тайжанова, З.Б. Тауешева, З.К. Гусейнова, Р.Ж. Тойынбекова

Карагандинский государственный медицинский университет

Цель работы: Изучить характер метаболического синдрома у больных с абдоминальным ожирением и оценить эффективность препарата дульколак для коррекции синдрома обстипации.

Материал и методы исследования: Обследованы 30 больных с абдоминальным ожирением в возрасте от 35 до 63 лет, их них 24 (80%) женщин и 6 (20%) мужчин. Средний возраст больных с МС составил 58 лет. У всех обследованных изучены антропометрические данные с расчетом индекса массы тела и показателя абдоминального ожирения, а также измерение АД, определение уровня холестерина, сахара крови натощак, оценка ЭКГ данных и анкетирование. Больные разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 11 больных с МС с нарушением толерантности к глюкозе, у которых проводилась коррекция нарушенного питания путем индивидуальных бесед с назначением дополнительно препарата дульколак (по 15 капель на ночь) длительностью до 10 дней. 2-ю группу 19 больных, продолжавших получать только стандартную терапию. Длительность терапии дульколаком составила 10 дней. Всем обследованным больным проводилось анкетирование с целью диагностики синдрома обстипации.

Результаты: Полученные результаты позволяют заключить, что у больных обеих групп были примерно одинаковые антропометрические данные, т.е. масса тела, ИМТ, объем талии, параметры систолического и диастолического давления практически не отличались. При этом лабораторные данные липидного профиля у

всех обследованных изначально были выше нормы. Так, уровень холестерина соответствовал $6,4$ ммоль/л и более. Согласно критериям МС, у обследованных больных диагностировано абдоминальное ожирение: объем талии у мужчин в среднем составил – $109,3$ см, у женщин – $117,1$ см. По данным расчета индекс массы тела (ИМТ) в среднем составило 37 %. У 11 (36,6%) больных диагностировано нарушение толерантности к глюкозе, а у остальных 19 (63,3%) больных уровень сахара оставался в пределах нормы. Следует отметить в 1-ой группе в результате лечения с включением дульколак отмечен регресс проявления синдрома обстипации по сравнению с контрольной группой. При анализе результатов распространенности АГ установлено, что она имеет четко выраженную возрастную динамику, как у мужчин, так и у женщин. АГ у 4 (13,3%) больных соответствовало I степени, у 8 (26,7%) – II степени и у 18 (60,1%) больных III степени.

Выводы: Введение в комплексную терапию слабительных препаратов позволяет достичь дополнительно снижения липидов в плазме крови при лечении больных с МС. При этом положительные влияния слабительных препаратов приводят к регуляции пищевого поведения, купированию симптомов кишечной диспепсии, восстановлению частоты дефекации, снижению уровня гликемии и липидного профиля. Возможно, указанные эффекты при длительной терапии позволяют достичь снижения массы тела.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ NIRS ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОКСИГЕНАЦИИ В МЫШЦАХ И ОЦЕНКИ РЕЗЕРВНОГО ПОТЕНЦИАЛА У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

М.Х. Бердиев, А.А. Пайзиев, У.С. Акбаров, И.А. Нусратиллаев

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: разработка надежных критериев определения гемодинамического статуса юных атлетов, как в режиме реального времени тренировки, так и в покое.

Материалы и методы исследования: Планируется в данном проекте обследовать детей и подростков, занимающихся в спортивных школах различных специализации в тренировочном режиме. Провести контроль за

состоянием оксигенации и гемодинамики тренируемых мышц спортсменов, основанного на применении неинвазивного, экспрессного метода спектроскопии ближнего инфракрасного (ИК) диапазона (NIRS –Near Infra-red Spectroscopy).

Результаты: На основании экспериментов будут разработаны рекомендации по усовершенствованию тренировочного процесса и создана система количественных критериев оценки физической готовности спортсменов. Будут получены экспериментальные данные, показывающие возможность практического применения методов спектроскопии ближнего ИК диапазона для исследования физиологии мышц и определения важнейших физиологических показателей спортс-

менов, как в покое, так и в процессе тренировок для выработки оптимальных режимов нагрузок.

Выводы: Будет укомплектована система измерительных приборов с возможностью контроля состояния спортсменов, как в стационарных, так и в полевых условиях, оснащенная беспроводной системой передачи данных измерений через Bluetooth непосредственно на пульт управления тренера. Будет создан пакет прикладных программ в среде MATLAB для обработки данных измерений и их выдача на дисплее, как в цифровом, так и в графическом режиме. Предусматривается возможность получения данных измерений также в реальном режиме времени в процессе тренировок.

АНАЛИЗ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.Н. Бердовская, Т.Н. Домаренко

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»

Целью исследования послужил анализ организации оказания неврологической помощи в Гродненской области, республика Беларусь.

В структуре заболеваемости детей Гродненской области болезни нервной системы занимают одно из первых мест. В прошлом году увеличилась как общая, так и первичная заболеваемость по болезням нервной системы: общая на 6,3%, первичная – 19,8%.

В структуре заболеваемости нервной системы основное место занимают: последствия энцефалопатии новорожденных (43,5%), детский церебральный паралич (ДЦП) (14,4%), эпилепсия (13,4%), болезни периферической нервной системы (5,0%), воспалительные заболевания центральной нервной системы (ЦНС) (5,0%). Несмотря на то, что в структуре заболеваний нервной системы последствия энцефалопатии новорожденных занимают первое место, выход на инвалидность, при проведении комплексной системы реабилитации детей первого года жизни и высоком реабилитационном потенциале ребенка, достаточно низкий.

Число детей с диагнозом ДЦП существенно не меняется, хотя отмечается увеличение на 20,7% детей с первыми выявленным диагнозом ДЦП. Это можно объяснить возросшими возможностями реанимации и возвращение к жизни детей с тяжелыми внутриутробными и родовыми повреждениями головного мозга, которые раньше были несовместимы с жизнью.

Увеличилось как общее число детей с воспалительными заболеваниями ЦНС (на 31,7%), так и впервые выявленные дети с данной патологией (на 50,8%).

Таким образом, среди многих актуальных медицинских проблем особого внимания заслуживает проблема инвалидности с детства. Ежегодно в Беларуси признаются инвалидами около 4000 тыс. детей в возрасте до 18 лет. Самой распространенной причиной детской инвалидности является детский церебральный паралич. К наиболее распространенным инвалидизирующим заболеваниям нервной системы можно отнести: ДЦП, эпилепсию, врожденные пороки развития ЦНС, последствия воспалительных заболеваний ЦНС.

В подавляющем большинстве районов Гродненской области имеется тенденция к увеличению детей-инвалидов неврологического профиля. В меньшей степени наблюдается прирост в тех районах, где на должном уровне поставлена детская неврологическая служба, работают квалифицированные специалисты.

Основной причиной инвалидности детей с заболеваниями нервной системы является детский церебральный паралич (35,7% от общего количества инвалидов).

В настоящее время предупреждение или уменьшение степени тяжести детской инвалидности является одним из приоритетных направлений лечебно-профилактической деятельности УЗ РБ.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ И ЕГО АССОЦИАЦИЯ С ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ – ФАКТОРЫ ОТЯГОЩЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Ю.А. Бессмертный, В.И. Шевчук, Г.В. Бессмертная

НИИ реабилитации инвалидов Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова

Цель работы: изучить распространенность воспалительного синдрома по уровням С-реактивного белка (СРБ) и интерлейкина-6 (ИЛ-6) у больных с ложными суставами на фоне гипергомоцистеинемии.

Материал и методы исследования. Обследовано 153 больных с диафизарными ложными суставами костей бедра и голени. Возраст больных – $40,3 \pm 0,93$ года, 77,2% – лица мужского пола. Нормопластичный тип ложного сустава выделено у 27, гиперпластический – у 24, гипопластический – у 50, атрофический – у 52 больных. Контрольную группу составили 48 больных с консолидированными переломами и 35 практически здоровых лиц. Содержание общего ГЦ определяли иммунофермент-

ным методом набором «Homocysteine EIA» (Axis-Shield, Англия), СРБ и ИЛ-6 – наборами «hsCRP ELISA» (DRG, США) и «IL-6 ELISA» (Diacclone, Франция). Статистический анализ материала проводился с помощью пакета прикладных программ «MS Excel XP» и «Statistica SPSS 10.0 for Windows».

Результаты. Установлено, что у больных с ложными суставами средний уровень СРБ находился в пределах от 2,6 до 9,7 мг / л (P5 - P95) и на 44,5% был выше чем у лиц с консолидированными переломами (1,7 до 5,2 мг/л (P5 - P95). При нормопластическом типе содержание СРБ находилось в пределах от 2,6 до 8,0 мг/л (P5 - P95) и по средним показателям оказалось наименьшим. При

гипопластическом и атрофическом типах, содержание СРБ превышало показатели лиц с нормопластическим типом на 27,8 и 33,4%, соответственно. Доля лиц с предельно высоким и высоким уровнями СРБ в этих группах составила 68,0 и 71,2% против 44,4% в группе с нормопластическим типом. При гиперпластическом типе наблюдалось уменьшение доли лиц с оптимальными уровнями СРБ и повышение доли лиц с высокими уровнями показателя по сравнению с нормопластическим типом, однако обнаруженные различия не достигали границы достоверности.

У больных с ложными суставами уровень ИЛ-6 был достоверно выше (на 35,0%), чем у лиц с консолидированным переломами. Аберантные уровни ИЛ-6 чаще регистрировались при авитальных типах ложных суставов – в 70,0 и 71,2% случаев против 40,7% при нормопластическом типе. Средние уровни ИЛ-6 при гипопластическом и атрофическом типах превышали на 24,7 и 34,8% аналогичные при нормопластическом типе.

Установлено, что увеличение интенсивности воспалительного процесса у больных с ложными суставами ассоциировалось с повышением содержания ГЦ в сыворотке крови. Так, у больных с ГЦ содержание СРБ и ИЛ-6 было достоверно выше на 49,2 и 42,9 чем у лиц с оптимальными уровнями ГЦ, и на 45,2 и 30,1% выше чем у больных с предельно высокими уровнями ГЦ. Корреляционный анализ подтвердил существование достоверных прямых связей между уровнем ГЦ и медиаторами воспаления, при этом более тесная зависимость ($r = 0,51$) выявлена по уровню ИЛ-6.

Выводы. Увеличение уровней медиаторов воспаления (СРБ и ИЛ-6) в сыворотке крови ассоциируется с повышением содержания гомоцистеина и характеризуется формированием гипопластического и атрофического типов ложных суставов. Высокую активность воспалительного процесса и его ассоциацию с ГЦ следует рассматривать как негативные метаболические факторы, отягчающие реабилитацию больных с ложными суставами длинных костей.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА КЛЕТОЧНОЕ ЗВЕНО СИСТЕМОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ-СПОРТСМЕНОВ

И.Г. Бирюк

Буковинский государственный медицинский университет

Цель работы: Установить ведущие показатели клеточного звена системного иммунитета у детей, имеющих систематические физические нагрузки в сравнительном аспекте с детьми не спортсменами.

Материал и методы исследования: Изучение ведущих показателей клеточного звена системного иммунитета проводили в 28 детей 14-16 лет (период максимальной функциональной активности центрального органа системного иммунитета человека), среди которых 18 девочек и 10 мальчиков спортсменов, имевших систематические физические нагрузки в процессе тренировок. Для иммунных исследований использовали цельную кровь, форменные элементы крови детей спортсменов и детей не спортсменов (контрольная группа), которые не имели систематических физических нагрузок.

Клинико-иммунологическое обследование включало предварительный клинический осмотр автора и определение ведущих показателей клеточного звена системного иммунитета: общей популяции лейкоцитов, лимфоцитов, общего пула Т-лимфоцитов и их субпопуляций. Абсолютное и относительное количество Т-лимфоцитов и их субпопуляций определяли в непрямой реакции иммунофлюоресценции с моноклональными антителами к детекторным маркерам CD 3 + и CD 4 +, CD 8 +.

Результаты: Изученные нами показатели клеточного звена системного иммунитета указывают на то, что системные физические умеренные нагрузки в процессе постоянных тренировок в возрасте 14-16 лет (период наивысшей функции вилочковой железы) приводит к существенному снижению относительного количества Т-хелперов/индукторов и рост количества Т-супрессоров/цитологических лимфоцитов. Такое уменьшение относительного количества регуляторных Т-лимфоцитов снижает формирование процессов распознавания и повышает супрессорную функцию Т-лимфоцитов, результатом чего - является формирование иммунодефицитного состояния за клеточным типом у спортсменов в возрасте 14-16 лет. Кроме этого, у спортсменов формируется тенденция к снижению аб-

солютного количества лейкоцитов, общего пула лимфоцитов, лейко-Т-клеточного индекса и потенциальной способности Т-лимфоцитов при формировании клеточного иммунного ответа за реакцией бласттрансформации Т-лимфоцитов на природный иммуностимулятор фитогенагглютинин.

Нами проведен сравнительный анализ изменений ведущих показателей клеточного звена системного иммунитета у мальчиков (10 человек) и у девочек (18 человек), систематически подвергаются физическим нагрузкам и имеют одинаковую чувствительность к постоянным физическим нагрузкам. Показатели клеточного звена системного иммунитета у девочек и мальчиков практически одинаковы ($P > 0,05$). Однако, следует отметить снижение на 25,0% абсолютного количества естественных киллеров, участвующих в неспецифическом распознавании инородных и собственных измененных клеток, а также в онкогенном надзоре.

Выводы: 1. Систематические умеренные физические нагрузки в процессе постоянных спортивных тренировок в возрасте 14-16 лет (период наивысшей функции тимуса) приводят к существенному ($P < 0,05$) снижению относительного количества ТСД4 + и росту абсолютного количества ТСД8 +, что приводит к нарушению процессов распознавания и автономной саморегуляции иммунного ответа.

2. В спортсменов формируется тенденция к снижению в периферической крови абсолютного количества лейкоцитов, лимфоцитов, лейко-Т-клеточного индекса и потенциальной способности к пролиферации Т-клеток.

3. Систематические физические нагрузки несколько по-разному влияют на показатели клеточного звена системного иммунитета у девочек и мальчиков в возрасте 14-16 лет.

4. Полученные и приведены результаты являются научным основанием для дальнейшего изучения иммунного статуса детей, систематически занимающихся спортом.

РЕАБИЛИТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПРОЛОНГИРОВАННУЮ НЕОНАТАЛЬНУЮ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЮ

Н.Т. Бобоева

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Рационально вести и выбрать тактику реабилитации с учетом степени тяжести и варианта течения затяжной конъюгационной гипербилирубинемии у новорожденных.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 155 новорожденных с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией в возрасте до 28 дней. В структуре пролонгированных неонатальных желтух конъюгационная гипербилирубинемия была ведущим состоянием у 100 новорожденных (Р59; МКБ-10), однако у 55 новорожденных желтуха протекала с сопутствующей патологией дыхательной системы, эндокринной системы и ЦНС. Практически все дети имели в анамнезе хроническую гипоксию плода, постгипоксическую ишемию I-II степени, признаки морфо-функциональной незрелости и задержки внутриутробного развития.

Наряду с оценкой клинического состояния, в диагностике пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии в условиях стационара использовался стандартный алгоритм диагностики, включавший фракционное определение билирубина, Rh и групповых антигенов, мониторинг общего анализа крови, определение АЛАТ и АСАТ, ГГТ, ЩФ и микроэлементов (по показаниям), УЗИ печени и желчевыводящих путей. Кроме визуального мониторинга желтухи по шка-

ле Крамера, проводилось регулярное, с интервалами от 3 дней до выписки, мониторирование уровня билирубина по «Билитрон» в капиллярной крови.

Результаты: Анализ полученных данных позволяет прогнозировать рациональное ведение и тактику реабилитации новорожденных с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией. На основании динамики клинико-биохимических показателей исходя из - за нейротоксичности непрямой фракции билирубина у детей, перенесших затяжную конъюгационную гипербилирубинемию риск развития нарушений нервно-психического развития достоверно выше. Часто в возрасте 1-го года у детей диагностируются различные резидуальные состояния нервной системы с нарушением нервно-психического развития. Это позволило оптимизировать и обосновать тактику реабилитации пациентов.

Выводы: Несмотря на относительно благоприятный прогноз, пролонгированные конъюгационные желтухи доставляют немало волнений не только родителям, но и участковым педиатрам, что заставляло повторно после выписки обращаться за консультативной помощью.

Дети с затяжной пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией нуждаются в динамическом наблюдении невролога и проведении нейрореабилитации в течение первого года жизни.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

М.Н. Бобожонов, Р.Н. Бердиев

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино

Цель работы: оптимизировать реабилитацию больных эхинококкозом головного мозга в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. Обследовано 36 больных с эхинококкозом головного мозга в послеоперационном периоде, находившихся на лечении НМИЦ Республики Таджикистан за период 2007-2014 гг. Диагноз был установлен на основании клинико-неврологических, лабораторных, нейроофтальмологических, эхоэнцефалографических, компьютерных и магнитно-резонансных томографических данных.

Всем больным проводилось удаление эхинококковой кисты головного мозга, ее содержимого и оболочек, обработка ложа кисты. При разрыве эхинококковой кисты - дренирование внутричерепного пространства. Дренирование обеспечивает полное удаление излившейся эхинококковой жидкости и продуктов распада.

В послеоперационном периоде важное место занимает вопрос о применении препаратов, влияющих на восстановление неврологического дефицита. С этой целью нами на фоне общепринятого лечебного комплекса больным основной группы (n=19) назначался нейромидин по 1 мл 0,5% р-ра в/м 1 раз в день детям, а взрослым 1 мл 1,5% р-ра в/м 1 раз в день №30. С последующим переходом на таблетированную форму внутрь детям по 1-1,5 мг/кг в сутки, а взрослым по 20 мг 3 раза в день в течение месяца. Нейромидин улучшает проведение возбуждения по нервам, и в гладких мышцах вследствие блокады калиевых каналов и угнетения активно-

сти холинэстеразы непосредственно стимулирует процесс возбуждения в пресинаптическом нервном волокне и постсинаптических мышечных образованиях, стимулирует М-холинорецепторы. Больным контрольной группы (n=17) назначался только общепринятый лечебный комплекс. Сравнительный анализ динамики лечебного процесса в двух исследуемых группах проводился на 10-е сутки после операции и 30-е, 60-е дни реабилитационного периода.

Результаты. Установлено: на 10 день лечения в основной группе жалоб на головную боль (17%), тошноту (11%), головокружение (5,2%) и косоглазие (3%) было меньше, чем в контрольной группе, а рвота и судорожные приступы регрессировали. Из локальной неврологической симптоматики атаксия наблюдалась на 2,1%, нарушение речи - на 3%, нарушение функции VII ЧМН - 5,2%, нарушение функции III, IV, VI, ЧМН - 5,2%, снижение зрения - 8,2%, чувствительные нарушения - 3% и двигательные нарушения на 23,7% меньше, чем в контрольной группе.

На 30 день в основной группе головная боль, тошнота регрессировали. Головокружение, снижение памяти, слабость в конечностях, снижение зрения и косоглазие в среднем стали меньше, чем в контрольной группе, на 8,0%. При этом атаксия, нарушение функции VII ЧМН и чувствительные нарушения регрессировали, а нарушение речи, нарушение функции III, IV, VI, ЧМН, снижение зрения и двигательные нарушения стали в среднем на 8,9% меньше, чем в контрольной группе.

На 60 день в основной группе сохранялись жалобы на слабость в конечностях (13,3%), косоглазие (6,7%) и снижение зрения (13,3%), а из очаговой неврологической симптоматики нарушение речи наблюдалось на 7,7%, нарушение функции III, IV, VI, ЧМН - 8,7%, сни-

жение зрения - 11% и двигательные нарушения на 9,7% меньше, чем в контрольной группе.

Вывод. Применение нейромидина в комплексном лечении эхинококкоза головного мозга является патогенетически обоснованным и ускоряет восстановление неврологического дефицита.

ИЗМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ ДОРСАЛГИЯМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Ю.В. Бобрик, В.А. Пономарёв, А.А. Воробьёв

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского» (Россия)

Целью настоящей работы явилась оценка эффективности комплексной реабилитации больных с вертеброгенной люмбалгией, люмбоишиалгией, радикулопатией у пациентов с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника с неврологическими проявлениями (ОПКПОНП) по данным динамики показателей физической работоспособности при использовании различных способов комплексного восстановительного лечения.

Материал и методы исследования: В условиях амбулатории находились на лечение и комплексной реабилитации 67 человек больных с установленным клинически и рентгенологически диагнозом остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с неврологическими проявлениями ОПКПОНП (вертеброгенная дорсалгия, люмбалгия, люмбоишиалгия, радикулопатия) в остром, подостром периоде заболевания в возрасте от 17 до 54 лет. При этом все больные были разделены на основную (32 человек) и контрольную (35 человек) группы. Пациенты контрольной группы получали стандартное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение по общепринятой методике. У больных применялся специально разработанный нами метод комплексной дифференцированной реабилитации, включающий в себя с первого дня заболевания ЛФК и физиотерапию назначаемую пациенту с учётом его клинического, вегетативного статуса и физического развития. Физическая работоспособность (PWC_{170}) у обследованных определялась непрямым и прямым методом с использованием спец. формулы, велоэргометрии.

Результаты: По результатам сравнительного анализа показателя физической работоспособности, у больных

ОПКПОНП выявлена положительная динамика данного параметра под влиянием реабилитационной терапии, как в основной, так и контрольной группах в острый период заболевания на 19,1 % ($p<0,05$) и 10,5 % ($p<0,05$). Рост показателя физической работоспособности был достоверно выше в основной группе, чем в контрольной PWC_{170} - в 1,8 раза ($p<0,05$). У больных ОПКПОНП первой группы под влиянием реабилитационной терапии в подострый период заболевания отмечается увеличение показателя физической работоспособности, как в основной, так и контрольной группах. При этом достоверно более значительный рост вышеперечисленных параметров отмечался в основной группе - PWC_{170} на 13 % ($p<0,05$).

Таким образом, у больных ОПКПОНП в результате проведённой терапии определяется увеличение физической работоспособности, данный показатель повышается больше в основной группе, в отличие от контрольной, что подтверждает наличие более высокой реабилитационной эффективности у предложенного нами способа восстановительного лечения за счёт использования нового дифференциального подхода.

Выводы: Оценка эффективности полученных данных дала основание констатировать наличие достоверно более выраженного позитивного влияния на состояние параметров физической работоспособности у больных с вертеброгенными дорсалгиями предложенного способа комплексной дифференцированной реабилитации, включающего в себя ЛФК и физиотерапию, назначаемую пациенту с первого дня заболевания, с учётом его клинического, вегетативного статуса и физического развития, чем у общепринятых методик реабилитации.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ АРОМАТЕРАПИИ ПРИ РЕГУЛЯЦИИ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО И ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Ю.В. Бобрик, А.В. Кулинченко, И.Ю. Тимофеев

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского» (Россия)

Цель работы: изучить влияние ароматерапии на психо-эмоциональные и психофизические расстройства у пациентов

Материалы и методы исследования: анализ научных литературных источников.

Результаты: Диапазон применения ЭМ в медицине широк из-за наличия полисистемных лечебных, реабилитационных и профилактических эффектов у данных биологически активных веществ - об этом свидетельствуют многие научные исследования. О влиянии запахов на человеческий мозг существует обширная литература. В некоторых работах исследовали действие ЭМ на настроение, тревожность и психический стресс у здоровых субъектов и больных. Другие исследования были посвящены влиянию различных запахов на выполнение

тестового задания, время реакции и вегетативные параметры или оценивали прямое воздействие запахов на мозг с помощью электроэнцефалограмм и функционального исследования изображений. Такие исследования неизменно показывали, что запахи могут производить специфическое воздействие на нейропсихологические и вегетативные функции человека и могут влиять на настроение, самочувствие и уровень возбужденности. Некоторые психотропные эффекты АТ отражает предлагаемая схема действия ЭМ на центральную нервную систему человека. 1) Стимулирующие (лаванда, гвоздика, лимон, черный перец, лавр, корица, фенхель, розмарин, иланг-иланг, базилик, бергамот, герань). 2) Тормозящие (ромашка, базилик, мелисса, можжевельник, ноготки, полынь, померанец, роза, валериана, ваниль, ки-

парис, анис, сандаловое дерево, тимьян, иссоп, хмель). 3) Болеутоляющие (арника, базилик, гвоздика, герань, душица, лаванда, лавр, лук, майоран, мелисса, можжевельник, мускатный орех; мята, петрушка, розмарин, ромашка, рута, табак, чеснок, шалфей, эвкалипт). Важным аспектом целесообразности применения ЭМ является их адаптогенная активность, поскольку актуальной проблемой медицины является вопрос адаптации человека к меняющимся условиям окружающей среды, а возникновение психосоматической патологии напрямую связано с эффективностью адаптационных реакций. Имеются данные о применении ЭМ лаванды, шалфея, мяты, розмарина в комплексном лечении больных неврозами, сосудистой деменции с детальной

субъективной и объективной клинической оценкой результатов. Положительный эффект отмечался как по субъективным показателям, так и по данным ЭЭГ, РЭГ, ЭКГ.

Таким образом, на основании анализа литературных источников можно сделать вывод, что профилактический и терапевтический потенциал использования ЭМ для коррекции психо-эмоционального и психофизического состояния пациентов весьма значительный – необходимы дальнейшие научные исследования возможностей АТ при реабилитации больных и широкое внедрение данного метода в практику лечебно-профилактических учреждений.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С КРУГЛОГОДИЧНЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНОКОНЬЮНКТИВИТОМ

Н.К.Богучая

Буковинский государственный медицинский университет (Украина)

Цель работы. Оценить динамику качества жизни (КЖ) детей с персистирующим аллергическим риноконъюнктивитом (АРК) на фоне аллерген-специфической иммунотерапии (СИТ) во взаимосвязи с клинико-психологическими характеристиками.

Материал и методы исследования. Осуществлено комплексное клинико-иммунологическое и психологическое обследование 21 ребенка 6-17 лет с персистирующим круглогодичным АРК, вызванного сенсibilизацией к бытовым аллергенам домашней пыли. В группе наблюдения в течение 20 месяцев проводилась сублингвальная СИТ аллергенами домашней пыли, группу контроля составили 8 пациентов, получавших плацебо, базисное лечение было идентичным. Раз в 1-3 месяца оценивали КЖ по опроснику для больных АРК детей (PRQLQ) и подростков (AdolRQLQ) в изданиях, адаптированных на национальных языках (с баллами от 0 до 6 с градацией к ухудшению).

Результаты. В обеих группах лечения наблюдалось статистически значимое улучшение КЖ в динамике комплекса терапии и отсутствие межгруппового отличия ($M \pm SD$): уменьшение суммы баллов КЖ на $7,2 \pm 9,1$ и $5,8 \pm 4,9$ ($p > 0,05$) в группе активного лечения и контроля соответственно. Суммарное количество баллов КЖ в начале активного лечения детей составляло $17,1 \pm 3,9$ против $14,2 \pm 4,7$ в контроле ($p = 0,2$), в конце терапии – соответственно $9,9 \pm 7,1$ против $8,4 \pm 4,1$ ($p = 0,6$). До начала лечения в обеих группах сравнения без статистически значимых отличий ухудшение КЖ детей с персистирующим АРК установило за счет высоких баллов влияния болезни на ежедневные виды деятельности (обучение, физическая активность, отдых), проявления носовых симптомов (затрудненное дыхание, чихание, выделения из носа и зуд), практические ежедневные проблемы и сопутствующие жалобы (головная боль, жажда, усталость, рассеянность, плохое самочувствие), в меньшей степени – за счет эмоциональных расстройств (раздражительность, злость и огорчение, смущение, чувство

напряжения) и глазных симптомов. Тяжесть проявлений АРК (самооценка по визуальной аналоговой шкале) находилась в прямой сильной корреляционной зависимости с большинством показателей КЖ, оцененных в конце лечения. Более низкие показатели динамики КЖ в ежедневной деятельности детей находились в прямой сильной/средней силы статистически значимой корреляционной зависимости с возрастом, неврастеническим или сенситивным типом реагирования на болезнь (опросник "ЛОБИ") и излишней эмоциональной дистанцией родителей с ребенком (методика "PARI"). Недостаточная динамика решения практических проблем статистически значимо ассоциировала с баллами алекситимии пациентов (Торонтская шкала), а низкие показатели исчезновения сопутствующих симптомов (в т.ч. неспособность концентрировать внимание) – с более низкой школьной успеваемостью и более выраженной инфантилизацией пациента. Низкая динамика носовых симптомов находилась в прямой сильной корреляционной зависимости с более выраженной лабильностью и гиперреактивностью бронхов (PC_{20H}), недостаточное улучшение эмоционального состояния – с женским полом и сопутствующей сенсibilизацией к пыльцевым аллергенам. Суммарный показатель положительной динамики КЖ ассоциировал с более высоким исходным уровнем сенсibilизации к клещам *D.pteronyssinus* и *D.farinae* ($r = 0,67$; $p < 0,01$), прежде всего в группе активного лечения, а резистентность к терапии – с большими баллами алекситимии и сопутствующей сенсibilизацией к эпидермальным аллергенам.

Выводы. Анализ КЖ детей с персистирующим АРК свидетельствовал об одинаковой эффективности плацебо и СИТ аллергенами домашней пыли. Выявленные медико-психологические факторы, ассоциировавшие с улучшением КЖ и резистентностью к терапии, следует учитывать в комплексной программе реабилитации пациентов с АРК.

НЕТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИМИОРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

А.В. Бойко

Буковинский государственный медицинский университет (Украина)

Особенность эпидемии, зарегистрированной в Украине с 1995 года, заключается в том, что это эпидемия химиорезистентного туберкулеза, когда заболевание приобретает черты неизлечимого. Следует отме-

тить, что лечение известными противотуберкулезными препаратами в таких случаях становится малоэффективным. Учитывая, что туберкулез в основном возникает у людей со сниженным иммунитетом, назначение

различных народных рецептов совместно с медикаментозным лечением приводит к неплохим результатам, особенно на начальных стадиях заболевания, в случае, когда происходит нарушение на уровне дисбаланса энергии. Хорошим дополнением к комплексной терапии больных туберкулезом является прополис. Для лечения применяется 10% водный экстракт прополиса. Раствор готовится непосредственно перед употреблением: в огнеупорную стеклянную посуду нужно налить 10 мл дистиллированной воды, добавить 10г мелко нарезанного прополиса и на водяной бане при температуре 100° в течение одного часа производить экстрагирование при постоянном помешивании. Смесь профильтровать через тонкий слой ваты. До употребления хранить при температуре 4°. Экстракт заливают через катетер интратрахеально после предварительной анестезии гортани 1% раствором декаина. Курс - 15-20 заливок, в дальнейшем можно перейти к аэрозольному использованию этого раствора.

Для лечения туберкулеза используются также смеси с мёдом. Мёд - хорошая среда, в котором сохраняются витамины, особенно необходимые при лечении больных туберкулезом. Витамины группы В (пантотеновая кислота, рибофлавин, никотиновая кислота, тиамин, пиридоксин, биотин, фолиевая кислота) устраняют побочное действие противотуберкулезных химиопрепаратов и улучшают деятельность печени и других органов.

Также мед содержит ценный комплекс питательных элементов, которые играют важную роль в процессах ассимиляции, обладает бактерицидным свойством, быстро высвобождает энергию, которая расходуется организмом в период дневной активности. В результате применения медовых смесей у больных улучшается самочувствие, увеличивается вес, уменьшается кашель, повышается количество гемоглобина в крови.

Для лечения резистентного туберкулеза целесообразно также применять экстракт восковой моли - настой восковой моли на особом компоненте, который экстрагирует полезные вещества. Экстракт пчелиной огневки содержит много полезных макро- и микроэлементов, свободных аминокислот и биологически активных веществ, но самое важное - фермент цераза, который способствует очищению дыхательных путей и активно противостоит бронхолегочным заболеваниям.

Таким образом, натуропатические методы лечения улучшают дренажную функцию бронхов, микроциркуляцию и реологические свойства крови, нормализует иммунитет и обмен веществ, положительно влияет на переносимость антибактериальных химиопрепаратов, способствует более быстрой регрессии патологического процесса и его симптомов, что крайне необходимо при лечении больных туберкулезом, особенно с множественной устойчивостью возбудителя к противотуберкулезным препаратам.

К ВОПРОСУ ЦЕНТИЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ В ВОЗРАСТЕ 12-16 ЛЕТ

М.Б. Бойкузиева, Г.У. Назарова, Ж.М. Худайбердиев

Андижанский государственный медицинский институт

Задачей настоящего исследования явилась разработка новых стандартов центильных шкал основных показателей физического развития школьников г. Андижан в возрасте 12-16 лет.

Материал и методы исследования. Методом случайных чисел по таблице Бредфорта обследованы 1919 учащихся V-IX классов (12-16 лет) общеобразовательных учреждений г. Андижан. Соотношение мальчиков - 960 (50,1%) и девочек - 959 (49,9%) были сопоставимыми. Каждая возрастная-половая группа по количеству были равноценными (не менее 200 детей). Изучение основных показателей (масса, длина тела, окружность головы и груди) проводилась с точностью $\pm 0,5$ см, $\pm 0,1$ кг, стандартными методами и общепринятыми критериями для проведения исследования - функциональные группы здоровья I-II и отсутствие случаев острых заболеваний в последние три недели.

Результаты исследования и их обсуждение. В нашей работе для характеристики центильных шкал показателей ФР школьников использован расширенный вариант шкалы Стьюарт, предусматривающий выделение семи

фиксированных центилей: 3-й, 10-й, 25-й, 50-й, 75-й, 90-й и 97-й. Нам представляется, что разработанные стандарты центильных шкал ФР детей и подростков различного возраста и пола позволяет определить возрастные закономерности их роста и развития, выявить влияние на здоровье экзо- и эндогенных факторов, учет которых позволяет очертить круг региональных профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий по коррекции нарушений физического развития подрастающего поколения.

Выводы. 1.Непараметрический (центильный) способ оценки физического развития детей и подростков отличается своей простотой и удобством в применении, строго отражает отклонения антропометрических данных. 2.Данные показателей физического развития, полученные путем центильных методов можно использовать как при одномоментных, так и проспективных исследованиях детей и подростков для создания программ первичной профилактики по коррекции питания и здоровья растущего организма.

ФИЗИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

С.И. Бойцанюк

Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского

Заболевания пародонта являются важной проблемой современной стоматологии так как сопровождаются выраженными морфо-функциональными нарушениями зубочелюстной системы и характеризуются сложной этиологией и патогенезом.

В комплексном лечении заболеваний пародонта физиотерапевтические методы занимают значительное место. Их назначают в зависимости от клинической картины одновременно с местной терапией или после нее. Удельный вес физиотерапевтических процедур зависит от формы, течения и степени развития заболевания.

Наиболее часто для лечения заболеваний пародонта используются различные электротерапевтические методы: электрофорез, ультрафонофорез, дарсонвализация, диатермия, диатермокоагуляция, УВЧ-терапия и др.

При воспалительных поражениях пародонта показан электрофорез 10 % раствора хлорида кальция.

При остром катаральном гингивите гидротерапию (медикаментозное орошение) целесообразно сочетать с КУФ-облучением, после снятия воспалительных явлений – с дарсонвализацией десен. При выраженных формах острого гингивита можно применять флюктуоризацию.

При хроническом катаральном гингивите по показаниям можно назначить: общее УФ-облучение; аэроионотерапию; электросон; кальций-электрофорез на воротниковую зону. При атрофическом гингивите, дистрофической форме пародонтоза можно использовать электрофорез биоседа в течение 5-7 мин ежедневно или через день, число процедур до 20.

Для лечения гингивита Манчева и соавт. (1975) предлагают вводить витамин С с помощью диадинамического тока и фонофореза.

При гипертрофическом гингивите – электрофорез с 10 % раствором кальция хлорида, для воздействия на

процессы экссудации применяется электрофорез с 5 % раствором аскорбиновой кислоты, 1 % раствором витамина Р, КУФ-облучение десен, дарсонвализация, диатермотерапия, фонофорез 15 % раствора дибунола.

Физические методы воздействия лечения язвенно-некротического гингивита применяются в комплексе с другими мероприятиями, направленными на устранение общей интоксикации организма: орошения, КУФ-облучение десны, аэрозольтерапия, лазеротерапия.

Микроволновая терапия в первую очередь показана при дистрофической форме пародонтоза. Применению микроволн при заболеваниях пародонта с воспалительным компонентом должна предшествовать тщательная противовоспалительная терапия. Микроволновая терапия показана сразу после кюретажа.

Перечисленные виды лечения оказывают благоприятное влияние на нервную систему, ее вегетативный отдел, гемодинамику, улучшают лимфо- и кровообращение, угнетают рост патологических грануляций, уменьшают воспалительные и застойные явления, улучшают метаболические процессы, повышают сопротивляемость тканей. Их назначают обычно в комплексе с другими лечебными вмешательствами, иногда они занимают доминирующее место.

СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАР ҚОН ИВИШ ТИЗИМИ ВА ЛИПИДЛАР АЛМАШИНУВИ КЎРСАТКИЧЛАРИГА ШИФОБАХШ ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯНИНГ ТАЪСИРИ

С.А. Болтабоев, Т.А. Қўлдошев, С.В. Азизов

Тошкент тиббиёт академияси Наманган филиали

Тадқиқотнинг мақсади. Сурункали пиелонефритга (СП) чалинган беморларни даволаш-реабилитациясида қон ивиш тизими ва липидлар алмашинуви кўрсаткичларига шифобахш жисмоний тарбиянинг таъсир этиш механизми ва ўрганишдан иборатдир.

Материал ва услублар. Назоратимизда Наманган шаҳар тиббиёт бирлашмаси “Нефрология ва гемодиализ” бўлимида даволанишда бўлган сурункали СПга чалинган 100 нафар беморлар бўлди. Уларнинг ёши ўртача 41,5 (18 дан 83 ёшгача) бўлиб, эркалар 56,0% (56 нафар), аёллар 44,0% (44 нафар) ташкил этди. Касалликнинг давомийлиги 2 йилдан 15 йилгача.

Қўйилган муаммони ҳал этиш учун 2 йилга мўлжалланган СПга чалинган беморларни босқичма-босқич даволаш-реабилитация дастури ишлаб чиқилиб, унга кўра барча беморлар 2 гуруҳга бўлиб ўрганилди. 1-гуруҳга тааллуқли беморларнинг даволаш муолажалари таркибига уроантисептиклар, иммунокорректор-тимоптин, ловастатин, витамин-Е, рекармон, шифобахш жисмоний тарбия ва фитотойғмалар киритилди. 2-гуруҳга мансуб беморларнинг даволаш муолажалари таркибига эса шифобахш жисмоний тарбия киритилмади. Муаммони ҳал этишда қўйидагилар текширилиб ўрганилди: Қон ивиш тизими (ПТИ – Туголуков усулида, фибриноген – Рутберг усулида); Липидлар алмашинуви (умумий холестерин (УХС) – Илья усулида, триглицеридлар (Тг) – ва β – липопротеидлар (ХС-ЎПЗЛ – ўта паст зичликдаги, ХС-ПЗЛ – паст зичликдаги ҳамда ХС-ЮЗЛ – юқори зичликдаги липопротеидлар) – Бурнштейн – Самаи усулида).

Олинган натижалар: Муолажаларни бошлашдан аввал СПга чалинган беморлар қон ивиш тизими ўзгаришлари гиперкоагуляция, липидлар алмашинуви кўрсаткичлари гиперлипидемия кўринишида намоён

бўлди. Муолажалар тугагандан сўнг қон ивиш тизимида (1-гуруҳда) ПТИ кўрсаткичи орган миқдорида нисбатан 6,3% га, (2-гуруҳда) 4,1% ($P<0,01$) ишонарли пасайганлиги, фибриноген миқдори мос равишда 8,4% ва 5,9% ($P<0,01$) ишонарли камайганлиги аниқланди.

Липидлар алмашинуви кўрсаткичларида эса (1-гуруҳда) мос равишда УХС-17,3%, Тг-18,3%, ХС-ЎПЗЛ-25,3%, ХС-ПЗЛ-14,5%, ($P<0,01$) ишонарли камайган бўлса, ХС-ЮЗЛ-118,4% га ($P<0,001$) ишонарли равишда ортиши, (2-гуруҳда) мос равишда УХС-6,5%, Тг-2,9%, ХС-ЎПЗЛ-19,2%, ХС-ПЗЛ-4,1% га ($P<0,05$) ишонарли пасайиш кузатишга бўлса, ХС-ЮЗЛ-миқдорларининг камайган миқдорида нисбатан 55,2% ($P<0,01$) ишонарли равишда ортиши кузатилди. Юқорида келтирилган ижобий ўзгаришлар беморлар умумий аҳолининг клиник яхшиланишга монанд бўлди. Шундай қилиб олинган маълумотларни қиёслаш нўқтаи назаридан ўрганилганда, энг юқори ишонарли ижобий натижа (89%) ($P<0,001$) 1-гуруҳга тааллуқли беморларда, 78% ($P<0,01$) ишонарли ижобий натижа эса 2-гуруҳга тегишли беморларда кузатилди.

Хулоса. Шундай қилиб, СПга чалинган беморларни босқичма-босқич даволаш-реабилитация дастурини ишлаб чиқилиши патологик жараёни ривожланишини ўз вақтида бартараф этишга шароит яратди. Қўлланилган муолажалар таъсири натижасида яллиғланишга қарши, гипокоагуляция, гипохолестеринемия, гиполлипидемия таъсирлар аниқланиб, яллиғланиш жараёнининг сусайиши ва беморлар умумий аҳолининг яхшиланиши билан кечди. ШЖТ муолажасини СПга чалинган беморларнинг қон ивиш тизими ва липидлар алмашинуви кўрсаткичларига ижобий таъсир этиши аниқланди.

ЛАБОРАТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОПОРОЗОМ

Н.С. Борзова, Д.А. Ахматходжаева, М.И. Азимова, Л.Р. Ша-Ахмедова

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель работы: оптимизировать лабораторный контроль лечения больных остеопорозом для профилактики переломов.

Материал и методы исследования: Обследовано 23 женщины в возрасте от 48 до 67 лет. В этой возрастной категории дефицит эстрогенов способствует продукции остеобластами фактора, стимулирующего активность остеокластов и их дифференцировку, что обуславливает повышенную резорбцию кости и снижение выработки фактора, ингибирующего резорбцию костной ткани. Определяли маркеры костного метаболизма остеокальцин, В-cross laps на хемилюминисцентном анализаторе «Эленсис» (F.Hoffman-La Roche), паратиреоидный гормон (ПТГ) ИФА-методом, кислую фосфатазу (КФ) тартратрезистентную кинетическим методом (Cypress diagnostics) и сывороточный кальций колориметрическим методом (Human).

Результаты: При анализе уровней биохимических маркеров костного обмена у обследованных женщин была выявлена их неоднородность. Так уровень остео-

кальцина был повышен у 13 женщин из 23 и колебался от 32,2 до 44,7 нг/мл против 21,4 нг/мл. в норме. Высокие значения В-cross laps отмечались у 19 женщин из 23 и соответствовали в среднем 0,53 нг/мл при 0,37 нг/мл в контроле. Средний уровень паратиреоидного гормона был выше нормы, однако у 6 женщин, он был заметно выше – 69 pmol/l, и у них же ниже нормы (2,15 ммоль/л) было содержание сывороточного кальция. Значения кислой фосфатазы были выше нормы (3,7 Е/л) и колебалось от 5,2 до 7,6 Е/л у всех обследованных женщин.

Выводы: Несмотря на то, что исследование костных маркеров не имеет самостоятельной диагностической ценности, они хорошо демонстрируют эффективность антирезорбтивной терапии остеопороза. Так, снижение биохимических показателей резорбции при лечении остеопороза выявляется уже через 3 месяца, а изменение маркеров костеобразования – через 6 месяцев от начала лечения. Помимо этого, выявлено, что повышение уровня маркеров костного метаболизма может являться независимым фактором риска костных переломов.

РУХИЙ САЛОМАТЛИК ПОТЕНЦИАЛИНИНГ АСОСИЙ МЕЗОНИДИР

Ш.А. Боротова, Г.У. Назарова, Ж.М. Худойбердиев, З.В. Юнусова, Н.Э. Мадаминава

Андижон давлат тиббиёт институти

Мақсад ва вазифалар: Инсон рухий саломатлигини, инсон организми умумий саломатлигига таъсири ва саломатлик потенциаллини сақлашдаги аҳамиятини ўрганиш.

Текширув материал ва методлари: Амбулатор карталари ф-025/у, диспансер назорати карталари ф-030/У ни ўрганиш орқали тез-тез, 1йилда 3 мартадан кўп саломатлик муаммоси билан тиббий мурожаат қилган аҳоли орасидан тенг миқдорда аёл ва эркак жинслари ажратиб олинди. Ушбу аҳоли гуруҳи орасида махсус сўровномалар ўтказилди. Сўровнома ҳар бир инсон ўзини рухий ҳолатини қай даражада баҳолаши, кундалик ҳаёт тарзига, рухий ҳолатига таъсир қилиш эҳтимоли, тез-тез касалликга чалиниб туриши, турли хил вазиятларда ўзини қандай тутиши каби саволларни ёритиб берувчи пунктлардан иборат. Сўровномаларда қатнашган кишиларнинг ёши 16- дан 55 ёшгача бўлиб, жами 38 нафар. Уларнинг 50% аёллар, қолган 50% эркаклардир.

Натижа: Сўровнома натижаси шуни кўрсатдики, аҳоли ўртасида асосий тиббий мурожаатларнинг учдан бир қисмини айнан рухий ҳолатнинг ўзгариши туфайли келиб чиқган, инсон учун мавҳум ва ечими йўқдек туюладиган вазиятлар ташкил этади. Ушбу қисм аҳоли, турли хил муаммолар ва наслий рухий ўзгаришлар натижасида келиб чиққан касалликларни тиббиёт ходимлари билан биргаликда ҳал қилишни ўзлари хоҳлайдилар ва қайта қайта мурожаат қилишларини сабабини кўрсатилган рухий тиббий хизматдан тўлиқ қониқиш ҳосил қилмаганликларида деб биладилар.

Хулоса: 1. Индивидуал рухий саломатлик аҳолининг умумий саломатлик кўрсаткичларини оширади. 2. Саломатлик потенциали рухий ва соматик саломатлик кўрсаткичлари даражаси билан баҳоланади. 3. УАШ фақат беморларнинг эмас, балки соғлом аҳолининг ҳам рухий соғлиги бўйича иш олиб бориши керак.

АДАПТАЦИЯ НЕРВНО-МЫШЕЧНОГО АППАРАТА СПОРТСМЕНОВ - ПАРАЛИМПИЙЦЕВ К ДОЗИРОВАННОЙ ВИБРАЦИОННОЙ ТРЕНИРОВКЕ

М.К. Борщ, А.А. Михеев

*Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр спорта»,
(Республика Беларусь)*

Цель работы: изучить закономерности адаптации нервно-мышечного аппарата спортсменов - паралимпийцев с глубоким нарушением зрения к дозированной вибрационной тренировке на основе данных суммарной электромиограммы.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 21 спортсмен-паралимпиец с глубоким нарушением зрения (МС, МСМК). В соответствии с планом последовательного педагогического эксперимента спортсмены выполняли две тренировочные программы – экспериментальную и контрольную. Экспериментальная двухнедельная программа тренировки включала 6 тре-

нировок с использованием метода вибромиостимуляции, а контрольная с использованием равноценных традиционных тренировочных занятий. В процессе выполнения обеих программ проводилась регистрация и анализ поверхностной ЭМГ (m. biceps femoris) и (m. rectus femoris) в режиме максимального произвольного мышечного напряжения до и после серии выполнения вибрационных и традиционных упражнений. Использовали компьютеризированный комплекс "МБН-Нейромиограф" (НМВ-02), Россия. Статистическая обработка данных включала методы описательной статистики.

Результаты: установлено, что параметры ЭМГ во время выполнения произвольного мышечного напряжения достигают максимума после полного курса стимуляций, состоящего из 6-и тренировок. Очевидно, это отражает объективно существующую полиуровневую иерархию адаптационных процессов в ответ на предлагаемую нагрузку в виде вибрационного упражнения (ВУ). На электромиограмме это фиксируется как увеличение частотных и амплитудных характеристик стимулируемых мышц, что является отражением процесса адаптации на первом, системном, уровне. Постепенное увеличение физических качеств является процессом, обусловленным первичной мобилизацией большого количества ДЕ и соответствующей стимуляцией гормональной секреции, которая разворачивается во времени с некоторым запаздыванием. Последним в хронологической цепи описываемых событий стоит соревновательный результат, который свою очередь зависит от того, насколько быстро произойдет педагогическое согласо-

вание взрослого уровня физических качеств и спортивной техники.

Выводы: 1. Дозированная вибрация, на фоне которой выполняются как статические, так и динамические упражнения, является фактором, стимулирующим дополнительное увеличение частотных и амплитудных характеристик ЭМГ мышц нижних конечностей по сравнению со значениями этих характеристик, фиксируемых при выполнении традиционных упражнений без применения вибрации; 2. Силовые возможности мышц возрастают как при использовании статических вибрационных упражнений в режиме растягивания, так и с применением динамических вибрационных упражнений в повторном режиме; 3. При отсутствии поддерживающей программы стимуляции биоэлектрическая активность нервно-мышечного аппарата уменьшается до исходных значений в течение 4-х недель.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Д.З. Ботирова, Н.Б. Турсунов

Ташкентская медицинская академия

Цель работы: исследование причин возникновения дефектов осанки у детей, занимающихся спортом и разработка мер профилактики и лечения.

Материал и методы исследования: были изучены данные медицинских карт 840 детей – учащихся четырех специализированных школ и колледжей спортивного профиля, расположенных в г.Ташкенте, в возрасте от 5 до 15 лет. По видам спорта распределение респондентов было следующим: легкая атлетика – 246 спортсменов (29,3%), художественная гимнастика – 153 (18,2%), дзюдо – 118 (14,0%), большой теннис – 68 (8,1%), футбол – 104 (12,4%), вольная и греко-римская борьба – 93 (11,1%), стрельба пулевая и стрельба из лука – 58 (6,9%). В общей выборке мальчиков было 570 (67,9%), девочек – 270 (32,1%), при этом соотношение числа мальчиков и девочек менялось от 0:1 до 3,8:1 в зависимости от вида спорта.

Результаты: установлено, что нарушение осанки встречалось во всех возрастных группах, достигая 30% и более. Наиболее характерными этиологическими факторами выступали нерациональный режим тренировок и отдыха (68%), несоответствие предлагаемой программы подготовки физическому развитию детей (21%), слабое физическое развитие учащихся (9%), прочие факторы (2%). Основой профилактики нарушений осанки считали общую тренировку мышечного корсета ослабленного ребенка, которая должна осуществляться на фоне оптимально организованного лечебно-двигательного режима, составленного с учетом вида дефекта осанки и возраста ребенка. В комплексном лечении использовали лечебную гимнастику, гидрокинезотерапию, лечебное плавание и массаж. Первоочередными задачами лечебной гимнастики считали обучение навыку правильной осанки и систематическое закрепление этого навыка; укрепление мышц туловища и конечностей; нормализация трофических процессов в

мышцах туловища; осуществление целенаправленной коррекции имеющегося нарушения осанки. Занятия лечебной гимнастикой назначали всем детям, поскольку считаем её методом, позволяющим эффективно укреплять и тренировать мышечный корсет, выравнивать тонус мышц туловища, бедер. Занятия назначали по 3-4 раза в неделю; продолжительность курса – 1,5-2 месяца, с перерывом – в 1 месяц, что считаем вполне достаточным для выработки стойкого динамического стереотипа правильной осанки. С помощью гидрокинезотерапии мы решали две задачи: коррекция из разгрузочного положения позвоночника; закаливание. Схема занятий включала вводную (5 мин) – общеукрепляющие упражнения для всех мышечных групп на суше и у бортика; основную (25-30 мин) – упражнения в воде и заключительную часть (5-7 мин) – свободное плавание.

Занятия лечебным плаванием состояли из подготовительной (6-8 мин) – упражнения на суше и подготовительные упражнения в воде; основной (25-35 мин) – изучение техники плавания, совершенствование имеющихся навыков плавания с удлинённой паузой скольжения и скоростное плавание и заключительной частью (4-6 мин) – самостоятельное плавание, игровые элементы в воде. Лечебный массаж (классический и рефлекторно-сегментарный) проводили двумя курсами в год, по 20 процедур, с постепенным увеличением их продолжительности (от 15 минут вначале до 40 минут к 20-й процедуре).

Выводы: Дефекты осанки являются нередкой патологией среди детей, занимающихся спортом. Разработанный комплекс мер профилактики и лечения отличается простотой и эффективностью и позволяет в течение непродолжительного времени добиться коррекции выявленных нарушений и выработки стереотипа правильной осанки, поэтому может быть рекомендован к применению в реабилитационной практике.

ГИЁХВАНДЛИККА ҚАРШИ КУРАШ - СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ АСОСИ

М.М. Бувабеков, Ж.М. Худайбердиев, М.Б. Бойқўзиева, Я.Ғ. Усмонова

Андижон давлат тиббиёт институти

Мақсад: Андижон вилояти Олтинқул тумани “Жа-лабек” ҚВП аҳолисининг маиший турмуш шароитини

ўрганиш ва гиёхвандлик ҳақидаги билимларини аниқлаш.

Материал ва услублар: Кузатув ишлари Андижон вилояти Олтинқул тумани «Жалабек» ҚВП аҳолиси орасида олиб борилди. Ишни олиб боришда олдимизга қўйилган биринчи вазифамиз – аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини ўрганиш мақсадида беморларнинг амбулатор карталари, ф-025/у, диспансер назорати карталари ф-030/У, ҚВП нинг хисобот формаларидан фойдаландик. Аҳоли турмуш шароитини ўрганиш мақсадида махсус сўровнома туздик ва сўровнома асосида 50 та оилани текширдик. Сўровномада гиёҳвандлик ва соғлом турмуш тарзига бўлган аҳолини фикрларини ўргандик. Сўровномаларда қатнашган кишиларнинг ёши 16- дан 60 ёшгачани ташкил этди. Сўровномамизда 50та оиладан 1 кишидан жами 50 киши қатнашди. Уларнинг 15таси эркеклар (30%), ва 35таси (70%) аёллар эди. Ёш гуруҳлари бўйича 4 киши (8%) 60 ёшдан юқори, 21 (42%) киши 40-60ёшда, қолган 25 киши (50%) 16 - 40 ёшлиларни ташкил қилди. Сўровномаларимизда қатнашган респондентларимизнинг маълумоти билан ҳам қизиқдик. Маълумотлари таҳлил қилинганда 8 (16%) киши ўрта махсус, 15 (30%) киши олий ва 27 (54%) киши ўрта маълумотли кишилар экани маълум бўлди.

Натижа ва таҳлиллар: Назоратимиздаги аҳоли ўрта-сида гиёҳвандлик ҳақида фикрларини ўргандик ва

ўқув-тушунтириш ишларини олиб бордик. Сўровномамизда дастлаб аҳолини гиёҳвандчилик ҳақидаги тушунчасини ўргандик. Маълум бўлдики, саволга 72% респондентлар билими борлигини, 22 %и аниқ билимга эга эмаслигини, 4 % билишга қизиқмаганлигини ва 2% киши гиёҳвандчилик ҳақида билим зарарли эканлигини билдирди. Гиёҳвандчилик омилининг саломатликга таъсири борми? – деган, саволимизга қуйидаги жавобларни олдик. Натижаларнинг кўрсатишича 6% киши таъсир этмайди деб, 66 % киши салбий таъсири бор деган жавобни берган, шунингдек, 68% киши касаллик келтириб чиқаради деган, 32% киши кайфиятни туширади деган жавоб беришди. Гиёҳвандчилик ҳақида маълумотлилик саломатликка таъсири ҳақида фикрингиз? – деган, саволимизга берилган жавоблардан маълум бўлдики, иштирокчиларнинг 12% салбий таъсир кўрсатади, 24% аҳамияти йўқ, 64% катта фойдаси бор эканлигини қайд этишди. Махсус ўқув курсидан сўнг респондентларимиз фикри ижобий томонга ўзгарди ва гиёҳвандчилик ҳақида билим фойдалилиги 100%ни ташкил этди.

Хулоса: 1. Гиёҳвандчилик ҳақида аҳолининг маълумотлилиги соғлом турмуш тарзига ижобий таъсир этади. 2. Соғлом турмуш тарзи гиёҳвандчиликка қарши энг яхши қуролдир.

БИРЛАМЧИ ТИББИЙ САНИТАРИЯ БЎЎНИДА БИРЛАМЧИ ПРОФИЛАТИКА ИШЛАРИ ҲОЛАТИ ДАРАЖАСИНИ ЎРГАНИШ ВА СИФАТИНИ ОШИРИШ

М.М. Бувабеков, Ж.М. Худайбердиев, М.Б. Бойқўзиева, Я.Г. Усмонова, Ш. Боротова

Андижон давлат тиббиёт институти

Мазкур тадқиқот ишлари назоратимиздаги ҚВП шароитида 6 ой мобайнида ўтказилди. “Семизлик” хасталиги билан касалланган 62 та беморларнинг ушбу касаллик асоратлари ҳақидаги билим даражаси сифат кўрсаткичини аниқлаш мақсадида стандарт ва индикаторлар тузилди, система картаси ишлаб чиқилди. “Семизлик” хасталиги асоратларини олдини олиш бўйича беморларни ўқитиш ишларига салбий таъсир қилувчи омиллар таҳлил қилинди. Назорат проспектив усулда олиб борилди.

Натижаларни баҳолаш. ҚВПда “Семизлик” хасталиги бўйича тахририй информацион материаллар, буклетлар, брошюралар, адабиётлар етарли миқдорда эмас. Тиббий ходимларнинг семизлик касаллиги билан беморларни стандартлар бўйича олиб бориш борасида билимлари етарли даражада эмас. Консултация вақтида беморларни ўқитишга ҚВП врачлари томонидан кам эътибор берилди. Кўп ҳолларда беморлар семизликни олдини олиш бўйича етарли маълумотга эга эмас. Амбулатор карталарни ретроспектив текшириш натижасида шу нарса маълум бўлдики, беморларга профилактик тадбирлар ҳақида кам маълумот берилди ва амбулатор картага бу ҳақда қайд қилинмади. Команда билан биргаликда текширув натижаларидан келиб чиққан ҳолда ўзгартиришлар киритилди.

Юқоридаги аралашувлардан сўнг “Семизлик” хасталиги бўйича сифат кўрсаткичларини 3та стандартлар бўйича $50,0\% + 60,0\% + 70,0\% : 3 = 80,0 : 3 = 60\%$ га яхшилашга эришилди.

Хулосалар: 1. ҚВП врачларини “Семизлик” хасталиги билан оғриган беморларда касаллик асоратларининг профилактикаси тадбирларини стандартларга асосланган ҳолда ташкил қилишларига йўналтириш керак.

2. Умумий амалиёт программаси бўйича ўқитилмаган тиббий ходимларни ўқитишни ташкил қилиш зарурдир.

3. ҚВПдаги УАШ шифокорларни ушбу муаммо бўйича қайта ўқитиш учун қисқа муддатли тренинглар ташкил қилиш ва бунга ўқув марказ тренерларини жалб қилиш керак.

Тавсиялар: 1. Ушбу тадбирларни ўтказишда қайта алоқа ва ўзаро ёрдам принципларига асосланган ҳолда олиб бориш мақсадга мувофиқдир; 2. Йилнинг маълум санасида стандарт ва индикаторларга асосланган ҳолда, мониторинг ўтказиб туриш зарурдир; 3. Мониторинг натижаларини команда аъзолари билан биргаликда муҳокама қилиб бориш ва кейинги тактикани ишлаб чиққан ҳолда, профилактика ишларини олиб бориш мақсадга мувофиқдир.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ СПОРТМЕНОВ-ИГРОВИКОВ

Е.С. Булышко

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

Цель работы: выявление индивидуально-типологических особенностей личности спортсменов-игровиков разного возраста и пола.

Материалы и методы исследования: методика «Индивидуально-типологические особенности» (Л.Н. Собчик) позволила определить типологический комплекс спортсмена-игровика по таким характеристикам как

экстравертированность, интравертированность, спонтанность, стеничность, ригидность, сензитивность, тревожность и лабильность.

Результаты исследования: в исследовании приняло участие 104 представителя игровых видов спорта разного возраста и пола. В ходе тестирования было установлено, что для представителей игровых видов спорта характерна выраженность выше перечисленных характеристик за исключением интраверсированности. То есть им свойственна высокая внешняя реактивность и низкая интрапсихическая активность. Лабильность нервных процессов проявляется в изменении эмоционального настроения и активности, что для спортивной игровой деятельности считается актуальным. Сензитивность в спорте связывается с повышенной и тонко дифференцированной чувствительностью человека в отношении различного средового воздействия поля и игровой ситуации. Спонтанность спортсмена проявляется в поисковой активности выбора оптимальных действий в соревновательной деятельности. Ригидность в спортивной деятельности также влияет на достижение спортивного результата, что может проявляться в самостоятельности в игровой ситуации.

В современном спорте женщина стала занимать лидирующие позиции в «мужских» видах спорта – футбол, гандбол, баскетбол, хоккей. Возникает вопрос, каких девочек следует отбирать в эти виды спорта, чтобы они показывали спортивный результат и каким образом следует выстраивать учебно-тренировочный процесс. Результаты исследования позволили также выделить характеристики являющиеся ведущими для женщин и мужчин в игровых видах спорта. При помощи методов математической обработки данных (t-критерий Манна-Уитни) были установлены статистически значимые различия в индивидуально-типологических особенностях мужчин и женщин игровых видов спорта. Спортсменкам, в отличие от мужчин характерны высокие показатели экстравертированности, спонтанности, стеничности и сензитивности. Спортсмены же обладают ярко выраженными характеристиками интраверсированности и лабильности, что подтверждается методами статистической обработки данных.

Таким образом, знание тренером индивидуально-типологических особенностей личности спортсмена помогут правильно провести отбор и индивидуализировать учебно-тренировочный процесс с учетом возраста и пола.

ДИАФИЗАРНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ, СОЧЕТАННЫЕ С ДРУГИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Н.М. Буранкулова, Ф.А. Кожалепесова, К.У. Кодиров

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: изучить диафизарные переломы длинных трубчатых костей у детей, сочетанных с другими повреждениями опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 146 больных с диафизарными переломами, находившихся в травматологических отделениях ТашПМИ за последние 3 года. Большинство пострадавших дети школьного возраста, дети дошкольного возраста составили 21%. Мальчики составили 73 %. Из общего числа (146) детей с множественными и сочетанными повреждениями закрытые переломы наблюдались у 82(56,1%), открытые - у 64 (43,9%). Чаще всего (71,2 %) открытые переломы встречались на нижних конечностях.

Результаты: При таких повреждениях в основном применялось консервативное лечение скелетным вытяжением в среднем в течение 4-5 недель. Сроки фиксации гипсовой повязкой при множественных переломах равнялись 6-14 дням, в отдельных случаях до 6-7 недель. При лечении переломов нижних конечностей методом скелетного вытяжения применялись универсальная подушка и настольник для физио-функционального лечения повреждений нижних конечностей, устройство для фиксации таза, для лечения переломов нижних конечностей в положении отведения. При открытых переломах голени и бедра на одноименной стороне первоначально производили первичную хирургическую обработку и остеосинтез. Лечение поврежденной нижней конечности с обширными ранами, особенно циркулярными, осуществлялось на специальном устройстве. В процессе реабилитации, наряду с существующими ме-

роприятиями применялась плавная дозированная нагрузка на конечность с помощью специального аппарата. Благодаря таким аппаратам создается возможность осуществления щадящих, плавных движений, дозированной нагрузки, что способствует консолидации отломков и восстановлению отломков и восстановлению функции поврежденной конечности в более ранние сроки. Анализ наших наблюдений указывает на необходимость сочетания консервативного и оперативного, в частности, компрессионно-дистракционного методов лечения, с учетом индивидуальных особенностей пострадавших детей. Выбор и своевременность применения того или иного метода лечения определяется возрастом пострадавшего, его состоянием, характером перелома, с учетом технической оснащенности травматологического отделения. При наличии шока – консервативное и оперативное лечение должно сочетаться с противошоковыми мероприятиями. В отдельных случаях операция являлась неотъемлемым мероприятием по выведению больного из шока. При сочетанных повреждениях с наличием обширных скальпированных ран, повреждением внутренних органов, сухожилий, сосудов и нервов применялась первичная или свободная кожная пластика, ушивание поврежденных внутренних органов, восстановление непрерывности сухожилий, сосудов и нервов.

Таким образом, наши наблюдения ещё раз подтверждают тяжесть клинического течения множественных и сочетанных повреждений при диафизарных переломах длинных трубчатых костей у детей, что указывает на необходимость проведения комплексных лечебных и последующих реабилитационных мероприятий.

ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ПЛАНШЕТНОЙ ГИДРОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У СПОРТСМЕНОВ**В.В. Васильева, О.Б. Матвеев, Г.А. Мороз***Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, (Россия)*

Цель работы: оценка вегетативных эффектов применения планшетной гидродинамической терапии у спортсменов.

Материал и методы исследования: Обследовали спортсменов-баскетболистов (n=38), прошедших курс циркулярного гидромассажа нижних конечностей (10 процедур). Методика заключается в воздействии на поверхность тела водных струй, источником которых являются кольцевые муфты, перемещающиеся вдоль нижних конечностей с заданной амплитудой. Температура воды – 38° С, давление струй – 2,0 атмосферы. Для оценки эффектов применения гидропланшетной терапии наряду с традиционными реовазографическими, биохимическими, функциональными методами исследования использовался метод электропунктурной диагностики всех органов и систем организма со снятием биопотенциалов с биологически активных точек, отражающих общее состояние вегетативной нервной системы, симпатических, парасимпатических ганглиев, сосудистого меридиана.

Результаты: Анализ результатов показал, что по данным электропунктурной диагностики наступает восстановление возбудимости вегетативной нервной системы, соотношения симпатического и парасимпатического отдела в регуляции сосудистого тонуса, имевшей место у 88% обследуемых, с одновременной нормализацией биопотенциалов точек сосудистого меридиана (92%), при положительной динамике показателей гемодинамики в нижних конечностях и функциональных проб.

Таким образом, курс планшетно-гидродинамической терапии может быть рекомендован для использования в оздоровительных программах с целью активизации компенсаторно-приспособительных механизмов спортсменов на различных этапах тренировки, а метод электропунктурной диагностики как экспресс-метод оценки эффективности гидробальнеологических процедур.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**Н.А. Вафоева, Х.А. Наимова***Самаркандский государственный медицинский институт*

Материалы и методы исследования: Обследовано 30 больных (8 женщин 26,7%, 22 мужчин 73,3%) в возрасте 22-36 лет. План исследования больных включало выяснение жалоб, сбор данных анамнеза жизни, заболевания, объективного осмотра больных, анализов крови, мочи, кала, функциональных и инструментальных исследований желудка и двенадцатиперстной кишки. В зависимости от методов лечения больные были разделены на 2 группы: I группа больных (13 пациентов, 43,3%) принимали только медикаментозное лечение (ингибиторами протонных помп, H2-гистаминоблокаторы и антибактериальные препараты), II группа (17 больных, 56,7%) медикаментозное и физиотерапевтическое лечение (общая гальванизация, УВЧ терапия). Общая гальванизация дозировалась по схеме – начало процедуры 6 мин, сила тока 6 мА; через процедуру длительность увеличивалось на 2 мин. и сила тока соответственно на 2 мА, доводя до 16 мА и 16 мин. Процедуры УВЧ терапии дозировались по ощущению больным тепла под конденсаторными пластинками, длительность составляло 7-15 мин ежедневно.

Результаты и обсуждение. При опросе больных было установлено, что самыми частыми признаками заболевания являются диспепсические симптомы: голодная и ночная боль в надчревной области (18 больных 60%), тошнота (17 пациентов 56,7%), рвота (7 больных 23%), изжога (27 больных 90%), отрыжка кислым (14 больных 47%), вздутие живота (25 больных 83%), нарушение стула в виде запоров (23 больных 77%). Во время физикального обследования обращало на себя внимание синдром вегетативной дисфункции – повышенное потоотделение (25 больных 83%), красный и белый дермографизм (22 больных 73%), нарушение сна (26 больных 87%), раздражительность, нервозность (27 больных 90%). При пальпации живота установлено локальная боль (24 больных 80%) и напряжение мышц живота пилородуо-

денальной области (17 больных 57%), усиленная перистальтика (23 больных 77%) и спазм толстого кишечника (13 больных 43%). На контрастной рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта с барием выявлена деформация и дискинезия луковицы двенадцатиперстной кишки, повышение тонуса и перистальтики, зубчатость контуров сизистой оболочки двенадцатиперстной кишки (у 23 больных, 77%). Диагноз подтверждался путем эзофагогастродуоденоскопии, при котором обнаружился язвенный дефект, гиперемия и отечность слизистой, локализация и размер язвенного дефекта. Физиотерапевтические методы лечения были назначены со 3-4 дня стационарного лечения, после стихания болевых ощущений, по общепринятым показаниям. После медикаментозного лечения отмечалось снижение интенсивности боли в эпигастральной области, уменьшение метеоризма и других признаков диспепсического синдрома на 2-3 день заболевания, но улучшение признаков вегетативной дисфункции: раздражительность, нервозность, нарушение сна, повышенное потоотделение наблюдалось после назначения физиотерапевтических методов лечения и способствовало быстрому заживлению язвенного дефекта. Улучшение общего состояния в первой группе больных наблюдалось на 10-11 день, во второй группе – на 8-9 день лечения. В ходе лечения побочных эффектов от физиотерапевтических процедур не отмечалось.

Таким образом, физиотерапевтические методы – общая гальванизация, УВЧ терапия, при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на фоне противоязвенного лекарственного лечения оказывают положительный эффект как на диспепсические, так и на симптомы вегетативной дисфункции. При отсутствии противопоказаний и осложнений заболевания их можно назначать со 3-4 дня лечения.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЭПИЛЕПСИИ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.С. Велиляева, Н.Н. Бердиева, А.А. Курбанов, Т.М. Тураев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: изучение особенностей реабилитации клинико-электроэнцефалографических показателей аффективных расстройств при эпилепсии.

Материал и методы исследования: в условиях Самаркандского областного психоневрологического диспансера было обследовано 160 больных эпилепсией женщин в возрасте от 18 до 40 лет, в интериктальном периоде которых отмечались аффективные нарушения. Средняя длительность заболевания составляла 12,5 лет.

Результаты: аффективные расстройства выявлены у 71% больных, когнитивные у 56%, личностные у 65%, психотические у 13,7%. На следующем этапе были отобраны 57 пациентов с интериктальными хроническими эпилептическими психозами. Синдромальная структура была представлена следующим образом: галлюциноз у 9 больных; бредовые (шизофреноподобные) расстройства: параноические у 11, галлюцинаторно-параноические у 10, парафренические у 5; депрессивные психотические расстройства у 18; психотические маниакальные расстройства у 2; кататонические психозы у 2. Среди них наблюдались 12 пациентов с острыми психотическими и 20 - с сумеречными состояниями. Для определения локализации фокуса эпилептической активности всем больным проводилось ЭЭГ исследование. Височная локализация эпилептического очага установлена у 79

больного, у 37 - лобная и у 25 - лобно - височная, у остальных четкую локализацию установить не удалось. Правый фокус эпилептической активности был выявлен у 38 больных, левый - 46, у остальных двусторонняя или неустановленная локализация фокуса. Между локализацией фокуса эпилептической активности, особенностями течения эпилепсии и сопутствующими психопатологическими расстройствами существенной взаимосвязи выявить не удалось. При нарастающей прогрессивности эпилептического процесса и уменьшении частоты припадков на ЭЭГ появляется подкорковая и стволовая локализация очага: дезорганизация всех ритмов, нерегулярность или отсутствие альфа - ритма, острые и медленные волны, их комплексы, тета- и дельта-волны высокой амплитуды, гиперсинхронные разряды. При продолжительности психоза более 3 месяцев отмечалось уменьшение частоты припадков и тенденция к "нормализации" ЭЭГ.

Выводы: снижение или исчезновение припадков во время психоза и тенденция к исчезновению эпилептических паттернов не является критерием реабилитации заболевания, а имеет практическое значение для коррекции дозировки антиэпилептических препаратов при одновременном назначении нейролептиков.

ПСИХОТЕРАПИЯ И ЛФК В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ

А.С. Велиляева, Р. Астаев, Ф.З. Тураев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучение эффективности комплексного применения психотерапии и ЛФК на фоне противорецидивной терапии героиневой наркомании зависимости от психопатологических черт личности.

Материал и методы: для решения поставленных задач было проведено обследование, лечение и последующее катамнестическое наблюдение 90 больных героиневой наркоманией (все пациенты были мужского пола), на базе СОНД с возрастом от 18 до 45 лет, средний возраст составил 29,7±6,7 лет. Все больные проходили лечение на добровольной основе, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Средняя длительность катамнестического наблюдения 1,5 года (min - 4 мес. max - 2 года).

Результаты: Среди поступающих в наркологический стационар больных героиневой наркоманией мужского пола в преморбидном периоде выявляются: акцентуации - в 34,0% случаев, расстройства личности (психопатии) - в 48,0%. Независимо от наличия или отсутствия расстройств личности, обнаруживаются следующие преморбидные характерологические типы: стенический - 24,8% всех больных, астенический - 11,3%, истерический - 15,8%, неустойчивый - 30,1%. У 18,0% пациентов отсутствуют какие-либо особенности (акцен-

ты), позволяющие отнести их к определенному характерологическому типу, поэтому они были обозначены как условно- гармоничные личности. Обследованные больные разделены на две группы: основная 60 больных - комплексное применение психотерапии и ЛФК на фоне противорецидивной терапии; контрольная: 30 больных - базисная противорецидивная терапия. Дифференцированная психотерапия проводилась исходя из типа личности пациентов: индивидуальная рациональная психотерапия, суггестивные приемы, семейная психокоррекция. Оценка эффективности лечения: 1. Досрочное прерывание программы лечения и рецидивов: контрольная группа -31 пациент(53,4%); основная - 19(30,6%). 2. Воздержание в течение 12 месяцев и больше: контрольная группа -12 пациентов (20,7%); основная - 24 (38,7%). 3. Эпизоды злоупотребления алкоголем: контрольная группа -1пациент(1,7%); основная - 2(3,2%).

Выводы: оптимизация базисного противорецидивного лечения героиневой наркомании в комплексе психотерапии и ЛФК оказывает влияние на мотивацию больного в процессе лечения и способствовала длительной терапевтической ремиссии и социальной реабилитации больных.

РОЛЬ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ РАДОНЫМИ ВАННАМИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

М.В. Вернигородская, В.Ю. Забурьянова, В.С. Вернигородский, Е.В. Дзюняк

НИИ реабилитации инвалидов Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова

Цель исследования: изучить влияние бальнеотерапии на показатели гемодинамики у больных сахарным диабетом.

Методы исследования: реография вертебробазиллярных и сонных артерий и доплерография. Исследо-

вание проводилось у 148 больных сахарным диабетом 2 типа специализированного диабетического отделения на базе курорта «Хмельник» до и после применения радоновых ванн по облегченной методике (8-15 мин., 36-37°C, концентрация радона 22-24 нКи/л; курс лечения -

12 ванн). Анализировали функциональное состояние центральной, церебральной и периферической гемодинамики.

Результаты: В результате проведенного курса бальнеотерапии в большинстве случаев выявилось увеличение объема пульсового кровенаполнения сосудов мозга, снижение сосудистого тонуса, нормализация венозного оттока, улучшение скорости кровотока по общей и внутренней сонным артериям. Улучшились также показатели центральной и периферической гемодинамики. Представляет интерес влияние радоновых вод на реографический коэффициент, отражающий тонус сосудов. У больных с исходным гипертонусом наблюдалась тенденция к нормализации, при гипотонусе – к повышению тонуса, то есть радоновые воды совершают нор-

мализирующее действие на различные варианты нарушенной центральной и периферической гемодинамики. Кроме того, лечение радоновыми ваннами приводит к значительному улучшению общего состояния больных сахарным диабетом, отличается легкостью воздействия на организм, хорошей переносимостью процедур, отсутствием негативных реакций на ванны, а также благоприятным влиянием на клиническое течение сахарного диабета.

Выводы: Высокая заболеваемость сахарным диабетом, большой удельный вес осложнений, и, как результат, социальная значимость диктуют необходимость повышения роли санаторно-курортного лечения, как одного из важных звеньев реабилитации больных.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЦИТОТОКСИЧНОСТИ НАНОМАТЕРИАЛОВ В ТЕСТАХ IN VITRO

Е.В. Ветчинкина, И.И. Коньева

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

Цель работы: Изучить цитотоксическое действие углеродных нанотрубок и наночастиц серебра в тестах *in vitro*.

Материал и методы исследования: Объектом исследований являлись наноматериалы (наночастицы серебра, углеродные нанотрубки), клеточная культура A549 (культура клеток карциномы легкого человека), лимфоциты человека. В процессе исследования применялся метод оценки жизнеспособности клеток в культуре с помощью трипановым синим (метиленовым синим) и метилтетразолиевый тест (МТТ-тест), который предназначен для выявления метаболических нарушений, а именно нарушений функции митохондрий, отражающих влияние на жизнеспособность клеток.

Результаты: В опыте на культуре клеток A549 при концентрации наночастиц серебра 1,3 мг/мл процент гибели нарастал и составил от 1% при минимальной экспозиции до 5,2 % при максимальной, а при концентрации 13 мг/мл – от 4,6 % до полной гибели. В опыте с

углеродными нанотрубками было замечено, что уже при минимальной концентрации (1,3 мкг/мл) наблюдалась полная гибель клеток.

В эксперименте на жизнеспособность с использованием лимфоцитов человека, которые культивировали в течение 48 ч, продемонстрирована более высокая (в 5 раз) токсичность углеродных нанотрубок ($IC_{50} = 20$ мкг/мл) по сравнению с наночастицами серебра ($IC_{50} = 100$ мкг/мл).

Таким образом, наночастицы серебра и одностенные углеродные нанотрубки в тестах *in vitro* оказывают токсическое действие на клетки линии A549 и лимфоциты человека. Наночастицы серебра и углеродные нанотрубки являются цитотоксичными, но в разной степени. Токсичность данных наноматериалов зависит от времени воздействия их на культуру клеток и от природы самой наночастицы. Углеродные нанотрубки оказывают более сильное цитотоксическое действие, чем наночастицы серебра.

РОЛЬ ОБМЕНА ОКСАЛАТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

Е.В. Вилигорская, А.А. Антонив, О.С. Хухлина

Буковинский государственный медицинский институт

Цель исследования. Установить взаимозависимость интенсивности синтеза щавелевой кислоты, ее солей и их значение в патогенезе прогрессирования хронической обструктивной болезни легких.

Материалы и методы. Были обследованы 50 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и мочекаменной болезнью (МКБ). Средний возраст $54,2 \pm 2,5$ г. Проведено деление на три группы с учетом периодов обострения и ремиссии обеих патологий: I группа - 20 пациентов с МКБ и ХОБЛ в анамнезе, II группа - 15 пациентов с изолированным течением МКБ, III группа 15 пациентов – с изолированным течением ХОБЛ. Всем пациентам определялись общий анализ мочи в динамике, анализ крови и мочи на транспорт солей, ультразвуковое исследование (УЗИ) почек, спирография, анализ мокроты.

Результаты исследования. По данным общего анализа мочи в первой группе было обнаружено преобладание кристаллов оксалата: соли - оксалаты $15,9$ ммоль / сут, белок $0,061 \pm 0,001$ г / л, лейкоциты $1,5 \pm 5,2$ в поле

зрения, в то время как во второй группе эти показатели составили: соли - ураты $11,3$ ммоль / сут, белок - $0,045 \pm 0,002$ г / л, лейкоциты $7,2 \pm 0,2$ в п / з. В сыворотке крови больных с ХОБЛ уровень щавелевой кислоты в фазе обострения составили $2,9 \pm 0,16$ ммоль / с, в фазе ремиссии - $2,5 \pm 0,11$ ммоль / 24 ($p < 0,005$), а в моче, при имеющейся МКБ, в фазе обострения - $1,37 \pm 0,06$ ммоль / л, в фазе ремиссии - $0,95 \pm 0,04$ ммоль ($p < 0,005$), что значительно выше, чем у пациентов II и III групп. При анализе мокроты у больных I группы было обнаружено формирование кристаллов оксалата кальция и повышение вязкости мокроты, в то время как в группе II и III таких изменений не наблюдалось. Проведенный корреляционный анализ показал сильную взаимосвязь между уровнем щавелевой кислоты в сыворотке крови и ОФВ1 ($r=0,72$). Согласно данным УЗИ почек, конкременты имелись в обеих группах, с преимущественной локализацией вокруг почечных канальцев в группе I.

Таким образом, у больных группы совместного течения ХОБЛ и МКБ содержание щавелевой кислоты в

сыворотке крови, гипероксалурия, оксалатемия, превышают показатели группы с изолированным течением МКБ и группы с изолированным течением ХОБЛ, что способствует формированию обструктивного синдрома

путем отложения кристаллов оксалатов на слизистой оболочке бронхов, о чем свидетельствует сильная корреляционная взаимосвязь.

ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОМАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Н.В. Войченко, А.В. Волотовская, Н.М. Дугинова

*Белорусская медицинская академия последипломного образования
Минская областная клиническая больница*

Цель работы: Изучить влияние фотоманнитотерапии на выраженность клинических симптомов артрита, оценить безопасность и переносимость нового физиотерапевтического метода на стационарном этапе реабилитации пациентов с ревматоидным артритом.

Материал и методы исследования: Изучено применение фотоманнитотерапии у 15 пациентов, страдающих ревматоидным артритом I- III степени активности при наличии синовита, пролиферативных изменений в суставах, мышечных контрактур. Всем пациентам на фоне стандартной терапии проводили воздействие с помощью аппарата «ФотоСПОК» на область лучезапястных суставов и суставов кистей в течение 10 дней ежедневно при следующих параметрах: индукция магнитного поля 25 ± 5 мТл, длина волн оптического излучения 920-960 нм и 610-680 нм, среднее значение плотности потока мощности комбинации инфракрасного и красного излучения $3,5 \pm 0,5$ мВт/см². Длительность воздействия на одно поле составляла до 10 мин, общее время процедуры до 30 мин. Для оценки эффекта проведенного лечения проводили клинический осмотр, ди-

намометрию, использовали визуально-аналоговую шкалу боли (ВАШ).

Результаты: В результате проведенного комплексного лечения выявлено уменьшение воспалительных явлений в суставах, снижение болевого синдрома (на 30 баллов по 100- балльной шкале ВАШ), уменьшение длительности утренней скованности, увеличение силы сжатия кисти на 25-27%. При этом отмечена хорошая переносимость процедуры фотоманнитотерапии. Побочных эффектов при проведении процедуры выявлено не было, 100 % пациентов завершили курс лечения.

Таким образом, применение фотоманнитотерапии в комплексном лечении пациентов с ревматоидным артритом дает положительный клинический эффект, способствуя уменьшению болевого синдрома, снижению воспалительных проявлений. Представляются целесообразными дальнейшие исследования, направленные на оценку эффективности использования нового физиотерапевтического метода - фотоманнитотерапии - в лечении пациентов с ревматоидным артритом.

РОЛЬ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ПАТОЛОГИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

О.Н. Высогорцева, Р.К. Якубов, А.А. Бийкузиева

*Ташкентская медицинская академия,
Ташкентский государственный стоматологический институт*

Цель исследования. Оценить эффективность разработанной методики лечебной гимнастики (ЛГ) у детей с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) и патологией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 126 пациентов в возрасте от 5 до 17 лет (мальчиков 53 (42%), девочек – 73 (68%)), проходивших лечение в клинике детской челюстно-лицевой хирургии Ташкентской медицинской академии и Ташкентского государственного стоматологического института с ДСТ, ведущими клиническими признаками которой были: диспластико-зависимые дисморфии челюстно-лицевой области (ЧЛО), врожденный деформирующий остеоартроз ВНЧС, анкилозы, атипичные пороки развития ЧЛО, последствия перенесенного деструктивного остеомиелита на фоне ДСТ. У детей также отмечались О- и Х-образные деформации конечностей; астеническая форма грудной клетки, деформации грудной клетки (воронкообразная, килевидная), деформации позвоночника (сколиозы, кифосколиозы, гиперкифозы, гиперлордозы и др.). Больные были разделены на две группы: - в первой группе (основной) проводились процедуры лечебной гимнастики; - детям второй группы (контрольной) ЛФК не проводилась.

При обследовании методами индексов и центилей у абсолютного большинства детей было выявлено значительное отставание показателей физического развития

от возрастных норм. Морфо-функциональные нарушения ЧЛО и окологлоточного пространства, обусловленные ретрогенией с сужением верхних дыхательных путей, сопровождающиеся хронической дыхательной недостаточностью и деформации грудной клетки лежали в основе нарушений функций внешнего дыхания. В связи с этим в программу реабилитации детей были включены процедуры лечебной гимнастики (ЛГ) на всех этапах восстановительного лечения (в дооперационном периоде, раннем послеоперационном, позднем и отдаленном послеоперационном периодах). Нами был разработан специальный комплекс упражнений для детей с ДСТ, сочетающий в себе решение одновременно сразу нескольких общих и местных задач. Критериями эффективности проводимых реабилитационных мероприятий были динамика показателей жизненной емкости легких (ЖЕЛ), жизненного индекса (ЖИ), окружности грудной клетки в паузе, экскурсии грудной клетки и функциональные пробы Штанге и Генче, характеризующие функциональное состояние дыхательной системы, а также амплитуда движений ВНЧС и выраженность болевого синдрома в послеоперационной зоне у детей, перенесших реконструктивные операции на челюстно-лицевой области.

Результаты. Применение регулярных физических тренировок с использованием разработанного нами комплекса у детей с дисплазией ЧЛО и патологией

ВНЧС позволило достоверно улучшить функции ВНЧС (уменьшение болевого синдрома, увеличение амплитуды движений), а также улучшить показатели внешнего дыхания, что проявлялось в увеличении ЖЕЛ, ЖИ и дыхательных проб. Основная группа продемонстрировала более выраженную положительную динамику исследованных параметров. Больные, не получавшие дозированных физические нагрузки, продемонстрировали меньшую степень ответа на примененное лечение ($p < 0,05$).

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПОВЫШЕНИИ РЕЗЕРВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

О.Н. Высогорцева, Д.З. Ботирова

Ташкентская медицинская академия

Цель работы: Оптимизировать процессы восстановления и повышения резервных возможностей юных спортсменов с применением физических факторов на этапах годичной подготовки.

Материал и методы исследования: Обследовано 54 юных спортсмена в возрасте 14-16 лет (44 мальчика и 15 девочек), занимающихся различными видами спорта и обучающихся в спортивных колледжах г.Ташкента. Распределение по видам спорта: футбол – 24 человека, плавание – 15, велоспорт – 10, бадминтон – 5. Наблюдение проводилось в течение 6 месяцев. Изучались спортивный анамнез, заболеваемость спортсменов, показатели физической работоспособности (ФРС), состояние вегетативного статуса (пульсометрия, ортостатическая проба, индекс Кьердо), выявлялись признаки утомления. В качестве восстановительных методов применялись амплипульс-терапия, общая франклинизация, сегментарный массаж.

По данным спортивного анамнеза, стаж спортсменов составил $6,8 \pm 0,9$ лет. Признаки утомления различной степени отмечались у 87% обследованных, что проявлялось в снижении показателей ФРС, появлении лабильности при пульсометрии, симпатикотонии при проведении ортостатической пробы и вычислении индекса Кьердо.

Выводы. Применение регулярных физических тренировок у детей с дисплазией ЧЛО способствует достоверному увеличению ЖЕЛ, ЖИ и дыхательных проб. Больным с врожденными деформациями ЧЛО рекомендуется включать в программу восстановительного лечения комплекс специальных дозированных нагрузок, что может способствовать оптимизации физического развития детей.

Обследованные были разделены на 2 группы: основную ($n=34$), спортсмены которой получали физические факторы, и контрольную ($n=20$), где применялись только педагогические методы. Комплекс физиопроцедур назначался курсами по 10-15 дней каждые 3-4 месяца.

Результаты. Анализ врачебно-контрольных карт спортсменов показал, что уровень заболеваемости за год составляет 34%, причем травмы опорно-двигательного аппарата составляли 76%, респираторные заболевания – 15%, вегето-сосудистая дистония – 11%. По данным врачебно-педагогического наблюдения, достоверно значимая положительная динамика изученных показателей была выявлена в основной группе: частота и выраженность признаков утомления и заболеваемости снизились, повысились показатели ФРС, стабилизировались показатели вегетативного статуса юных спортсменов. В группе спортсменов, где физические факторы не применялись, выявлена минимальная степень ответа на коррекцию тренировочного процесса.

Выводы: Физические факторы демонстрируют высокую эффективность в процессе постнагрузочного восстановления и повышения резервных возможностей организма юных спортсменов, что диктует необходимость их комплексного применения наряду с другими способами восстановления.

ГИМНАСТИКА БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИЛАР ЮРАК-ҚОН ТОМИР ТИЗИМИНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

З.Ю. Газиева

Ўзбекистон Давлат жисмоний тарбия институти

Тадқиқотнинг мақсади: Гимнастика спорт тури билан шуғулланувчиларда юрак қон томир тизимининг функционал ҳолатини функционал синамалар ёрдамида текшириш ва олинган натижаларни баҳолаш. Гимнастикачиларнинг юқори техник кўрсаткичларга эришиш йўлида спорт шикастланишлари ва спорт патологиясини олдини олишда функционал синамаларни қўллаш самарадорлигини ошириш.

Тадқиқот объекти ва услублари: ЎзДЖТИнинг гимнастика ва спорт психологияси факультетига таълим олаётган 60 нафар гимнастикачиларини тадқиқот давомида текширилди. Қўйилган вазифаларни ечиш учун қўйидаги услублар қўлланилди: Анамнез, соматоскопия, антропомерик текшириш усуллари ёрдамида жисмоний ривожланишни баҳолаш, Пульсометрия ва тонометрия, Мураккаблаштирилган Летунов функционал синамаси ёрдамида гимнастика билан шуғулланувчи спортчиларда юрак-қон томир тизимининг функционал ҳолати баҳолаш.

Тадқиқот натижалари: 15% гимнастикачиларда НЦДга монанд шикоятлари бўлиб, ухлаш жараёнининг турли фазаларида ўзгаришлар кузатилди, 10%ида эса, камқонлик ва камқувватлилиги туфайли тренировка жараёнидаги жисмоний юктамаларга уларнинг чарчаш даражаси оғирэканлигини кўрсатди. Тадқиқотнинг бошланғич даврида 30% гимнастикачиларда саломатлиги томонидан шикоятлари бўлиб, 25% уйқунинг, 30%ида иштаҳанинг бузилиши, 35 %ида эса, тренировкада чарчаш дажажасининг оғир ва ўрта даражалари аниқланди. Тикланишдан кейинги даврда бу кўрсаткичлар ва уйқунинг бузилиш фоизи 10%га, иштаҳанинг бузилиши ва тренировкада чарчашнинг ўрта даражаси 5%га тушди. Соматометрик текширишлар-35% гимнастикачи қизлар астеник, 5% гиперстеник ва қолган 60% нормостеник тип тана тузилишига эга. Кетле индекси

бўйича 10% текширилувчиларда меъёрдан ошиқ бўлиб, сабаби мушаклар тизими ва ёғ қаватининг яхши ривожланганлигидир, 30% ида эса КИ кўрсаткичи бироз меъёрдан паст, бу ҳолат гимнастикачи қизларга монанд, деб ҳисобладик. Тикланиш давридан сўнг КИ меъёр даражасида 70%, паст даражаси 20% гимнастикачиларда қайд этилди. 80% текширилувчиларда ЮҚТТнинг функционал синамаларига нормотоник жавоб реакция берди, 15%ида гипотоник, 5%ида дистоник жавоб реакцияси қайд этилди. Тадқиқотнинг бошланғич давридаги бу кузатувлар, гимнастикачиларнинг 20%идаги нотипик жавоб реакциясини барараф этишда педагогик, тиббий қайта тиклаш воситаларини рационал қўллашимизни талаб этди.

Хулоса. Юрак-қон томир тизимининг фаолиятини меъёрлаш учун йиллик тайёргарлик ва умумтайёргарлик даврида бадий, спорт гимнастикаси ва спортнинг бошқа турларида қўлланиладиган элементларидан мосларини танлаб, спортчининг жисмоний сифатларини ва имкониятларини юқори даражага кўтаришда улардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ, деб билдик. Си-

нов-тажрибада иштирок этаётганларнинг барчасида гимнастик машқ усулларининг бажариш самарадорлиги ошди. Бу бир томондан координацион мураккаб ҳаракатларда чаққонлик ва эгилувчанликнинг ривожланиш даражаси етарли эмаслиги, бошқа томондан эса ишчанликни ривожлантириш учун машғулотларда махсус чиниқишни оширувчи махсус машқлардан фойдаланиш кераклиги кўрсатиб берди. Спортчиларни чиниққанлигини, юрак қон томир тизимининг функционал синамаларга жавоб реакция натижаларини баҳолаш учун қўлланиладиган кўриб чиқилган мезонлар, машқ қилишнинг микродаврининг турли босқичларида, турлича қийматга эга бўлди. У ёки бу нотипик (одатдан ташқари) ҳилдаги жавоблар, тренировка жараёнини ўтказиш тартибининг бузилиши ёки уни нотўғри ташкил этилиши оқибатида вужудга келишини, уни мусобақалар даврида кўпроқ даражада ахборотли бўлишини белгилади. Гимнастикачиларнинг ЮҚТТни функционал ҳолатини меъёрлашда функционал синамалардан фойдаланишнинг самарадорлигини мунтазам ошириб бориш керак.

ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

З.Ю. Газиева, М.Ш. Мурадова

Узбекский Государственный институт физической культуры

Цель настоящей работы - изучение физического состояния школьников разного возраста.

Материалы и методы исследования. По многопараметровой методике (анкетирование, антропометрия, определение физической подготовленности, функциональные исследования) обследовано в трёх школах города Ташкента 780 мальчиков и девочек, в возрасте 7-11 лет. Физическая подготовленность определялась по бальной системе экспресс - контроля физической подготовленности «КОНТРЕКС-2». Система КОНТРЕКС-2 состоит из тестов, включающих комплекс медицинских показателей и тестов с помощью которых оценивается уровень развития физических качеств: выносливости, силы, быстроты, гибкости и ловкости. Использовано 7 тестов: пульс в покое, гибкость, быстрота, динамическая сила, скоростная выносливость, скоростно-силовая выносливость, восстанавливаемость пульса. Проводилось также измерение артериального давления в покое. Все материалы подвергнуты статистической обработке.

Результаты исследования: Из данных анкетирования интерес представляют ответы учащихся на вопрос: «занимались ли родители физической культурой и спортом» 15 процентов детей ответили положительно. Эти данные дают пищу для размышления. Только 42 процентов учащихся помимо уроков физического воспитания посещают спортивные секции. Анализ основных показателей физического развития мальчиков и девочек подтвердил возрастную закономерность. Сравнительное сопоставление с результатами других исследований существенных различий в физическом развитии школьников 7-11 лет не показало.

Индивидуальный анализ показал, что 25-45 процентов школьников каждой возрастно-половой группы характеризовались низкими величинами гибкости. Величины скоростной выносливости, как у девочек, так и у мальчиков с возрастом имеют тенденцию к снижению. В каждой возрастной группе встречались относительно высокие показатели (16-23 подъёма прямых ног в поло-

жении лёжа на спине за 20 секунд) и относительно низкие (6-11 раз). Показатели динамической силы и скоростно-силовой выносливости с возрастом незначительно увеличиваются. В каждой возрастной группе отмечались низкие показатели скоростно-силовой выносливости (3-11 раз); динамической силы (13-15 см); а также высокие, соответственно: (17-23 раз); (22-33 см).

Средние величины пульса за 10 сек, систолического и диастолического артериального давления в покое с возрастом существенно не меняются. Результаты исследования ответной реакции сердечно-сосудистой системы на функциональную пробу выявили, что в каждой возрастно-половой группе в основном отмечается хорошая и удовлетворительная адаптация и восстанавливаемость пульса (прирост частоты сердечных сокращений после нагрузки составлял 40-50 процентов к исходной величине, восстанавливаемость наблюдалась со второй и третьей минуты). У 15-34 процентов школьников в каждой возрастно-половой группах отмечался недостаточный уровень функциональной подготовленности (прирост частоты сердечных сокращений после нагрузки был в пределах 70-100 процентов к исходной величине и относительно удлинённый период восстановления пульса - более 3-х минут). Анализ полученных данных показал, что школьники с более расширенным режимом двигательной активности по показателям физического развития, по всем показателям физических качеств и уровню функциональной подготовленности существенно отличались от своих сверстников.

Выводы. В целом исследования подтвердили наши предположения о состоянии физической подготовленности школьников. Ценность же настоящего исследования заключается в том, что использованная нами методика «КОНТРЕКС-2» позволяет объективно оценивать уровень физического развития и физической подготовленности детей разного возраста, что в свою очередь позволяет своевременно вносить коррективы в учебно-тренировочные занятия.

ДИНАМИКА ОСТРОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИИ

А.А. Гайбиев, А.Т. Джурбекова, Ш.Т. Ниёзов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Изучить характер острых воспалительных полиневропатий у детей.

Материалы методы исследования. Проведено динамическое клинико-электронейромиографическое обследование 32 детей в возрасте от 2 до 10 лет с острой воспалительной полиневропатией.

Результаты исследования. Анализ факторов, провоцирующих развитие острой воспалительной полинейропатии, показал что у 60% больных детей первые симптомы болезни появились через 1-2 недели после перенесенных инфекционных заболеваний (ангины, ОРВИ, пневмонии, гриппа). Двигательные нарушения у всех больных развивались подостро в течении двух недель. Клиническая картина полиневропатии была представлена вялыми парезами конечностей, тетрапарезом. У 37% детей встречался атактический симптом, у 33% детей псевдомиопатический синдром, корешковая симптоматика у 54% детей. Расстройства чувствительности по полиневритическому типу и вегетативные нарушения встречались практически у всех детей. Бульбарный и псевдобульбарный синдром развивался после появления двигательных расстройств, т.е. процесс имел

восходящий характер. По результатам ЭМГ процесс у детей характеризовался диффузным снижением скорости проведения импульса по эфферентным волокнам периферических нервов конечностей (более чем на 40%) увеличением терминальной латентности, полифазией М-ответа до появления его рассыпного типа.

Нервная ткань использует для своей функции энергию, высвобождающуюся при окислении углеводов. Для поддержания достаточной скорости этих биохимических процессов требуется комплекс витаминов группы В, этим требованиям удовлетворяет препарат мильгамма.

На фоне лечения зарегистрировано значимое увеличение амплитуды М-ответа. Достоверность увеличения ПД как в сенсорном так и в моторном нерве. Клинически на лицо было снижение болевого синдрома.

Выводы. С целью динамического наблюдения за состоянием детей с острой воспалительной полинейропатией на фоне лечения целесообразно использовать оценочный контроль ЭМГ, позволяющий в полной мере отразить состояния функции периферических нервов.

ДИНАМИКА КРИСТАЛЛООБРАЗУЮЩИХ СВОЙСТВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ЛЕЧЕБНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 658 НМ

О.В. Гармаш, Е.Н. Рябконов

Харьковский национальный медицинский университет

Исследование проводилось на кафедре терапевтической стоматологии Харьковского национального медицинского университета. Под нашим наблюдением находилось 12 человек с хроническим катаральным гингивитом в возрасте от 18 до 26 лет, среди них 4 женщины и 8 мужчин. Всем пациентам проводились: опрос, визуальный осмотр, пальпаторное исследование, определение индексов РМА и Грина-Вермиллиона. Лечебные мероприятия включали санацию полости рта и профессиональную гигиену. Также производилось обучение правилам гигиены полости рта, выполнялся подбор средств и предметов для ее выполнения. Дополнительно осуществлялось дистантное воздействие непрерывного когерентного монохроматического (лазерного) НИ излучения с длиной волны 658 нм и мощностью 50 мВт. Процедуры продолжительностью 6 минут проводилось с использованием сканирующей методики (последовательное облучение четырех зон) обработки сосочковой и краевой области десны через стоматологическую рассеивающую насадку, обеспечивавшую за сеанс суммарную дозу 5 Дж/см². Курс профилактики состоял из десяти ежедневных сеансов.

Динамика результатов лечебных процедур контролировалась визуально-инструментально, а также по изменению показателей кристаллообразования ротовой жидкости (РЖ) и наличию в ее фациях ряда маркеров, свидетельствующих о наличии патологических изменений: маркеров интоксикационного процесса – токсичных бляшек, складок белковой зоны фации, участков

интенсивной пигментации в промежуточной и краевой зонах фации; маркера застойных явлений и нарушения микроциркуляции – множественных трехлучевых трещин белковой зоны фации; маркера деструкции слизистой оболочки полости рта – складчатости белковой зоны фации; маркера напряженности адаптационных механизмов гомеостаза – трещин-«закруток»; маркера гипоксических и ишемических процессов в тканях – «жгутовых» структур; маркера ангиоспазма и нарушения микроциркуляции – «гребешковых» структур.

До начала лечения маркеры патологических состояний присутствовали в 80 % фаций РЖ. После проведения курса светотерапии эти маркеры исчезали практически в 100 % случаев. После лечения в 60 % случаев оценка кристаллической картины фаций улучшилась в среднем на 1,5 – 2 балла: архитектура кристаллов РЖ изменялась от почти полного отсутствия кристаллов или их разрозненности до образования четких правильных структур. Следует отметить, что ухудшения кристаллообразования РЖ не наблюдалось ни у одного из пациентов. Такая тенденция наблюдалась как после каждого сеанса воздействия, так и интегрально по итогам всего курса.

Таким образом, на основании визуально-инструментального контроля была подтверждена эффективность проведенного нами лечения, а также продемонстрирована возможность мониторинга хода лечения по изменению показателей кристаллообразования РЖ.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПСЕВДОАРТРОЗАМИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ И ИХ РЕАБИЛИТАЦИЯ

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

Самаркандский государственный медицинский институт

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

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

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

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

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

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

УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА 10 У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

А.А. Герман, В.П. Шаповалов

Буковинский государственный медицинский университет

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

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

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

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

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

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

М.Н. Глущенко

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

функциональных возможностей организма спортсменов с ГНЗ.

Таким образом выявлено, что у легкоатлетов-паралимпийцев с ГНЗ обоего пола по сравнению со здоровыми высококвалифицированными спортсменами наблюдалось снижение тонуса сосудов и насосной функции на фоне усиления активности хронотропной

функции сердца, снижение тонуса парасимпатического и повышение активности симпатического отдела ВНС, свидетельствуя о снижении функциональных возможностей паралимпийцев. Это подтверждает актуальность разработок по поиску новых технологий контроля, оценки и коррекции тренировочного процесса адекватных для паралимпийцев.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

О.Е. Голояд

Буковинский государственный медицинский университет

Цель работы: Определить распространенность ГЭРБ и структуру ее пищеводных и внепищеводных проявлений у больных негоспитальной пневмонией (НП).

Материалы и методы. Проведено комплексное клинико-инструментальное обследование 49 больных НП в возрасте от 18 до 57 лет (средний возраст $25,3 \pm 2,5$), которое включало опрос с помощью специально разработанной анкеты на основании известного опросника "GERD Screener". Респондентов просили ответить на вопросы касающиеся симптомов заболевания, указать частоту их возникновения, интенсивность. В опроснике также были вопросы направлены на выявление возможных внепищеводных проявлений заболевания: охриплость голоса, ощущение комка в горле и др.

Результаты. Согласно данным опроса, рН-мониторирования и эзофагогастродуоденофиброскопии ГЭРБ была обнаружена у 32 (65,3%) пациентов с

НП. В 14 (26,8%) больных диагностирована эндоскопически положительная эрозивная (ЕПЕ) ГЭРБ, среди них у 3 (6,1) больных с частой изжогой, у 11 (22,4%) - с единичными эпизодами изжоги; у 18 (36,7%) - эндоскопически отрицательная ГЭРБ (ЕО ГЭРБ). Среди больных с ЭП ГЭРБ в 7 (14,3%) диагностирована эндоскопически положительную неэрозивная ГЭРБ, которая отвечала первой стадии ГЭРБ по классификации Ю.В.Васильева (2004), среди которых в 1 (2,0%) с частой изжогой, в 9 (18,4%) - с единичными эпизодами изжоги и у 1 (2,0%) с отсутствием изжоги. Анализ клинической картины показал, что больные НП, как правило, не акцентируют свое внимание на гастроэнтерологических проблемах.

Выводы. В 65,3% случаев НП сочетается с ГЭРБ. Эндоскопия пищевода выступает главным методом диагностики ГЭРБ, в том числе и у больных с отсутствием ее клинических проявлений.

ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ХОЛЕСТЕРОЗОМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ РОЗУВАСТАТИНОМ

И.Б. Горбатюк, И.В. Трефаненко, О.С. Хухлина, К.В. Ганина

Буковинский государственный медицинский университета

Целью исследования было изучение влияния розувастатина на течение хронического холецистита (ХХ) и холестерина желчного пузыря (ХЗ ЖП) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с сопутствующим ожирением на функциональное состояние эндотелия, интенсивность оксидативного и нитрозитивного стресса, которые являются факторами прогрессирования основного и коморбидных заболеваний.

Материал и методы исследования. Для изучения эффективности предложенной схемы фармакотерапии были проведены исследования в динамике лечения у 60 больных ИБС, кардиосклерозом, ожирением I-II степени с ХХ в фазе обострения (30 человек) и сочетанием ИБС, кардиосклероза, ожирения I-II степени, ХХ и ХЗ ЖП (30 человек). 1 группа (контрольная) получала урсодезоксихолиевую кислоту (0,5 г на ночь), гиполипидемический препарат аторвастатин (10 мг 1 раз в день), прокинетики домперидон (10 мг 3 раза в день). 2 группа (основная) в качестве сравнения получала розувастатин (по 10 мг 1 раз в день) и мосаприд (10 мг 3 раза в день) в течение 1 месяца.

Результаты. В результате проведенных исследований было установлено снижение содержания монооксида азота (NO) у больных 1-й группы в 1,2 раза ($p < 0,05$), а во 2-й группе - в 2,2 раза ($p < 0,05$) и существенным было снижение активности индуцибельной NO -

синтазы (iNOS) у больных обеих групп: соответственно в 1,4 и 3,1 раза ($p < 0,05$). Следствием оптимизации функционального состояния эндотелия было уменьшение содержания в крови вазоинтестинального пептида (ВИП), который у больных 1-й группы уменьшился достоверно в 1,2 раза ($p < 0,05$), а во 2-й группе - в 1,6 раза ($p < 0,05$), что также мы относим в пользу влияния Р.

Выводы. Розувастатин, который является мощным гиполипидемическим средством благодаря торможению активности фермента 3-гидрокси-3-метил-глутарил-КоА-редуктазы, которая катализирует биосинтез холестерина в печени, а также содействовало экспрессии рецепторов липопротеинов низкой плотности на гепатоцитах, которые связываются с липопротеинами низкой плотности крови и путем эндоцитоза поглощаются гепатоцитами, тем самым снижая содержание проатерогенных липопротеинов низкой плотности в сыворотке крови, в комбинации с прокинетикическим средством мосаприд, который является селективным агонистом 5HT₄-рецепторов и антагонистом 5HT₃-рецепторов и способствует ускорению пассажа пищи по желудочно-кишечному тракту, таким образом уменьшает время всасывания насыщенных жирных кислот, из которых затем синтезируются проатерогенные липопротеины, превышают по интенсивности своего влияния комбинацию аторвастатина с домперидоном.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА СМТ-ФОРЕЗА ЛЕЧЕБНОГО РАССОЛА САНАТОРИЯ «УВА» В ТЕРАПИИ ДОРСОПАТИЙ

Ю.В. Горбунов, А.Е. Шкляев, А.И. Пелин, М.А. Урбан, П.И. Четвериков

Ижевская государственная медицинская академия

Цель работы: оценить эффективность СМТ-фореза сероводородного йодобромного рассола санатория «Ува» в комплексном лечении дорсопатий пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Материал и методы исследования: обследовано и пролечено 40 пациентов, страдающих дорсопатией пояснично-крестцового отдела позвоночника. В группу наблюдения вошли 20 человек (8 мужчин и 12 женщин), средний возраст $51,0 \pm 2,67$ года, которые находились на стационарном лечении в неврологическом отделении 1 РКБ г. Ижевска. Помимо базовой стандартной терапии пациенты группы наблюдения получали СМТ-форез сероводородного йодобромного рассола санатория «Ува» по щадящей методике (выпрямленный режим, сила тока до легкой вибрации, время 10 мин) на поясничную область, курс из 10-12 ежедневных процедур. В группу сравнения вошли 20 человек с аналогичным диагнозом, которые были сопоставимы по полу, возрасту и получали только базовую стандартную терапию дорсопатий. Всем обследуемым проводились оценка вертебрологического статуса (в том числе количество недостающих сантиметров при наклоне туловища вперед, симптом натяжения – Ласега), оценка выраженности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), тест Pain Detect для диагностики нейропатической боли, тесты Спилберга-Ханина для оценки реактивной и личностной тревожности, тест Бека, наличие рентгенов установок.

Результаты. Проводимая терапия обеспечила положительную динамику клинических симптомов дорсопатии у пациентов обеих групп. Установлено, что у больных группы наблюдения увеличение объема движений при наклоне вперед более выражено, чем у пациентов группы сравнения (с $24,3 \pm 4,78$ см до $5,0 \pm 2,36$ см и с $33,0 \pm 1,81$ см до $22 \pm 1,54$ см, соответственно). Уменьшение симптомов натяжения у пациентов, получавших СМТ-

форез сероводородного йодобромного рассола санатория «Ува» в комплексе с базовой стандартной терапией, также было выражено сильнее, чем у пациентов, получавших только базовую терапию (динамика симптома Ласега: с $48,6 \pm 7,6^\circ$ до $82,86 \pm 3,09^\circ$; с $57,2 \pm 5,43^\circ$ до $75,5 \pm 2,9^\circ$, соответственно). Интенсивность болевого синдрома по ВАШ у больных группы наблюдения снизилась значительно по сравнению с контрольной группой (с $6,0 \pm 0,57$ до $2,0 \pm 0,45$ и с $6,1 \pm 0,56$ до $3,8 \pm 0,4$, соответственно). При статистической обработке полученных результатов показана достоверность их разницы ($p < 0,05$). В ходе исследования были выявлены различия в показателях нейропатической боли. В частности, результаты теста Pain Detect у пациентов группы наблюдения составили $16,0 \pm 1,9$, контрольной – $12,18 \pm 1,98$. В группе наблюдения отмечена более выраженная положительная динамика показателей реактивной и личностной тревожности по тесту Спилберга-Ханина. Так, уровень реактивной тревожности в группе наблюдения уменьшилась с $38,3 \pm 3,59$ до $28,67 \pm 4,05$, в группе сравнения – с $30,18 \pm 4,45$ до $27,7 \pm 4$; уровень личностной тревожности – с $53,0 \pm 3,26$ до $49,89 \pm 2,39$ и с $42,45 \pm 2,66$ до $41 \pm 2,65$, соответственно.

Выводы: установлена высокая эффективность СМТ-фореза сероводородного йодобромного рассола санатория «Ува» в комплексном лечении дорсопатий пояснично-крестцового отдела позвоночника. При этом максимальная динамика достигнута в уменьшении интенсивности болевого синдрома, расширении двигательного режима в виде увеличения объема движений, уменьшении симптомов натяжения и улучшении психоэмоционального фона. Отмечена хорошая переносимость апробированной методики. Следует рекомендовать ее к включению в комплексную терапию дорсопатий пояснично-крестцового отдела позвоночника, а также для дальнейшей реабилитации пациентов с данной патологией.

МЕСТО БИОЛОГИЧЕСКИХ РЕГУЛЯТОРОВ (ПЕПТИДОВ) В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

А.Э. Горбунов

Кардиологический центр реабилитации «Перedelкино» (Россия)

Целью исследования является определение места пептидотерапии в лечении пациентов с нестабильной стенокардией на санаторно – курортном этапе. В течение 3-х лет, под наблюдением на этапе реабилитации, находилось 25 человек с нестабильной стенокардией 2-3 ФК. Дополнительно, к стандартной схеме лечения, вводились пептиды фирмы «ВитОрган». Основу лекарств составляли клеточные субстанции, полученные из цитоплазмы кардиомиоцитов и интимы сосудов. Использование технологии сепарации и щадящего лизиса позволило использовать, в неизменном виде, важнейшие биомолекулы и биофакторы клеточного содержимого, что воздело биологические регуляторы (пептиды) как современные регенераторные средства.

Установлено, что уже после проведения первого курса пептидотерапии, привело к уменьшению частоты и интенсивности приступов боли в сердце, повышению

физической активности, стабилизации артериального давления. Данные объективного состояния пациентов подтверждались при Холтер-мониторинге и велоэргометрии, эхокардиографии, центрального дуплексного сканирования сонной артерии. При повторном курсе пептидотерапии у 50% пациентов, статистически достоверно, повышалась физическая активность, стабилизировались показатели гемодинамики, снижался уровень холестерина.

Таким образом, курсы пептидотерапии позволили значительно снизить интенсивность и частоту приступов стенокардии, затормозить процессы атеросклероза, повысить физическую активность пациентов. Конечным итогом проводимого лечения является повышение качества жизни пациента и возврат трудовой активности в результате оптимизации процессов регенерации сердечно – сосудистой системы.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТУДЕНТОВ ВУЗов ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ОСАНКИ

С.И. Городинский

Буковинский государственный медицинский университет

Функциональные нарушения позвоночника считаются одними из самых сложных пороков опорно-двигательного аппарата человека. По статистическим данным ученых Европы в более 95%, а в Украине и странах СНГ - почти у 98% детей выявляется подобная патология. При нарушении осанки отмечаются нарушения не только опорно-двигательного аппарата, но и возникновение и развитие негативных сдвигов в функционировании внутренних органов, сердечно-сосудистой, дыхательной систем, первично обусловлено процессом патологического искривления позвоночника.

В отечественной системе мер профилактики, лечения и реабилитации молодежи традиционно преобладают такие средства лечебной физической культуры (ЛФК), гимнастические комплексы упражнений лечебной и корректирующей направленности, физические упражнения в водной среде и элементы способов плавания, коррекции положением и использования ортопедических фиксирующих корсетов, использования массажа и физиотерапевтических процедур, которые сегодня становятся все менее действенными по сравнению с более перспективными методиками.

Проблема функциональных нарушений осанки молодежи возникает в связи с изменениями деятельности внутренних органов, сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы. В современной теории и практике физической реабилитации представлена значительное количество мыслей и подходов к определению и отбора наиболее эффективных средств профилактики, лечения и реабилитации лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Профилактика и восстановительная коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата методами

физической реабилитации рассмотрены в работах Мурзы В.П., Мухина В. М. Роль теории функциональных систем в физической реабилитации подано в работе Зиновьева О.

Эффективность зависимости здоровья студенческой молодежи и пути его формирования в системе образования стало предметом исследования Раевского Г. Т., Канишевского С. М. Попичко А.Ф., Лапко В. Г. Вместе с тем исследования показывают, что традиционные методы физической реабилитации, основанные на концепции полезности двигательной активности не способствуют в должной мере укреплению и восстановлению здоровья студентов. Это объясняют недооценкой резервных возможностей организма и недостаточным использованием результатов научных исследований по физическому совершенствованию человека. Таким образом, недостаточное исследование проблемы внедрения в программы физической реабилитации комплексных инновационных методик коррекции нарушений осанки обуславливает актуальность данной темы.

Предложенная программа физической реабилитации работы с молодежью с нарушением осанки включала применение следующих методик:

- 1 Электронейроадаптивная стимуляция биологически активных зон универсального влияния.
- 2 Оценка адаптивного потенциала системы кровообращения по методу Р. Баевского.
- 3 Кинезотерапия на профилаторе Евминова.
- 4 Гиперкапническая тренировка дыхательной системы
- 5 Оценка функционального состояния организма.
- 6 Оценки силы мышечной системы. Был разработан и предложен комплекс упражнений с элементами мобилизации, асимметричной корректирующей гимнастики, деторсионные упражнения.

ПСИХОДИАГНОСТИКА В ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА

С.И. Городинский

Буковинский государственный медицинский университет

Стрессовый образ жизни современного человека не может не сказываться на ее психическом состоянии. Особенно четко это влияние прослеживается на примере современной молодежи. Результаты исследований лиц в возрасте 18-21 год показали, что 15% имеют неудовлетворительную нервно-психическую устойчивость, 8% не удовлетворены межличностными отношениями, 5% требуют дополнительного психологического. Это в свою очередь способствует росту функциональных нарушений позвоночника и, согласно стрессовой теории возникновения наиболее распространенных дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, запускает цепь патогенетических реакций, которые приводят к заболеваемости вертебральным остеохондрозом, сколиотической болезнью и другими заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Большинство авторов, изучавших роль стрессовых и психологических факторов в развитии неврологических проявлений патологии позвоночника, особое значение придают процессу психоэмоциональной дезадаптации и типа личностного реагирования на болезнь.

Физическая реабилитация студентов с патологией позвоночника в высших учебных заведениях должна сочетать валеологический и реабилитационный аспекты и влиять на личность студента на трех основных уровнях - когнитивном, психоэмоциональном, соматическом. Когнитивный уровень предполагает воздействие на интеллектуальную сферу студента за счет методов педагогической и психологической коррекции, формирования валеологического образования пациента. Психоэмоциональное предполагает воздействие психокоррекционных и психотерапевтических методик различной направленности на психоэмоциональное состояние студентов. Соматический связан с системой оказания помощи при неврологической патологии позвоночника, предусматривающий детальное изучение ее этиопатогенеза, постоянное внедрение новых форм реабилитации, выделения и соблюдения основных принципов реабилитационного процесса, внедрения инновационных технологий лечебного массажа и лечебной физкультуры. Поэтому комплексная физическая реабилитация предусматривает оздоровительное

психокоррекционное влияние на всех уровнях реабилитационного процесса.

Осуществляя поиск новых форм совершенствования процесса реабилитации для оптимизации процесса оздоровления, надо учитывать индивидуально-психологические свойства студентов, особенности их нервной системы и изменения параметров психоэмоционального состояния в процессе физической реабилитации.

Вместе с тем в зависимости от индивидуально-психологических свойств личности мы должны выбирать определенный метод психокоррекции, который наиболее гармонично бы сочетался с совместным действием физических факторов в процессе физической реабилитации. Учитывая изложенное нами был избран комплекс психодиагностических методик, направлен-

ных на оптимизацию процесса физической реабилитации студенческой молодежи с патологией позвоночника. Анализ применения психодиагностических методик в процессе совместного применения психокоррекции и физической реабилитации студенческой молодежи с патологией позвоночника позволил выделить три основных направления психодиагностики: определение черт характера личности; определения способа реагирования на стрессовую ситуацию, определения параметров эмоционального фона. Именно такое разделение направлений психодиагностики позволяет учитывать индивидуально-психологические свойства студентов для оптимизации процесса оздоровления, особенности их нервной системы и изменения параметров психоэмоционального состояния в процессе физической реабилитации.

ОПТИМИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ И МОНИТОРИНГА РАБОТЫ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

П.Е. Григорьев, В.В. Ежов, А.В. Оленчук, Д.Л. Гольдберг

Крымский государственный медицинский университет им.С.И.Георгиевского, (Россия)

С целью оптимизации и качественного улучшения всех бизнес-процессов, а также осуществления полноценного контроля и мониторинга работы санаторно-курортной организации введена инновационная медико-информационная автоматизированная система (АС) электронного документооборота.

В отличие от существующих систем, предложен новый подход в их формировании. Его особенности: простота, экономичность, безопасность, гибкость, эффективность. АС охватывает любые бизнес-процессы учреждения: размещение, питание, лечение, кадры и т.п.

Для работы в АС необходимо лишь наличие доступа в Интернет, при этом компьютеры могут быть не подключены к общей локальной сети. Отсутствует необходимость установки дорогостоящего и ненадежного программного обеспечения на рабочие места. Работа с АС осуществляется с компьютерного устройства любого типа и с любой операционной системой при условии наличия в ней браузера типа Mozilla Firefox, Safari, Opera, Google Chrome. Применен интуитивно понятный способ работы в АС – персоналу практически не требуется обучение. Нет надобности введения в штат специального персонала по поддержанию работы системы.

Использован прием генерации всех необходимых форм документов, как учетных, так и отчетных, на основании вносимой первичной информации, с возможностью необходимых поправок – отсутствие дублирования ввода информации. Разделены права доступа при работе с АС. Каждый сотрудник имеет доступ и работает только с той информацией, которая ему необходима для осуществления функциональных обязанностей. Применение АС способствует экономии рабочего вре-

мени и ресурсов – небольшие объемы информации вводятся в систему все сотрудники: регистраторы, медсестры, врачи и т.д. Ввод информации в АС производится в онлайн-режиме и без запаздываний. Соблюдается безопасность хранения всей необходимой информации о пациентах (электронные медицинские карты, данных всех обследований, в том числе медицинские изображения, и так далее). Введена защищенность основной базы данных от локальных сбоев (перебои с электричеством, компьютерные вирусы, поломки компьютеров, и так далее). Информация хранится на сервере в Интернете с высоким уровнем безопасности, периодически создаются резервные копии баз данных АС.

АС предусматривает возможность быстрой интеграции в единую систему филиалов или других санаторно-курортных организаций, принадлежащих одному холдингу или ведомству. Быстрая и экономичная корректировка параметров работы системы позволяет осуществлять ввод новых процедур, корпусов, изменение параметров форм документации и так далее, интеграция с системой нового медицинского оборудования с возможностью экспорта данных.

Имеется возможность создания на базе АС экспертных и научно-ориентированных систем, систем поддержки принятия решений для улучшения работы с пациентами и осуществления научной деятельности.

Предложенные подходы к информатизации и научно-инновационному обеспечению управления и мониторинга деятельности санаторно-курортной организации ориентированы на повышение медико-экономической эффективности санаторно-курортного лечения в новых социально-экономических условиях.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ УЗКОПОЛОСНОГО ОПТИЧЕСКОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕВРОПАТИИ

П.И. Гузалов, В.В. Кирьянова

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, (Россия)

Цель исследования: разработать и обосновать концепцию дифференцированного применения узкополосного оптического излучения (УОИ) в комплексном лечении периферических невропатий на основе экспериментальных и клинических исследований.

Материалы и методы исследования: экспериментальные исследования проведены на 158 лабораторных животных, у которых была создана экспериментальная модель острой компрессионно-ишемической невропатии. Для оценки влияния светолечения на поврежден-

ный нерв нами было проведено гистологическое исследование нерва. В основу клинической части положены результаты клинко-патогенетической диагностики и комплексного лечения 680 больных с периферическими невропатиями. У всех больных проводилось подробное клинко-неврологическое обследование. В качестве дополнительных методов исследования применяли стимуляционную электронейромиографию (ЭНМГ), глобальную электромиографию, ультразвуковую доплерографию (УЗДГ) и термометрию, а также методы психологического тестирования пациентов.

Результаты: В результате гистологического исследования у лабораторных животных, получавших УОИ 470 нм, отмечалось Валлеровское перерождение нерва в виде аксональной дегенерации и миелинового повреждения. Количество аргентофильных волокон составляло в среднем 61% в поле зрения. В целом в данной группе отмечалось объективное увеличение просветов между отдельными волокнами – 31,44%. У животных после курса УОИ 650 нм встречалось умеренное количество аргентофильных образований средней величины, вблизи которых обнаруживались обрывы нервных волокон. Степень аргирофилии составляла 52,2%. Количество неизмененных леммоцитов не превышало 1% в поле зрения. У животных, получавших лечение УОИ 540 нм, при гистологическом исследовании отмечается иной характер окраски. Увеличение аргентофилии по ходу волокон не значительно – 25,24%. Степень вакуолизации – 10,8%. В тоже время в этой группе выявлено резкое усиление регенераторной способности Шванновских клеток. Возросла их морфофункциональная активность в виде усиление синтеза новых фосфолипидов, произошло образование дополнительных новых

леммоцитов. Их количество составляло 18,13% в поле зрения. В клинической части исследования в результате комплексного лечения с использованием узкополосного светодиодного излучения нами выявлено более выраженное положительное влияние на клинические проявления компрессионно-ишемической и травматической невропатии, а также динамику показателей функционального обследования у больных основных групп в сопоставлении с данными группы сравнения. При периферической невропатии назначение УОИ длиной волны 540 нм значительно улучшает динамику клинических проявлений, характерных для травматических и туннельных невропатий, ЭНМГ-показатели сенсорных и моторных волокон периферических нервов, нормализует поверхностную кожную температуру в автономных зонах иннервации пораженного нерва и улучшает локальную гемодинамику. Использование УОИ длиной волны 650 нм незначительно, но уступает в эффективности зеленому свету, максимально воздействуя на динамику двигательных нарушений, показатели УЗДГ-исследования и термометрии. Воздействие УОИ длиной волны 470 нм выходит на первый план по своему болеутоляющему действию, превышая по эффективности остальные методы лечения. Важно, что назначение узкополосного оптического излучения ни в одном случае не давало каких-либо осложнений или побочных действий.

Выводы: проведенные нами исследования свидетельствуют о необходимости дифференцированного применения УОИ в комплексе лечения периферических невропатий, что способствует более быстрому и полному восстановлению нарушенных неврологических функций.

ЦИТОКИНОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ

З.С. Гуломов, А.С. Симбирцев, Ю.К. Янов

*СПб НИИ уха, горла, носа и речи Минздрава России
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова
Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино*

Цель работы: Изучение роли препарата «Баталейкин» в лечении хронических риносинуситов.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 82 пациента с хроническим гнойным риносинуситом в возрасте от 18 до 65 лет, из них 36 мужчин и 46 женщин. Продолжительность заболевания составляла не менее 5 лет. Материалом для лабораторного исследования служила клеточная взвесь, полученная при пункции или синус-катетеризации верхнечелюстной пазухи, смыв со слизистой оболочки носа. Схема лечения больных хроническим гнойным риносинуситом состояла в следующем. Всем больным проводилось местное лечение хронического гнойного риносинусита. Промывание пазух антисептическими растворами, введение лекарственных препаратов (диоксида и беталейкина) проводили посредством пункций или катетеризации синус-катетером, создающим в полости носа и околоносовых пазухах перемежающееся давление. Курс лечения составил 5 процедур в течение 8-12 дней. Основная группа – 61 человек – получали лечение беталейкином. Для лечения больных опытной группы применяли препарат "Беталейкин", изготовленный в лаборатории НИИ особо чистых биопрепаратов (ОЧБ). Ампулу беталейкина (1мкг) растворяли в 1 мл стерильного 0,9% раствора хлорида натрия и дополнительно разводили физиологическим раствором до конечной концентрации (20 мл) непосредственно перед применением. Группа сравне-

ния – 21 человек – получали традиционное лечение хронического гнойного риносинусита с применением антисептика диоксида, противовоспалительных, антигистаминных препаратов и физиолечения. Лабораторные иммунологические и цитологические исследования проводили до начала лечения и после курса местной терапии хронического гнойного риносинусита. В результате проведенного местного лечения у 55 (90,2%) пациентов основной группы наблюдалась положительная динамика клинической картины: исчезновение гноетечения, головной боли, рентгенологическое снижение степени затенения околоносовых пазух, снижение аэродинамического сопротивления носа, повышение функции мукоцилиарного клиренса. Положительная клиническая динамика коррелировала с показателями функционального состояния воздухопроводящих путей пролеченных больных. Динамика восстановления мукоцилиарного клиренса у больных хроническим гнойным риносинуситом при лечении Беталейкином была более выраженной по сравнению с группой сравнения.

Таким образом, за счет комплексного противовирусного и противовоспалительного действия при лечении заболеваний верхних дыхательных путей «Беталейкин» является весьма перспективным и высокоэффективным препаратом.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ГЕКСИКОН - ГЕЛЕМ

С.С. Гулямов, Ф.Х. Якубова, Г.Р. Шукурова, О.А. Пулатов, Д.М. Каримов

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: Оптимизировать изучение клинической эффективности местного применения препарата Гексикон-геля при местном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

Материалы и методы: Обследовано 2 группы больных в возрасте от 12 до 20 лет, которые обратились с жалобами в поликлинику ТашПМИ. Первую группу (основную) составляли 22 человека, которым местное лечение ХРАС осуществлялось Гексикон-гелем. Гексикон - гель 0,5% антисептический препарат, содержит хлоргексидин, активен в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, простейших вирусов. При нанесении на слизистую оболочку оказывает бактерицидное действие.

Во вторую группу (контрольная) включены 20 человек, которые получали традиционное лечение хорошо зарекомендовавшей себя мазью Солкосерил. При детальном обследовании у больных обеих групп диагностирована фоновая патология, представленная заболеваниями желудочно-кишечного тракта, лечение которой осуществлялось специалистами соответствующего профиля. Больным обеих групп при местном лечении соответствующие препараты наносились на пораженные участки в виде аппликаций.

Результаты: Установлено что больные основной группы после первого дня применения Гексикон-геля отметили улучшение – исчезли боли, прием пищи становился безболезненным, улучшилось общее состояние. Учитывая, что афты вызывают сильные болевые ощущения из-за значительного воспаления, возможным компонентом местного лечения является снятие воспалительного процесса. Полная эпителизация наступила на 3-4 день лечения. У больных группы сравнения эффект лечения регистрировался на 2-3 суток позже.

Выводы: Применение Гексикон-геля при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите приводит к ускорению сроков заживления афтозных поражений на 2-3 дня раньше, чем у больных контрольной группы. У пациентов отмечались более ранние улучшения самочувствия, восстановление функций слизистой оболочки полости рта, ранее исчезновение болевых симптомов. Так как в этиологии данной патологии существенную роль играют патогенные микроорганизмы, целесообразно проводить профилактические мероприятия в детском возрасте, включая родителей, воспитателей, учителей и медицинских работников. Высокие уровни санитарной культуры в семьях является залогом благополучного здоровья и развития детского организма.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Л.Н. Гурина

Гродненский государственный медицинский университет

Целью исследования являлось изучение катамнеза детей на первом и втором году жизни, родившихся с экстремально низкой массой тела.

Нами проведен анализ медицинской документации младенцев (медицинских карт стационарного больного и амбулаторных карт развития ребенка), находившихся на лечении и выхаживании во II отделении новорожденных и недоношенных детей Гродненской областной детской клинической больницы в период с 2002-2013 годы. В исследование было включено 75 пациентов с массой тела при рождении менее 1000 гр. и сроком гестации менее 30 недель.

При изучении структуры заболеваемости получены следующие данные. У 57,5% обследуемых детей отмечалось поражение центральной нервной системы различной степени тяжести. Гидроцефалия наблюдалась у 21 пациента, что составляет 28,0% в структуре заболеваний центральной нервной системы. Детский церебральный паралич (ДЦП), с грубой задержкой психомоторного развития был отмечен у 16 (21,3%) детей. Задержка пси-

хомоторного развития, без двигательных расстройств, диагностирована у 15 (20,0%) младенцев, задержка речевого развития – у 11 (14,6%), нейросенсорная тугоухость выявлена у 5 (6,6%) детей, гиперметропия развилась у 5 (6,6%) пациентов. При сравнении частоты заболеваемости у младенцев в первые два года жизни, с экстремально низкой массой тела при рождении, за период с 2002 по 2007гг. и с 2008 по 2013гг. определено снижение заболеваемости с 87,7% до 57,5%.

Таким образом, анализ полученных данных показал, что первое место в структуре заболеваемости у младенцев с экстремально низкой массой тела при рождении, занимает поражение ЦНС (57,5%). Следует отметить, что заболеваемость за последние 6 лет в данной группе детей, снизилась на 30,2%, в сравнении с предыдущими годами. Высокая частота поражения ЦНС требует дальнейшего изучения причин данной патологии и изыскания новых методов профилактики, совершенствования методов интенсивной терапии недоношенных новорожденных.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

З.К. Гусейнова, Д.Ж. Тайжанова, З.Б. Тауешева

Карагандинский государственный медицинский университет

Цель работы: Оценка эффективности липоевой кислоты при лечении больных диабетической полинейропатией.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 50 пациентов (20 мужчин, 20 женщин) с сахарным диабетом 1 и 2 типа. Возраст больных состави-

ло от 20 до 60 лет. Продолжительность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 15 лет. Клинический диагноз верифицировали на основании жалоб, данных анамнеза и результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов исследований. Обследованные больные были сопоставимы по возрасту, полу, дав-

ности заболевания. Средний возраст больных составил $59,5 \pm 3,1$ года, стаж полинейропатии $5,9 \pm 1,3$ года. Все пациенты имели хроническую дистальную диабетическую полинейропатию, индекс TSS (Total Symptoms Score) $> 7,5$, индекс NDS (Neuropathy Disability Score) > 5 . В зависимости от характера проводимой терапии больные были разделены на 3 группы: в 1-й группе 20 пациентов (мужчин) с сахарным диабетом 1 типа помимо общепринятой терапии получали препарат липоевая кислота по 600 мг на NaCl 0,9%-200,0 мл в/в капельно*1 раз в сутки, а во 2-ой группе 20 больных (женщин) получали препараты витаминной группы B1-1,0 тиогамм 600 мг, в течение 14 дней. Контрольную группу составили 10 больных сахарным диабетом 1 и 2 типа с ДПН, не получавших в период исследования какого-либо лечения полинейропатии.

Результаты и обсуждение. Во всех наблюдаемых группах больных парестезии и онемение и жжение, зябкость в нижних конечностях отмечены в 93% случаев; боли в нижних конечностях после физической нагрузки и в покое в вечернее время у 100% больных, болевой синдром у всех пациентов до начала лечения составил $12,3 \pm 0,26$. Показатели уровня болевой и вибрационной чувствительности в контрольной группе не имели достоверных отличий от показателей в группе больных, принимавших в дальнейшем лечение прегабалином. За

2 недели наблюдения значительно уменьшились нейропатические жалобы, а также улучшению объективных показателей течения нейропатии. Выраженность болевого синдрома значительно уменьшилась у больных в 1 группе на 3-е сутки от начала лечения, уменьшились проявления парестезии на 5-е сутки. У больных 2-ой и контрольной групп выраженность болевого синдрома сохранялась до 7-х суток, проявления парестезий держались до 12-ти суток. Также у больных 1 группы отмечалось достоверное снижение уровня глюкозы натощак и общего холестерина, вероятно это обусловлено повышением усвоения глюкозы за счет активации трансмембранного транспорта и антиоксидантного действия.

Таким образом, несмотря на достаточно большой выбор средств, использующихся при терапии диабетической полинейропатии, лечение большинства форм нарушений, связанных с осложнениями диабетической полинейропатии, остается проблематичным. В комплексном лечении применение препарат прегабалин значительно раньше купирует боли в конечностях, улучшает чувствительность нервных окончаний, что улучшает клинический статус пациента и повышает приверженность к лечению. Безопасность препарата подтверждена отсутствием побочных эффектов и хорошей переносимостью.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИНГИБИТОРА ПРОТОННОЙ ПОМПЫ – ЭНЗИМОПРАЗОЛА

З.К. Гусейнова., Д.Ж.Тайжанова., З.Б. Тауешева

Карагандинский государственный медицинский университет

Цель исследования: Оценка эффективности лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки при применении ингибиторов протонной помпы- энзимопразола.

Материалы и методы исследования: Обследовали 60 больных (40 мужчин и 20 женщин в возрасте от 18 до 45 лет) с язвенной болезнью с локализацией процесса в луковице двенадцатиперстной кишки (ДПК). Клинический диагноз верифицировали общепринятыми методами исследования, включая ФГДС по стандартной методике в 1-й и 10-й день с прицельной биопсией слизистой оболочки в области язвенного дефекта и исследованием морфологического обсеменения Нр. Пациенты были рандомизированы на 3 группы для назначения одной из 3-х схем антихеликобактерной терапии: 1-й группе (20 больных) назначены нексум по 20 мг 2 раза в день, амоксициллин по 500 мг 2 раза в день, кларитромицин по 500 мг 2 раза в день, де-нол по 0,12 мг 4 раза в день в течение 14 дней. 2-й группе (20 больных) вместо ингибиторов протонной помпы получала препараты H₂-гистаминоблокаторов: квамател 20 мг 2 раза, амоксициллин 500 мг 2 раза, амоксициллин 500 мг 2 раза в день в течение 14 дней. 3-й группе (20 больных) назначали омепразол по 20 мг 2 раза, метронидазол по 500 мг 2 раза в день, тетрациклин по 0,5 г. 4 раза в течение 14 дней.

Результаты и обсуждение: При поступлении в стационар болевой абдоминальный синдром констатирован у 90% больных 1-й группы, 85% -2-й, 63% -3-й группы. У всех обследованных определялись различной степени выраженности диспепсические явления в виде тошноты, рвоты, отрыжки воздухом или пищей, ощущения горечи во рту. До начала лечения размеры язвенного дефекта, выраженность сопутствующего гастрита и дуоденита, выявленных при ФГДС, были при-

мерно одинаковыми в обеих группах. Под воздействием проводимого лечения у больных 1-й группы несколько быстрее улучшалось общее самочувствие. Эрадикационная терапия во всех лечебных режимах уже через неделю после начала лечения обеспечивала высокий процент рубцевания язв, который увеличивался к концу 2-й недели лечения. Антисекреторная терапия с использованием энзимопразола по 20 мг на NaCl 0,9% -200,0 мл в/в капельно 1 раз в день обеспечивала более быстрые темпы рубцевания, чем это наблюдалось у больных, принимавших квамател и омепразол. При этом установлено, что процент эрадикации Нр является наиболее высоким при 1-м лечебном режиме и меньшим при 2-м и 3-м режиме. Из 60-ти больных, получавших антихеликобактерные препараты, клинические проявления побочных эффектов проводимой терапии не отмечались ни в одной группе.

Так, если полное исчезновение болей у больных 1-й группы произошло через 3 дня после начала лечения, то у пациентов 2-й группы – через 5 дней, а у 3-й группы через 8 дней. Диспепсические явления регрессировали более быстро у больных 1-й и 2-й группы. Полное исчезновение пальпаторной болезненности живота у больных 1-й группы отмечалось на 4-5-й день лечения, у пациентов 2-й группы – на 8-12-й день, 3-й группы – на 10-14-й день.

Таким образом, назначение трёхкомпонентной терапии включающей препарат энзимопразола больным с рецидивом дуоденальной язвы позволяет более быстро купировать болевой и диспепсический синдромы, уменьшать выраженность воспалительных изменений слизистой оболочки ДПК и рубцевания язвенного дефекта.

Несмотря на сходный механизм действия отдельных блокаторов протонного насоса, их антисекреторная активность и клиническая эффективность оказывается

неодинаковой, что обусловлено различиями в их абсорбции, биодоступности, сроках начала антисекреторного действия, метаболизме.

УЛУЧШЕНИЕ РАБОТЫ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ОЗДОРОВЛЕНИЮ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ В СПОРТИВНЫХ СЕКЦИЯХ В ПРОЦЕССЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ

Н.О. Давыбида, Д.В. Козак, В.Б. Коваль

Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского

Цель работы. Основной целью кафедры физической реабилитации, здоровья человека и физического воспитания в вузе является подготовка будущих врачей, провизоров и медсестр к высокопроизводительному труду, укреплению здоровья, а также формирование профессиональных знаний, умений и навыков при использовании физического воспитания в профилактической и лечебной деятельности.

Материал и методы исследования. Яркое свидетельство постоянной заботы о здоровье студентов университета есть замечательный спортивный комплекс, расположенный в парковой зоне. В комплекс входят стадион с легкоатлетическим сектором и игровыми площадками, с двумя залами для атлетической и ритмической гимнастики и лечебной физкультуры, тренажерный зал, который оснащен новейшими тренажерами и спортивным инвентарем. Созданы все условия, чтобы студенты имели возможность поддерживать свою физическую форму - не только посещая занятия по физическому воспитанию, но и на досуге. В ходе обучения в университете студенты могут заниматься в различных спортивных секциях. Большое внимание студенты уделяют оздоровительной аэробике и оздоровительной гимнастике с элементами шейпинга под руководством профессиональных преподавателей.

Результаты. Основной формой организации учебной работы секции оздоровительной аэробики является занятие. Для занятия характерны постоянный состав занимающихся, определенная продолжительность, присутствие преподавателя, строгая регламентация задач. Основными условиями, которыми определяется наиболее целесообразная последовательность решения педагогических задач, то есть построение, являются: достижение максимальных результатов с минимальной затратой энергии и времени тех, кто занимается; сохране-

ния высокой работоспособности в течение всего занятия; обеспечение благоприятных условий для здоровья. Программа по оздоровительной аэробике значительно влияет на сердечно-сосудистую систему, укрепляет костную систему, помогает справиться с физическим и эмоциональным стрессами, служит средством для похудения и поддержания веса в норме, защищает от риска сердечных заболеваний, позволяет получить максимальную пользу за минимальное время. Объектами оздоровительной гимнастики с элементами шейпинга выступают студенты, которые имеют низкий уровень «практического здоровья», то есть больные или с отклонениями в состоянии здоровья. Это направление предполагает формирование у людей с ограниченными возможностями (инвалидов) качеств и умений, позволяющих им компенсировать поврежденные функции. Восстановление физического и психоэмоционального состояния студентов через активный отдых путем организации развлечений, активного досуга и т.д., с использованием средств физической культуры. Занятия направлены на поддержание оптимального уровня развития физических качеств и внешнего вида, улучшение здоровья, профилактику заболеваний.

Выводы: Улучшение работы по физической реабилитации и оздоровления студенческой молодежи в процессе физического воспитания требует пересмотра и обновления содержания и методики занятий, основанные на щадящем нозологическом подходе. Все усилия преподаватели направляют на восстановление конкретной утраченной функции организма студента и повышения функциональных возможностей организма в результате систематических занятий оздоровительной аэробикой и оздоровительной гимнастикой с элементами шейпинга.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СПЕЛЕОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

А.А. Давидян, Н.Р. Арапов, К. Абдиев, П. Зикриллаева

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования - изучение эффективности спелеотерапии у больных бронхиальной астмой.

Нами обследовано 60 больных с бронхиальной астмой. Из них больные тяжелым течением БА IV степень 20 человек, средней тяжелой течением III степень 40 человек. Диагноз установлен на основании общеклинических, рентгенологических и иммунологических исследований и исследований функции внешнего дыхания. I группе больных проведен курс базисной терапии ингаляционными глюкокортикостероидами, II группе больных базисной терапии ингаляционными глюкокортикостероидами в сочетании со спелеотерапией. Спелеотерапия назначалась ежедневно по 20 минут в течение 10 дней. Всем больным до и после лечения об-

следование показатели функции внешнего дыхания (ФВД).

При функциональном обследовании у больных БА до лечения было выявлено снижение показателей ФЖЕЛ-66,9±4,7*, ОФВ₁-44,1±3,4*, ПСВ-42±1,6*, МОС₂₅-39,3±2,1*, МОС₅₀-57,6±2,5*, МОС₇₅-82,7±5,3, МОС₂₅₋₇₅-88,7±4,3*, что соответствовало смешанному нарушению вентилиционной функции легких с преобладанием обструктивного варианта. Изучение иммунной системы у больных БА в целом отмечается лимфоцитоз, снижения содержания Т лимфоцитов (СД3) и В лимфоцитов (СД8) (P<0,001 и P<0,05 соответственно), Т хелперов (СД4) и Т супрессоров (СД16). Наблюдалось снижение иммунорегуляторного индекса СД4/СД8 клеток (P<0,05) и рост IgG, IgM.

У больных, получавших курс спелеотерапии на пятый - шестой день отмечались улучшение общего состояния, нормализация показателей ФВД, нормализация показателей клеточного иммунитета СДЗ, СД4, СД8, СД16, гуморального иммунитета осталось на прежнем уровне.

Изучение эффективности спелеотерапии на основании анализа динамики клинико-лабораторных и функциональных тестов показало, что из общего числа больных, получавших лечение спелеотерапии, снижение тяжести бронхообструктивного синдрома было достигнуто в 95,9 % и в 81,3 % при среднетяжелом течении БА.

МЕТАБОЛИЗМ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ

Х.М. Даминова, У.А. Шамсиева

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: Изучить нарушения регулирующей роли оксида азота при острых нарушениях мозгового кровообращения по ишемическому типу.

Материалы и методы исследования. Обследованы 118 больных, из которых 98 больных с диагнозом ОНМК по ишемическому типу и 20 больных с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ). Больные наблюдались в 1-й клинике И-ТашГосМИ г. Ташкента в отделении интенсивной неврологии. Возраст больных основной группы в среднем составил $60,6 \pm 1,9$ лет, где преобладали мужчины – 58 (59,2%), женщин было 40 (40,8%). Субстратом образования оксида азота является аминокислота L-аргинин, а конечным продуктом деятельности оксида азота – нитриты и нитраты. Нами были исследованы аминокислотный состав сыворотки крови (определяли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии на хроматографе DuPont (США)) и уровень оксида азота в ликворе и в сыворотке крови больных ИИ (реакцию проводили с использованием реагента Грисса).

Результаты. Результаты исследования показали, что при ДЭ значения в цереброспинальной жидкости аргинина существенно высокие ($567,46 \pm 2,44$ нмоль/мл), тогда как в сыворотке крови эти значения низкие – аргинин $413,08 \pm 2,41$ нмоль/мл.

Результаты исследования ликвора показали, что содержание аргинина $142,51 \pm 7,16$ нмоль/мл, в 8,53 раза меньше, чем в сыворотке крови. Как было отмечено ранее, аргинин является также субстратом для синтеза

оксида азота. Следует сказать, что более низкие значения аргинина в ткани мозга могут привести к замедлению и уменьшению образования оксида азота для глутаматэргических реакций мозга. Для выяснения данного вопроса мы исследовали уровень конечных продуктов оксида азота – $\text{NO}_2(\text{NO}_3)$ в сыворотке крови и ликворе больных с ДЭ и ОНМК.

Проведенные исследования показали, что содержание конечных продуктов оксида азота в сыворотке крови и ликворе больных с ДЭ составляет $0,909 \pm 0,0012$ и $0,903 \pm 0,0042$ ммоль/мл соответственно. Эти показатели у больных с ОНМК характеризуются снижением в ликворе до $0,723 \pm 0,0031$ ммоль/мл и снижением в сыворотке крови до $0,698 \pm 0,0069$ ммоль/мл. Корреляционный анализ позволил смоделировать взаимосвязь больных с ИИ, с тяжестью заболевания, с его прогнозом. Прогноз и тяжесть заболевания прямо коррелируют с содержанием L-аргинина и NO, снижение свидетельствует о тяжелом и вероятном неблагоприятном исходе ишемических инсультов.

Таким образом, у больных с ОНМК в ликворе выявлено заметное уменьшение уровня аргинина, тогда как в сыворотке крови отмечена тенденция к его увеличению. Эти изменения в определенной степени совпадают с уровнем конечных продуктов оксида азота. Полученные результаты свидетельствуют об уменьшении выработки оксида азота тканью мозга больных с ОНМК.

О НЕОБХОДИМОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОДГОТОВКИ ЛЫЖНИКОВ-СПРИНТЕРОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Н.А. Демко, И.В. Листопад, Т.С. Асиповская

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

Цель работы: Выявление актуальности специализированной подготовки лыжников-спринтеров в Республике Беларусь.

Материал и методы исследования: Для выявления актуальности специализированной подготовки лыжников-спринтеров в Республике Беларусь проведен анкетный опрос у 14 ведущих тренеров страны, имеющих стаж работы от 12 до 36 лет. Среди опрашиваемых 65% тренеров высшей категории, 42% бывшие спортсмены высшего спортивного мастерства.

Результаты: Анализ анкет показал, что 48% тренеров не включают в тренировочный процесс развитие скоростных качеств, уделяя все внимание на развитие выносливости. 100% тренеров ответили, что нуждаются в методических пособиях по подготовке лыжников-спринтеров. Выявлено, что никто из опрашиваемых не проводит специализированную подготовку лыжников-спринтеров. 92% респондентов ответили, что нуждаются

в помощи по применению тестирования при отборе лыжников-спринтеров. Все тренеры считают, что необходимо внедрение специализированных учебных групп по подготовке лыжников-спринтеров.

Выводы:

- в республике не практикуется специализированная подготовка лыжников-спринтеров;
- тренеры осознают важность подготовки лыжников-спринтеров в связи с расширением этого формата в программе Олимпийских игр и считают необходимым открывать такие специализированные группы;
- тренеры нуждаются в методических пособиях, разработках и учебных программах по подготовке лыжников-спринтеров;
- тренеры считают, что необходимо начинать проводить специализированную подготовку лыжников-спринтеров с 15-16 лет у юношей и с 14-15 лет у девушек.

В результате анкетного опроса выявлено, что скоростно-силовой подготовке в тренировочном процессе уделяется недостаточное внимание, что не способствует повышению спортивных результатов. Кроме того, анализ ответов на вопросы анкеты и беседы с тренерами показали недостаточно их знаний об информативности

тестов для контроля скоростно-силовой подготовленности лыжников.

Таким образом, проведенные анкетирования кроме актуальности подготовки лыжников-спринтеров выявили необходимость предания большей значимости скоростно-силовой подготовленности у лыжников-спринтеров.

НЕРВНЫЙ МЕХАНИЗМ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИХ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛЕНИЯ

Т.Д. Дехканов, С.Т. Хужабоев, З.М. Рахманов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить интрамуральный нервный аппарат внепеченочных желчных путей после экспериментального удаления желчного пузыря у собак и кроликов.

Материал и методы исследования: Холецистэктомия проведена у 6 собак и 8 кроликов под этаминалнатириевым наркозом. Забой животных проведен через 3 и 5 суток после операции. Материал (внепеченочные желчные протоки, включая и ампулу фатерова сосочка) взят сразу после забоя животного и фиксирован в 12% нейтральном формалине. Формалин нейтрализован насыщенным раствором тетраборнокислого натрия. Криостатные срезы из замороженного материала импрегнировали азотнокислым серебром по методу Бильшовского-Гросс, Кампусу и Рассказовой.

Результаты исследования: При удалении желчного пузыря вследствие удаления шеечного сфинктера Люткенса выпадает одно звено из морфофункционального комплекса клапанно-сфинктерного аппарата внепеченочных желчных путей, который взаимосогласованной и строго координированной работой обеспечивает ток желчи в кишечник в момент пищеварения и в желчный пузырь, вне ее. Результаты наших исследований показали, что желчный пузырь, наряду с центральными, имеет и внецентральные иннервационные связи с внепеченочными желчными протоками, а также и фатеровым сосочком двенадцатиперстной кишки. После удаления желчного пузыря на месте локализации сфинктеров Бойдена, Мирицци, Одди, Вестфаля обнаруживаются дегенеративные изменения отдельных нервных структур, а именно: резкая гиперимпрегнация, гипертрофия и деформация синаптических нервных окончаний, ва-

рикозные изменения и фрагментация нервных волокон. Нередко обнаруживаются (в поздние сроки наблюдения) зернистый распад и мумификация нервных волокон. Претерминали рецепторов подвергаются дегенеративным изменениям, терминали набухают, деформируются и отрываются от претерминалей. Степень выраженности этих изменений зависит от срока наблюдения после холецистэктомии. Это свидетельствует о том, что эти измененные нервные структуры являются отростками нервных клеток желчного пузыря в области шейки, в которой (где расположен сфинктер Люткенса) локализованы наиболее крупные нервные узлы, содержащие многочисленные нервные клетки. В результате удаления желчного пузыря отростки нервных клеток, идущие от шейки желчного пузыря к желчным протокам и двенадцатиперстную кишку, вследствие перерезки лишаются своих трофических центров и подвергаются дегенеративным изменениям. Для проверки этого положения проводили холецистэктомию с оставлением длинной культи пузырного протока, а также холецистэктомию с оставлением остаточной культи желчного пузыря. Результаты показали, что в последних случаях измененных нервных структур намного меньше, чем при оставлении короткой культи пузырного протока.

Выводы: Отключение одного важного звена (сфинктер Люткенса и клапаны Гейстера) от единого морфофункционального комплекса клапанно-сфинктерного аппарата внепеченочных желчных путей приводит к нарушению их иннервационных взаимосвязей, которое может быть одной из причин постхолецистэктомических дискинезий желчевыделения.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ НИЗКОЧАСТОТНЫМ УЛЬТРАЗВУКОМ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Д.Р. Джаббарова, У.И. Жумашов

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования — изучить показатели функционального состояния слизистой оболочки полости носа у больных аллергическим ринитом до и после проводимой терапии.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 51 пациент в возрасте от 19 до 60 лет с различными формами аллергического ринита. Пациенты были рандомизированы на две группы. Первая состояла из 20 пациентов (контрольная группа), которые получали традиционное лечение, включающее в себя 0,05% раствор будесонида эндоназально, в виде капель, по 2 капли в каждый носовой ход 2 раза в день. Второй группе, состоящей из 31 пациента, которая являлась основной, назначали 0,05% раствор будесонида (бенарин) в виде низкочастотной ультразвуковой тера-

пии (НУЗ) курсом из 14 процедур, по 1 процедуре в сутки.

Результаты и обсуждение. Клиническая оценка результатов лечения больных аллергическим ринитом осуществлялась на основании жалоб пациентов, изучения анализа субъективных ощущений и данных оториноларингологического осмотра, оценки функционального состояния слизистой оболочки полости носа. Отмечается также сокращение среднего транзитного сахаринового времени до $24,2 \pm 0,04$ в основной группе, в то время как в контрольной оно составляет $36,2 \pm 0,02$. Изменились и показатели РН и средней температуры в полости носа от начала проводимого лечения, но в основной группе они остаются достоверно выше по сравнению с контрольной. В мазках-отпечатках после лече-

ния в основной группе обнаружены единичные десквамированные клетки эпителия, единичные эозинофилы, тогда как в контрольной группе клетки эпителия встречаются чаще.

Выводы: 1. Результаты оценки функционального состояния слизистой оболочки полости носа в основной группе достигают физиологических показателей, что

указывает на адекватную терапию низкочастотным ультразвуком, раннее купирование воспалительных явлений и активацию местных репаративных процессов.

2. НУЗ-терапия с применением 0,05% будесонида способствует более быстрому и эффективному купированию основных клинических симптомов заболевания и может применяться в амбулаторных условиях.

ГНОЙНЫЕ РИНОСИНОСИТЫ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Д.Р. Джаббарова, Н.А. Расулова, Г.К. Бабаханов, К.М. Абдуллаев

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: явилось изучение частоты железодефицитной анемии у больных с гнойными риносинуситами, и разработать рациональный способ лечения.

Материал и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ результатов исследования 86 больных с гнойными синуситами в возрасте от 18 до 76 лет, получивших лечение в ЛОР отделении городской клинической больницы № 7 в течение 2012-2014 года.

С целью выявления изучены жалобы больных, собран анамнез, осмотрены все ЛОР органы, произведен рентгенография придаточных пазух носа, а по необходимости КТ, общий анализ крови, все больные осмотрены терапевтом. Анемия I степени отмечали у 62 (72%) больных, II степени - у 24 (28%) больных. Анемия III степени нами не было выявлено.

Результаты исследования и обсуждение: В результате у 48 (56%) больных из 86 обнаружены синуситы с сопутствующей анемией, которым лечение гнойных синуситов проводилось по общепринятой методике + пре-

параты железа. Назначены антибактериальная терапия, зондирование околоносовых пазух и промывание носа до 2-3х раз в сутки по Процу с введением лекарств в возрастной дозировке. Кроме этого больные получали капли в нос називин 0,05%-0,1% и протаргола 3%, витаминотерапию, и физиотерапевтическое лечения (УВЧ, гелий-неоновое лазерное облучения области носа и его придаточных пазух).

Из препаратов железа назначалась ферротаб (фумарат железа + фолиевая кислота) по 1 табл. 1 раз в день, в течение 4 недель, который, являясь комбинированным препаратом, быстро и эффективно восстанавливает недостаток железа в организме и повышает сопротивляемость к инфекциям.

Вывод: Разработанный нами наиболее рациональный способ комплексного лечения гнойных риносинуситов сопутствующей железодефицитной анемией более эффективен по сравнению с традиционным лечением, и привел к уменьшению сроков лечения.

СУРУНКАЛИ БРУЦЕЛЛЕЗ КАСАЛЛИГИДА РЕАБИЛИТАЦИЯ, ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ЎТКАЗИШ

Н.А. Джалалова, И.А. Қосимов, Б.И. Бўрибоева

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Тадқиқот мақсади. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда, сурункали бруцеллез билан оғриган беморларда рецидив ҳолатитини, ногиронликни олдини олиш ва соғломлаштириш ишларини олиб бориш ҳамда реинфекцияга йўл қўймаслик учун реабилитация, диспансеризация ва профилактика чора-тадбирларини самарадорлигини оширишни ўз олдимишга мақсад қилиб олдик.

Тадқиқот усуллари ва услублари. Сурункали бруцеллез билан оғриган 140 та бемор текширилди, уларнинг ёши 19 дан 50 ни, ўртача 32,2 ёшни ташкил қилди. Улардан 79 таси эркаклардан, 61 таси аёллардан иборат. Клиник ташхис беморларнинг анамнези, касаллик тарихи ҳамда лаборатор инструментал текширувлар асосида қўйилди.

Олинган натижалар таҳлили. Сурункали бруцеллез билан оғриган беморларни кузатишимиз асосида шуни таъкидлашимиз керакки, касаллик бошқа сурункали жараён каби авж олишлар ва ремиссиялар билан алмашиб туради. Бирламчи сурункали бруцеллезда касалликнинг авж олиши субкомпенсация босқичида ($80,0 \pm 4,1$), декомпенсация босқичида эса ($20,0 \pm 4,1$), иккинчи сурункали бруцеллезда қуйидагича ($18,3 \pm 4,0$, $79,6 \pm 4,2$, $p < 0,05$) бўлди. Беморларни даволашда, диспансер кузатувида ва реабилитацияда буни инобатга олишимиз керак. Касалликни даволашда икки босқични ҳисобга олиш керак, яъни биринчисида беморга бруцеллез ташхиси қўйилиш биланоқ шифохона шароитида даволанади, иккинчисида беморни поликлиникада диспансер кузатувида олиш ва санатория, курортларда

соғайтиш. Сурункали бруцеллез билан оғриган беморлар шифохонада тўлиқ комплекс даवони олгандан сўнг, касалликнинг компенсация даврида, яъни 3 ойдан кейин санаторий ва курортларда даволаниш тавсия этилади. Шифохоналарда комплекс даводан сўнг беморларга ҳаракат-таянч, асаб тизимини тиклаш мақсадида ўз ичига турли хил бальнеологик ва физиотерапевтик усуллари олган, турли хил минерал тузларга бой Республиканинг вилоятларида жойлашган оромгоҳларидан (Чортоқ, Чимён, Янгиқўрғон оромгоҳлари) кенг фойдаланиш ўринлидир. Тиббий реабилитация деганда бруцеллез натижасида келиб чиққан ўзгаришлар, аъзо ва тизимлардаги патологик ҳолатларга таъсир қилиб, асли ҳолига қайтариш ва иш қобилиятини тиклашдир. Реабилитация даврида бруцеллез билан оғриган беморлар организмида мавжуд бўлган йўлдош касалликларини даволаш зарур. Бунинг учун поликлиника шароитида махсус тор мутахассисларга йўналтириш зарур бўлади. Шу мақсадда бруцеллез билан оғриган беморлар ўзларининг яшаш ҳудудидаги оилавий поликлиникаларда диспансер кузатувида олинади. Бундан мақсад беморда рецидив ҳолатларини олиш ва соғломлаштиришдир, шунингдек реинфекцияга йўл қўймаслик, беморларнинг иш қобилиятини тўлиқ тиклашдир. Бруцеллез билан оғриган шахслар 2 йил мобайнида, резидуал турдагилар эса 5-7 йил кузатилади.

Хулоса. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда шуларни айтиб ўтишимиз мумкинки, диспансеризация ва реабилитация беморларни соғайтиришда ҳал

қилувчи босқич ҳисобланади, бу бруцеллезни бартараф этишда ва ишлаш қобилиятини тиклашда муҳим

аҳамиятга эга.

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ И РЕЖИМА ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ-СПОРТСМЕНОВ

Х.Х. Джалилов, Н.Б. Турсунов

Республиканский врачебно-физкультурный диспансер

Цель работы: изучение основного состава питания детей, занимающихся различными видами спорта.

Материалы и методы исследования: изучены основные параметры питания 128 детей-спортсменов в возрасте от 5 до 17 лет. У 37 детей выявлены спортивные травмы различной степени тяжести. Проведен анализ медицинских карт учета детей-спортсменов (ф-62/у, ф-63/у и ф-25/у), динамические данные соматоскопии и соматометрии, оценка физического развития детей на момент обследования, данные клинико-биохимических обследований крови, ультразвуковой диагностики органов брюшной полости. С родителями и тренерами спортсменов проведена беседа-опрос о ежедневном питании в рационе детей.

Результаты: на основании полученных результатов выявлено, что роль рационального сбалансированного питания в жизни детей-спортсменов огромна, однако особенности планов физических нагрузок, плотные графики учебно-тренировочного процесса и соревновательной деятельности, «неправильные» пищевые предпочтения детей приводят к нарушениям режима питания. Поэтому в настоящее время возникает необходимость в использовании в рационе спортсменов наряду с традиционными натуральными пищевыми продуктами продуктов с заданными свойствами (так называемыми функциональными пищевыми продуктами) и биологически активных добавок к пище. При анализе фактического питания детей-спортсменов выявлены дефицит энергетической ценности рациона питания, дефицитное потребление белков и избыточное – насыщенных жирных кислот. Также выявлена недостаточная обеспеченность организма витаминами, микроэлементами, особенно Fe, Mg, Zn.

Организацию рационального питания детей, занимающихся спортом, проводили соответственно возрасту, полу, общему состоянию здоровья ребенка, его физической активности, режиму дня, личным вкусовым предпочтениям, виду спорта, периоду учебно-тренировочного процесса, а также климато-географическим условиям пребывания спортсмена. С

этой точки зрения, потребности юных спортсменов в калориях значительно выше, чем у «обычных» детей. Так, наблюдения показали, что адекватная калорийность пищи, обеспечивающая высокую спортивную производительность, у детей в возрасте 7-10 лет составляет 2000 ккал в день, у детей старше – 3000-6000 ккал (мальчики) и 2200-4000 ккал (девочки). Не менее важным является режим питания для ребенка-спортсмена. При установлении режима питания ребенка-спортсмена мы руководствовались следующим:

- 1) прием пищи должен производиться не менее четырех раз в сутки;
- 2) промежутки между приемами пищи не должны превышать 5 часов;
- 3) непосредственно перед спортивной нагрузкой принимать пищу нельзя;
- 4) в период соревнований необходимо принять пищу за 3,5 часа до их начала;
- 5) не допускается проведение напряженной тренировки натощак;
- 6) в период после тренировки прием пищи допустим не ранее чем через 15-20 минут;
- 7) рекомендуемая пища для перекусов должна содержать относительно большее количество углеводов и меньшее – белков, жиров и волокон. Такими свойствами обладают бананы, сливы, персики, дыня, а также йогурты, бутерброды с сыром.

Выводы: вопросы диетологии спортсменов-юниоров требуют особого внимания и индивидуального подхода в каждом конкретном случае. Рациональное питание детей-спортсменов должно обеспечивать повышенные потребности в основных питательных веществах и микронутриентах, полностью компенсировать энергетические затраты, связанные с интенсивным ростом и физической нагрузкой, способствовать сохранению здоровья ребенка, оптимизации спортивной работоспособности, поддержанию пропорций тела, сохранности мышечной массы, а также восстановлению в период после тренировок и соревнований.

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ

Б.А. Джуманов, И.Ж. Жумаев, Г.П. Исраилова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Оптимизировать методы реабилитации репродуктивной функции больных, перенесших хронические воспалительные заболевания в анамнезе путем внедрения современных методов физиотерапии и лечебной физкультуры.

Материал и методы исследования: Под наблюдением находились 42 женщины с первичным и вторичным бесплодием, перенесших в анамнезе воспалительные заболевания гениталий. Все женщины находились на стационарном лечении в гинекологическом отделении ОПЦ. Физическая реабилитация больных включала, кроме медикаментозной терапии, физиотерапию с

применением аппарата «Ультратон», аппарата для ультразвуковой терапии, аппарата «Поток-1» (для электрофореза). Также, больным назначены методы лечебной физкультуры, в частности упражнения Кегеля для улучшения кровообращения в малом тазу. Критериями успешной реабилитации явились полное исчезновение симптомов заболевания и наступление беременности в течение 6 месяцев после выписки.

Результаты: Возраст обследованных женщин варьировал от 19 до 31 лет, составляя в среднем $26,5 \pm 2,5$ лет. Средняя продолжительность совместной жизни составила $6,2 \pm 0,6$ лет. Первичное бесплодие имело место у

31,0% (13 женщин), вторичное бесплодие – у 69,0% (29 женщин). У всех женщин диагностированы различные воспалительные заболевания женских гениталий. Хронический эндометрит и метроэндометрит диагностированы у 73,8% (31) женщин, включая 10 случаев (23,8%) послеродового и 11 случаев послеабортного метрита (26,2%). Случаи хронического аднексита (сальпингоофарита) выявлены у 83,3% (35) женщин, из них, у 66,7% (28) женщин аднексит был двусторонним. Эрозия шейки матки выявлена в 40,5% (17), кольпита – в 33,3% (14) случаях.

В результате комплексного лечения полное исчезновение симптомов воспалительного процесса наблюдается в 92,9% (39) случаях, лишь в 7,1% (3) случаях признаки хронизации воспалительных заболеваний персистировались и по поводу чего пришлось провести по-

вторный курс лечения. При катamnестическом наблюдении в течение года у 59,5% (25) пациенток наступила беременность и 54,8% (23) из них в настоящее время находятся на разных сроках беременности.

Выводы. Итак, обобщая полученные данные можно заключить, что широкое применение современных методов физической реабилитации, таких как физиолечение с аппаратом «Ультратон» и аппаратом ультразвуковой терапии, электрофорез с лекарственными препаратами при помощи аппарата «Поток-1», эффективное применение лечебных упражнений Кегеля по индивидуально подобранной программе, способствуют полному исчезновению симптомов хронических воспалительных заболеваний у 92,9% больных и восстановлению фертильности у 59,5% пациенток.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ВЫВИХОВ БЕДРА У ДЕТЕЙ

А.Т. Джурабекова, А.А. Ахтамов, Ф.М. Аскарров

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью исследования: явилось разработка новой методики восстановительного лечения детей неврогенно обусловленной вывихом бедра в период консервативном лечении направленной на профилактику паралитических осложнений.

Материал и методы исследования: нами обследованы 220 больных детей различного возраста, наблюдавшихся у ортопедов по поводу вывиха бедра. Неврологическая патология обнаружено у 19 детей (8,4%). Возраст пациентов от 1 месяца до 14 лет. девочек было 14, мальчиков 5. Шесть детей родились в ягодичном предлежании, 7 родились стремительными родами, при рождении 9 возникла необходимость в стимуляции родовой деятельности у матери.

Неврологическая картина болезни обычно проявляется уже в первые дни и недели жизни ребенка. Основным в клинической картине у больных является диффузная мышечная гипотония, в результате чего во всех крупных суставах возможно движения в необычном большом объеме, легко можно пригнуть голову ребенка к стопам вытянутых ног и, наоборот, достать пальцами ног лба и ушей больного. Они лежат в «позе лягушки» вследствие гипотонического нижнего парапареза.

Результаты лечения: терапевтическая тактика в подобных случаях должна быть иной: трудно рассчитывать на успех одного лишь ортопедического лечения, если вывих вызван нейрогенно обусловленной гипотонией мышц. Поэтому, для решения поставленных задач предложено деротационное устройство (Патент UZFAR 00852 2013г.).

При слабости сумочно - связочного аппарата ребенок лежит с наружной ротации стоп. По этому показано

лечение в предложенном аппарате с устройствами внутренней ротации.

Использование этого аппарата в место гипсовой повязки в период фиксации после предварительного щадящего низведения головки до уровня впадины и ее вправления.

В течение периода фиксации проводится реабилитационное мероприятие с учетом характера нарушений в суставе. Ребенок начинает движения в краниальном (и каудальном) направлении с помощью тугоров и при помощи подшпикников, установленных на опорную ось устройство.

Терапевтическая тактика в подобных случаях, по нашему мнению, должна быть иной: трудно рассчитывать на успех одного лишь ортопедического лечения, если вывих вызван нейрогенно обусловленной гипотонией мышц.

При миотоническом синдроме на область поясничных позвонков электрофорез спазмолитиков, прозерина, рассасывающихся препаратов, парафиновые аппликации. Кроме того применялись инъекции витаминов В1 и В12, прозерина, парафиновые аппликации на пораженные мышцы, электростимуляции мышц, лечебную гимнастику.

Выводы: Активная патогенетическая терапия с использованием деротационного устройства обеспечивает активную разработку движений в тазобедренном суставе и способствуют раннюю активизацию больного.

Диагностика неврологической патологии, приводящей к возникновению вывихов, возможна и необходима уже в период новорожденности.

ГИРУДОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

А.Т. Джурабекова, С.З. Хакимова, Ф.М. Расулова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: оптимизировать лечение у больных с хронической ишемией мозга, с добавлением к комплексному лечению гирудотерапии.

Материал и методы исследования: в течение 1 года гирудотерапия проведена 135 пациентам в неврологическом отделении областной многопрофильной больницы. Средний возраст пациентов составил 55,4±3,8 лет, 77% пациентов составили женщины, 23% – мужчины. У

73% пациентов заболевание протекало на фоне длительно существующей артериальной гипертензии. По данным доплерографии (оценена в 98 случаях) только у 3 пациентов были выявлены гемодинамически значимые стенозирующие атеросклеротические поражения прецеребральных артерий, касавшиеся сонных артерий. Патологическая извитость позвоночных артерий описана у 7 пациентов, у 43 пациентов выявлено вертебро-

генное воздействие на позвоночные артерии. Сеансы гирудотерапии больным проводились ежедневно, в каждом сеансе применялось 5–8 пиявок. На курс до 7–10 процедур. Гирудотерапия проводилась под наблюдением протромбинового индекса и АД.

Результаты: гирудин, содержащийся в слюне пиявок, улучшает реологические свойства крови и микроциркуляцию, нормализует обменные процессы в тканях, уменьшает гипоксию, повышает иммунитет, снижает артериальное давление. Преимущества, которые она имеет перед другими методами лечения это: отсутствие негативных последствий; отсутствие побочных эффектов; минимум противопоказаний. За один раз пиявка способна высосать около 5 мл крови. Сеанс длится до насыщения пиявки (20–60 мин), после него остаётся ранка, которая в норме выделяет кровь, лимфу и тканевую жидкость, до 6–16 ч. Количество вытекаемой крови 50–300 мл. Действие выражается в разгрузке регионального кровотока пиявками. Каждому пациенту проведено от 5–10 процедур гирудотерапии. Зоны приставки

пиявок: копчик, шейно-воротниковая зона, область печени, сердца, затылочная область, сосцевидные отростки. При предъявлении основных жалоб значительное улучшение отмечали у 86 % пациентов, ухудшения в процессе лечения не наблюдали. У 93 пациентов был оценен объективный неврологический статус до и после гирудотерапии. Значительное улучшение в неврологическом статусе после курса гирудотерапии было отмечено у 87–58% пациентов. У 73% пролеченных пациентов были стабилизированы цифры АД, в 34% случаев потребовавшие уменьшения дозировок принимаемых гипотензивных препаратов. В большинстве случаев пациенты отмечали улучшение настроения, улучшение или нормализацию ночного сна, появление бодрости и стремления к выздоровлению.

Таким образом, добавление к комплексному лечению гирудотерапии показало тромболитическое, противовоспалительное, нейротрофическое действие, а также восстановление микроциркуляции тканей, способствует снижению артериального давления.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

З.А. Джураева, Х.Т. Хамраев, Н.Л. Бабаева

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы Разработать систему ранней диагностики, профилактики диабетической нефропатии при сахарном диабете 1 типа у подростков.

Материалы и методы В исследование было включено 49 пациентов с сахарным диабетом (СД) 1 типа с дебютом заболевания в подростковом возрасте.

Всем больным выполнено стандартное клинико-анамнестическое обследование, физикальный осмотр, лабораторно-инструментальные исследования. Оценка показателей АД, соматотипа, учитывая возрастные особенности пациентов, проведена с использованием центильных таблиц. Целевым уровнем гликированного гемоглобина (HbA1c) являлся показатель $< 7,6\%$. Система наблюдения за больным с СД 1 типа включала в себя: определение HbA1c 4 раза в год; исследование микроальбуминурии (МА); офтальмологическое обследование с фотографированием глазного дна; неврологическое обследование с определением вибрационной и других видов чувствительности; определение ограничения подвижности суставов.

Результаты: Обсуждение результатов проведенного нами исследования при сопоставлении с данными проведенных научных изысканий позволяет формировать достаточно оптимистичную точку зрения: диабетическая нефропатия является прогнозируемым осложнением СД 1 типа у подростков. Имеющиеся данные исследований, в том числе полученные нами, свидетельствуют об эффективности раннего системного подхода к диагностике и профилактике диабетического пораже-

ния почек, которое необходимо начинать уже в первые недели после манифестации СД 1 типа у подростков. Имеющийся арсенал средств патогенетической терапии позволяет лечащему врачу в настоящее время замедлить (в ряде случаев остановить) прогрессирование ранней стадии ДН у пациента с СД 1 типа в детском возрасте. Особое значение имеет информированность, неформальная мотивация, психологическая поддержка детей и их родителей. Только полная совокупность всех составляющих при ведении ребенка с тяжелым недугом может значительно улучшить прогноз СД 1 типа и его специфических осложнений, в том числе диабетической нефропатии.

Выводы Профилактика прогрессирования диабетической нефропатии у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа основана на применении на доклинической стадии данного осложнения повторных систематических курсов ингибиторов ангиотензин превращающего фермента, сулодексида в дебюте нефропатии при условии компенсации нарушенного углеводного обмена

Проведенные популяционные исследования также показали наличие четкой корреляции между гликемическим контролем и микрососудистыми, а также неврологическими осложнениями диабета. Следовательно, оптимальный гликемический контроль является «золотым стандартом» профилактики осложнений, в том числе ДН, при СД 1 типа.

РЕАБИЛИТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ

К.Р. Дильмурадова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования – оценить эффективность кортексина при гипоксически – ишемических энцефалопатиях у новорожденных.

Материал и методы исследования. В Самаркандском областном перинатальном центре с 2006 года при лече-

нии новорожденных с гипоксически – ишемическими поражениями центральной нервной системы используется ноотропный препарат – кортексин. По истечении 8 лет работы с этим препаратом проведена оценка эффективности его применения в виде монотерапии или в

комплексном лечении гипоксически – ишемических энцефалопатий у новорождённых. Обследованы 80 новорождённых: первую группу составили 32 новорождённых, получавших общепринятое лечение, вторую группу – 48 больных, получавших кортексин (0,5 – 1,0 мг на 1 кг массы тела в сутки внутримышечно в течение 10 дней). При тяжелых повреждениях центральной нервной системы дозы кортексина повышали до 10 мг 1 раз в сутки. Критериями назначения кортексина были недоношенность различной степени, перинатальные повреждения центральной нервной системы, судорожный синдром, вегетовисцеральные дисфункции, синдром двигательных расстройств и низкая масса тела при рождении.

Новорождённые получали кортексин с момента постановки диагноза (2-3 сутки жизни). Дважды в сутки оценивались клинический и неврологический статус. Нарушения двигательной активности, выявленные при первом осмотре (3-и сутки жизни), были связаны с расстройствами мышечного тонуса в виде вялого пареза верхних конечностей, что сопровождалось нарушением периостальных рефлексов с ассиметричным угнетением таких врождённых рефлексов, как ладонно-ротовой, верхний хватательный, Моро, со стороны нижних конечностей отмечалось повышение мышечного тонуса. Рефлексы опоры и шаговый были значительно снижены. У 66 (82,5%) при нейросонографии выявлены признаки повышения экзогенности в перивентрикулярных

областях, перивентрикулярная лейкомаляция – у 15 (18,7%), внутрижелудочковые кровоизлияния различной степени – у 18 (22,5%).

Результаты и обсуждение. На фоне лечения у всех обследованных отмечалась положительная динамика неврологического статуса в течение всего периода наблюдения. Неврологический статус значительно улучшился у 76% новорождённых 2 – й группы и улучшился у 15%. В 1-й же группе значительное улучшение отмечалось лишь у 26%, улучшение – у 48%, а у остальных 26% детей не наблюдалось положительной динамики в неврологическом статусе. К концу неонатального периода у новорождённых 2-й группы отмечено полное восстановление врождённых рефлексов: Моро, верхний хватательный, рефлекс опоры, шаговый, а также улучшение данных нейросонографии. Становление двигательной активности у детей, получавших общепринятое лечение, запаздывало: исследованные рефлексы у них значительно или ассиметрично снижены или быстро истощались.

Выводы. Реабилитация новорождённых с перинатальными поражениями центральной нервной системы высокоэффективна при применении кортексина, ноотропного препарата, способствующего быстрой нормализации неврологического статуса, хорошо переносимого, не оставляющего осложнений и побочных эффектов.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ

А.Ю. Долбилкин, С.Г. Абрамович

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования

Целью исследования было изучение качества жизни у больных АГ под влиянием комплексной магнитотерапии в санаторно-курортных условиях.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 82 больных АГ 1-2 стадии и 1-2 степени с низким, средним и высоким риском развития осложнений в возрасте от 30 до 69 лет, средний возраст – 51,3±3,1 года. Были сформированы три группы. Первая группа была представлена 29 больными АГ (средний возраст 49,6±2,6 года), которым был назначена бальнеотерапия поясными хлоридными натриевыми ваннами (ХНВ) и процедуры общей магнитотерапии (ОМТ) с помощью магнитотерапевтической установки «УМТИ-3Ф Колибри». Во вторую группу вошли 27 больных АГ, в лечении которых был назначен стандартный комплекс санаторно-курортной терапии с дополнением в виде транскраниальной магнитотерапии аппаратом «АМО-АТОС» с помощью приставки «Оголовье». Третья группа (основная группа) была представлена 26 больными АГ, в санаторно-курортном лечении которых, наряду с бальнеотерапией ХНВ, был назначен комплекс аппаратной физиотерапии, включающий применение в течение одного дня двух процедур магнитотерапии. В первую половину дня проводились процедуры магнитотерапии: вначале транскраниальная магнитотерапия, а через 60 минут – процедура ОМТ. Во вторую половину дня больные получали бальнеотерапию ХНВ. Всем больным АГ (до санаторно-курортного лечения и сразу после его окончания) проведено изучение КЖ с помощью компьютеризированной версии опросника «SF-36 Health Status Survey».

Результаты исследования. КЖ по всем шкалам SF-36 у больных оказалось достоверно ниже нормативных

значений. Самые низкие показатели при АГ, не превышающие 40 баллов, отмечались по шкалам общего состояния здоровья, ролевого физического и эмоционального функционирования. При оценке общего здоровья пациенты в основном отмечали стабильное состояние по сравнению с прошлым, более половины больных рассчитывали на его предстоящее улучшение. Проблемы, связанные с эмоциональной ролью, отмечены более чем у 70% больных, в основном они были связаны с профессиональными трудностями.

У больных АГ при оценке КЖ отмечена его положительная динамика во всех трех сравниваемых группах, что отражает позитивное влияние санаторно-курортного лечения на клинические проявления АГ. Вместе с тем в группе пациентов, получавших комплексную магнитотерапию, было отмечено значительное улучшение показателей КЖ, в большей степени касающегося шкал психологического здоровья (ПКЗ). В целом, у больных 3-ей группы после лечения имело место повышение параметров КЖ, характеризующих ПКЗ, на 32,5% ($p < 0,05$), тогда как в 1-ой и 2-ой группах эти показатели увеличились только на 12,1% ($p > 0,05$) и 15,5% ($p > 0,05$). Во всех сравниваемых группах в одинаковой степени отмечено повышение по шкалам, представляющих физический компонент КЖ.

Выводы. Комплексная магнитотерапия в санаторно-курортных условиях способствует повышению уровня КЖ пациентов с АГ за счёт повышения их жизненной активности, психического здоровья, ролевого функционирования, обусловленного физическим и, особенно, эмоциональным состоянием.

ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**Ф.А. Дониёрова***Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Цель исследования: изучить факторы риска и особенности течения физиологической гипербилирубинемии у доношенных новорожденных.

Материалы и методы исследования: В основу исследования положены данные обследования 46 детей, изучен анамнез и оценено здоровье их мам. Среди новорожденных было 26 мальчиков (56,5%) и 20 девочек (43,5%). В ходе проведенного исследования новорожденные были подразделены на 2 группы. Первую группу составили 20 новорожденных, без развития желтухи составили - группа сравнения, у 56,5% (n=26) новорожденных наблюдалась физиологическая гипербилирубинемия (ФГ) – основная группа. В зависимости от максимального уровня билирубина и продолжительности желтухи дети были разделены на две подгруппы: I группа - с умеренной физиологической гипербилирубинемией (уровень билирубина не более 230,0 мкмоль/л); II группа - с физиологической гипербилирубинемией высокой степени (уровень билирубина 230,0-270,0 мкмоль/л, затяжной характер с длительностью более 21 дня). В I группу вошли 73,1% (n=19) новорожденных, во II – 26,9% (n=7) детей.

Результаты исследования: Фактором риска умеренной ФГ являются возраст матери старше 35 лет, наличие хронической патологии билиарного тракта и мочеполовой системы, ожирение II степени. Факторами риска ФГ высокой степени, кроме этого, являются юный возраст матери, частые ОРВИ (2 раза за беременность), хроническая внутриутробная гипоксия плода, тяжелые гестозы и патологическое течение родов.

Со стороны ребенка достоверно значимыми факторами риска развития умеренной ФГ у доношенных новорожденных являются морфо-функциональная незрелость и синдром дезадаптации. Для развития ФГ высо-

кой степени, кроме того, достоверно значимы задержка внутриутробного развития плода, масса тела при рождении более 4000 гр, и травматизация в родах (обильные петехии, кефалогематома).

Уровень билирубина у детей с физиологической гипербилирубинемией колеблется в пределах от 79 до 270 мкмоль/л, максимальный подъем уровня билирубина приходится на 3-4 сутки.

Исчезновение желтушного окрашивания при умеренной ФГ у 54,4% детей происходило к концу первой недели жизни, к концу второй недели желтуха отсутствует у 93,2% новорожденных. При высокой ФГ исчезновение желтушного окрашивания к концу первой недели наблюдалось только у 14,3%, к концу третьей недели жизни - у 71,4%, а у 14,3% желтуха держалась до месяца.

Вывод: исследованы причины и особенности течения физиологической гипербилирубинемии у доношенных детей в зависимости от степени повышения билирубина в сыворотке крови. Показано, что у матерей новорожденных детей с высоким уровнем билирубина достоверно выше степень перинатального риска. Большинство женщин фертильного возраста к моменту зачатия имеют хроническую патологию одной или нескольких систем, что оказывает негативное влияние на здоровье их будущих детей, в том числе на выраженность желтушного синдрома. На развитие ФГ оказывают влияние возраст матери старше 35 лет, особенности течения беременности и родов.

У большинства новорожденных исчезновение желтушного окрашивания при умеренной ФГ происходит к концу первой недели жизни, тогда как при высокой ФГ к концу третьей недели жизни.

ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, ПЕРЕНЕСШИХ ДВУХСТОРОННЮЮ КАРОТИДНУЮ ЭНДАРТЕРАКТОМИЮ**Ш.Б. Дусчанов, М.О. Матякубов***Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии*

Цель исследования: Изучить состояние церебральной гемодинамики и когнитивных функций у больных с тотальным поражением сонных артерий, перенесших каротидную эндартерэктомию (КЭАЭ).

Материал и методы: Нами обследовано 160 больных с различной степенью хронической сосудисто - мозговой недостаточностью (ХСМН). Все больные имели двухсторонний гемодинамически значимый стеноз бифуркации обеих сонных артерий (более 60%) и различной степенью когнитивных нарушений, которым была выполнена двухсторонний КЭАЭ в отделении нейрохирургии Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи Хорезмского Филиала.

Из 160 больных мужчин было- 78 (48,8%), женщин – 82 (51,2%). Средний возраст больных составил $62,1 \pm 4,2$ лет. Среди сопутствующих заболеваний ИБС наблюдалась 68,5% больных, 15,6 % больных ранее перенесли инфаркт миокарда, артериальная гипертензия имела у 78,5% больных, сахарный диабет у 11,2%, атеросклеротическое поражение артерий конечностей- 21,4%.

До операции, через 4 месяц после первого КЭАЭ и через 4 месяц после второго КЭАЭ у больных проводили следующие исследования: определение показателей когнитивного дефицита по международной шкале MMSE, количественную оценку показателей транскраниальной доплерографии (ТКДГ) на аппарате Logidop- 4 фирмы «Kranzburlem medizinische systeme» (Германия). При ТКДГ изучали показатели линейной скорости кровотока (ЛСК) в СМА, ПМА, ЗМА.

Результаты: До операции у больных по шкале MMSE средний балл составил – $18,3 \pm 0,64$; через 3 месяц после первого КЭАЭ средний балл составил- $22,2 \pm 0,78$. Через 3 месяц после второго КЭАЭ у больных по шкале MMSE средний балл повысился до $26,4 \pm 0,54$.

До операции у больных при исследовании ТКДГ, ЛСК в ПМА составлял $42,14 \pm 3,6$ см/сек, в СМА - $54,1 \pm 2,3$ см/сек, в ЗМА – $50,8 \pm 1,2$ см/сек. Через 3 месяц после первого КЭАЭ в динамике ЛСК в ПМА повысилась до $52,4 \pm 3,4$ см/сек, в СМА до $66,1 \pm 5,3$ см/сек, в ЗМА до $64,6 \pm 2,3$ см/сек. Через 3 месяц после второго КЭАЭ в

динамике ЛСК в ПМА повысилась до $62,4 \pm 2,1$ см/сек, в СМА до $78,1 \pm 6,3$ см/сек, в ЗМА до $72,4 \pm 4,1$ см/сек. Также отмечалось снижение периферического сосудистого сопротивления в результате нормализации тонуса сосудов головного мозга.

Выводы: 1. Проведение операций КЭАЭ у больных, с атеротромботическим подтипом ИИ на фоне стенозирующего поражения магистральных артерий головы, восстанавливает перфузию в пораженном каротидном бассейне и в целом улучшает церебральную гемодинамику, что способствует не только быстрейшему восстановлению неврологического дефицита, но и является эффективной мерой профилактики повторных ОНМК.

2. Двухстороннее гемодинамически значимое стенозирующее поражение сонных артерий способствует не только развитию ХСМН III-IV стадии, но и формированию умеренных и выраженных когнитивных нарушений.

3. Поэтапное восстановление мозгового кровотока посредством проведения открытых операций КЭАЭ и нейрометаболической терапии в значительной мере уменьшает выраженность когнитивного дефицита по данным шкалы MMSE, улучшает качество жизни, снижает риск развития острых сосудисто-мозговых катастроф.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МЕТОДАМ ФИЗИОПРОФИЛАКТИКИ

В.В. Ежов, Ю.И. Андрияшек

Крымский государственный медицинский университет им.С.И.Георгиевского

С целью исследования стремления к методам физиопрофилактики разработана «Веллнесс-анкета приверженности природным методам оздоровления», прототипом которой явились методики анкетирования, применяемые для анализа приверженности пациента к лечению и выполнению врачебных рекомендаций (Morisky D.E., 2008). В анкету включены семантики, отражающие самооценку субъективного психофизического здоровья, социальной активности, стремления в направлениях натуро-, фито-, аква- и кинезофилии, закалывающих мероприятий, двигательного, питьевого и диетического режимов, форм проведения выходных дней и ежегодного отпуска, контроль экзо- и эндогенных факторов риска и вредных привычек.

Проведена апробация веллнесс-анкеты и выявлены характерные профили по отдельным шкалам у школьников, студентов и взрослых лиц. В результате анкетирования выявился ряд различий по показателям физиопрофилактической комплаентности у обследуемых лиц. В группе школьников-подростков выявлены низкие показатели по шкалам, отражающим состояние психического и духовного здоровья, владения навыками самоконтроля здоровья и условий для реализации оздоровительных мероприятий. Группа студентов имела высокую приверженность к выполнению диетических рекомендаций, у лиц данной группы регистрировались средние уровни физического и психического здоровья. Группа врачей отличалась наиболее высокими показателями натурофилии и стремления к духовному здоровью, а также умениями в сфере самоконтроля состояния

здоровья. Среди лиц, регулярно занимающихся в группе «Здоровье» отмечался наиболее высокий уровень психических показателей здоровья, а также реализации ими имеющихся возможностей для целей оздоровления. Во всех наблюдаемых группах регистрировалась высокая приверженность к водным процедурам, методам домашней физиотерапии, что свидетельствует не только о сохранении традиционных натуропатических взглядов, но и о реальных оздоровительных эффектах физиопрофилактики, нашедших отражение в их высокой оценке.

В целом, по данным веллнесс-анкеты неблагоприятное валеологическое поведение регистрировалось у 90% студентов и школьников, благополучное нерегулярное поведение – лишь у 10% студентов и школьников, у 90% врачей и у 75% лиц, занимающихся в группе «Здоровье». Тем самым, в категорию лиц с благополучным регулярным поведением вошли лишь 10% врачей и 25% лиц, занимающихся в группе «Здоровье» и не был отнесен ни один из исследуемых студентов и школьников.

Учитывая, что наиболее низкие показатели приверженности к методам физиопрофилактики выявлены, прежде всего, по шкале кинезофилии, в качестве эффективного превентивного метода предложен новый вариант фитнес-тренировок, сочетающих нордическую ходьбу, лечебную гимнастику и активную климатотерапию на открытом воздухе (патент UA № 28407). Данный метод внедрен в работу санаториев Крыма.

К ВОПРОСУ ПРЕВЕНЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

С.З. Ешимбетова

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Совершенствование мер профилактики, ранней диагностики и эффективности лечения психических заболеваний является важным пунктом в деле реформы психиатрической службы в нашей стране (Постановление Кабинета Министров от 25 июля 2013 г. №207 «Программа дальнейшего развития и укрепления материально-технической базы психиатрической службы Республики Узбекистан на 2013-2017 г.г.»).

Особое место в этом деле занимает вопрос раннего выявления и лечения детей с психическими и поведенческими расстройствами, в частности разработка и утверждение Приказом МЗ РУ стандартов диагностики

и лечения детей с пограничной нервно-психической патологией.

Данная проблема широко обсуждалась психиатрической общественностью на XVI Всемирном Конгрессе психиатров, прошедшем в сентябре 2014 года в Мадриде. Внимание специалистов-психиатров было обращено на совершенствование превенции в психиатрии в целом с учетом охвата всех известных на сегодняшний день психических заболеваний эндогенной природы (С. Arango, 2014).

В деле правильной и эффективной организации работы по превенции психических и поведенческих расстройств необходимо обратить внимание на тот

факт, что большинство эндогенных заболеваний берут начало в детско-подростковом возрасте, а диагностируются позже, когда заболевание приобретает неблагоприятное прогрессивное течение (Castle D.J., Murray R.M., 1993). К сожалению, лечебно-профилактические мероприятия, осуществляемые психиатрическими стационарами и диспансерами, направлены на вторичную профилактику рецидивов уже манифестировавшего заболевания.

С учетом вышесказанного, успешность превентивных мероприятий в отношении эндогенных психических заболеваний может обеспечить тщательное изучение факторов риска, имеющие место задолго до манифеста заболевания. В частности, известны факторы риска при шизофрении, которые в свою очередь делятся на ранние прекурсоры (наследственность, акушерские осложнения, неврологические нарушения, ранняя разобщенность и формальность, особенности семейного функционирования и т.д.), и поздние прекурсоры (поведенческие нарушения, социальная дисфункция и девиации поведения, социальная самоизоляция, социальная тревога и беспокойство, пассивность, уплощение аффекта, своеобразие личности). Установлены ранние клинические признаки шизофрении у детей: безмотивные страхи, нарастающая вялость, нарушение активности, погружение в мир отвлеченных фантазий, синдром

расщепления личности (синдром одичания), стойкие двигательные автоматизмы, нарушения игровой деятельности у детей, двигательные (кататонические) расстройства, расстройства мышления и зрительных галлюцинации. Следует отметить, что в большинстве случаев так называемая идиопатическая эпилепсия манифестирует именно в детско-подростковом возрасте (более 75% случаев). На сегодняшний день также установлено, что 59% пациентов переживают первый эпизод биполярного аффективного расстройства в детском или подростковом возрасте, при этом более половины из них не получают лечение в течение последующих пяти и более лет.

Таким образом, наряду с превенцией пограничной нервно-психической патологией у детей и подростков, необходимо обратить должное внимание на психические заболевания эндогенной природы. В частности, изменить подходы к изучению факторов риска психических и поведенческих расстройств и формированию «групп риска» среди детей и подростков. В решении данного вопроса, помимо психиатров, должны принимать участие широкий круг врачей других специальностей, таких как врачи общей практики, педиатры, подростковые врачи, детские невропатологи, школьные врачи, а также школьные и медицинские психологи.

ВЕРТЕБРОГЕН НЕВРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ТРАКЦИОН МЕТОДИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

М.Т. Жаббаров, И.А. Қиличев, Н.Ю. Худайбергенов

Тошкент тиббиёт академия Урганч филиали

Илмий тадқиқот ишининг мақсади: Вертеброневрологик касалликларни комплекс даволашда тракцион даволаш усулини самарадорлигини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Илмий тадқиқот ишини амалга ошириш учун “Хоразм-Нейрон” хусусий клиникасида вертеброневрологик касаллик билан даволанган 32 та беморни кузатиб, ўрганиб чиқдик. Тадқиқ қилинган беморларнинг 20 тасини эркалар (62,5%), 12 тасини аёллар (37,5%) бўлиб. уларнинг ўртача ёши 35,7 ни ташкил этди. Беморларнинг 23 тасида бел-думгаза соҳасида, 11 тасида бўйин соҳасида вертеброневрологик зарарланиш аниқланган. Беморлар 2 та гуруҳга ажратиди. 1- гуруҳ беморларга (16 та бемор - 50%) консерватив, физиотерапевтик даво билан биргаликда тракцион усул қўлланилди. 2 –гуруҳ беморлар (16 та бемор - 50%) фақат медикаментоз ва физиотерапевтик даво муолажаларини қабул қилган. Тракцион терапия ўтказилганда беморларнинг ёши, вазни билан биргаликда паравертебрал мушакларнинг ривожланганлик даражаси ҳисобга олинди. Бўйин соҳасидаги тракция фақат рефлексор синдромларда ўтказилди. Тракцион даволаш усули умуртқа поғонаси остеохондрозининг рефлексор компрессион синдромларида қўлланилади. Тракция махсус тракцион столда ўтказилади. Бу усулнинг мақсади паравертебрал тўқималарга – мушаклар, бойлам аппарати, пай ва бўғимларнинг капсуласи, умуртқа ҳаракат сегментига таъсир қилиш ва умуртқа чуқур мушакларини релаксация қилиш, юқорида санаб ўтилган тузилмаларни механофизиологиясини яхшилаш ва функционал блокларни бартараф этишдан иборат. Механик трак-

ция миорелаксантлар, тракциядан олдин массаж қўллаш билан биргаликда олиб борилади. Тракция қилиш узлуксиз таъсир қилиш дастурида ўтказилди. Тракцион терапия давомида муолажалар сони -6 та, тракцияда қўлланилган юк оғирлиги максимал 12 кг ни ташкил этган.

Илмий тадқиқот ишининг натижалари ва муҳокама: Тракцион терапия зарарланган тўқималар трофикаси ва қон айланишини яхшилади, мушакларни релаксация қилади ва умурқаларнинг ҳаракат стереотипини яхшилади. Бу усулни ўтказишга қарши кўрсатмалар умуртқа поғонасининг онкологик касалликлари, жароҳатлари ва ўткир яллиғланиш касалликлари, суяк сили, ички аъзоларнинг декомпенсация босқичидаги касалликлари, бел соҳасидаги кучли оғриқлар ва операциядан кейинги ҳолатлар ҳисобланади. Тракция қўлланилганда бирорта ҳолатда беморлар ўзини ёмон ҳис қилмаган. Беморларнинг 6 (18,7%) тасида диск чурраси сабабли неврологик синдром бўлганда самара кузатилмаган, беморларнинг (82,3%) да клиник яхшиланиш кузатилди. Бунда беморларнинг стационарда ўртача бўлиш кўрсаткичи 2-гуруҳ беморларга қараганда 4-кунга қисқарган ва 10 кунни ташкил этган. Бундан ташқари рефлексор синдромларда илдизли синдромларга қараганда даволаш натижаси самарали бўлганлиги аниқланди.

Хулоса: Шундай қилиб, вертеброневрологик касалликларни комплекс даволашда тракцион терапияни қўллаш беморларни эрта госпитализация қилганда стационарда ўртача бўлиш кунини қисқартиради, комплекс даволаш самарадорлигини оширади.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ

Е.А. Жармухамбетов

Медицинский Центр управления делами Президента Республики Казахстан

Цель работы: оценить результаты ретроспективного исследования эффективности реабилитационных программ для больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу переломов нижних конечностей.

Материалы и методы исследования: в протокол было включено 112 больных с переломами нижних конечностей. Средний возраст выборки составил $42,2 \pm 2,3$ года. В обследованной группе преобладали мужчины (82 человека), по сравнению с женщинами (30 человек). Программа реабилитации включила образовательные циклы, консультирование, комплекс физических упражнений и физиотерапевтических процедур, аутотренинги и психологическую поддержку. Программа предусматривала проведение очередности реабилитационных мероприятий, кратности и обязательности их проведения.

Контрольную группу составили 118 травматологических больных с различными формами переломов нижних конечностей, получившие стандартное лечение (базисную и симптоматическую терапию). Средний возраст составил $44,7 \pm 2,5$ года. Число женщин ровно 39 человек, мужчин – 69 человек. Для оценки качества жизни применяли общий опросник SF-36.

Результаты: по истечению первого, трех и шести месяцев оперативных вмешательств по поводу переломов нижних конечностей, показатели всех шкал: физического функционирования (ФФ), ролевого физического функционирования (РФФ), боли (Б), общего здоровья (ОЗ), жизнеспособности (Ж), социального функционирования (СФ), ролевого эмоционального функционирования (РЭФ) и психического здоровья (ПЗ) у больных первой группы были значительно выше, а боли (Б) были

ниже, чем в контрольной. Причем, степень превалирования показателей качества жизни по всем шкалам, за исключением боли (Б), имела особенности: именно в первой группе их нарастание прослеживалось постепенно от первого месяца к шести месяцам. Одновременно с этим, в течение всего периода обследования, максимальные различия имели место по шкалам: ролевого физического развития (РФФ), боли (Б), ролевого эмоционального функционирования (РЭФ) и жизнеспособности (Ж).

Выводы:

1. Программа реабилитации у больных с травмами нижних конечностей позволяют улучшить важные составляющие качества жизни.

2. Реабилитационные программы оказывают влияние на характер изменений различных составляющих качества жизни больных с травматическими повреждениями нижних конечностей, и позволяют добиться положительной динамики их состояния здоровья.

3. Оценка параметров качества жизни у травматологических больных может быть рекомендована для повышения эффективности мер по улучшению и восстановлению их состояния здоровья.

Исследование качества жизни после завершения оперативных вмешательств позволяет осуществлять мониторинг состояния больного в периоде реабилитации и отслеживать ранние и поздние осложнения, и побочные эффекты лечения. При этом, возможность полноценного восстановления больного и его возвращение к нормальной жизни, в значительной степени, зависят от мониторинга его качества жизни в периодах ранней и поздней реабилитации.

КОМПЛЕКСНЫЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Е.А. Жармухамбетов

Медицинский Центр управления делами Президента Республики Казахстан

Цель работы: определить медицинскую эффективность системы реабилитационных мероприятий при эндопротезировании тазобедренных суставов.

Материалы и методы исследования: исследованы две группы пациентов с эндопротезированием тазобедренных суставов (группа А и группа В). В группе А система реабилитационных мероприятий проводилась сразу же после проведения оперативного вмешательства в ближайшие сроки и по истечению года после эндопротезирования. В группе В реабилитационные мероприятия не проводились или проводились бессистемно.

Результаты: Число пациентов в группе А и в группе В, соответственно, составило 108 и 114 человек. Причем, в данных группах преобладали женщины: группа А (64,4% женщин и 35,6% мужчин); группа В (61,8% женщин и 38,2% мужчин). Причинами, приведшими к установке эндопротеза в целом, как в группе А, так и в группе В, основную долю составили пациенты с дегенеративными артритами (45,6%), далее находятся переломы шейки бедра (32,4%), наличие реэндопротезирования (10,8%) и асептического некроза (10,0%), опухоли костей (7,2 %). Наибольшее количество пациентов, пе-

ренесших эндопротезирование тазобедренного сустава, было в возрасте 70 лет и старше (39,2%), затем идут пациенты 60-69 лет (25,9%) и 50-59 лет (20,7 %), и группу 40-49 лет составляют 14,2% пациентов. После выписки пациента на амбулаторное лечение или перевода его в реабилитационное отделение, у пациента проводилось восстановительное лечение, основными задачами которого явились: восстановление движений в оперированном суставе, нормализация нервно-мышечного аппарата конечности, выработка и закрепление стереотипа движений в суставе, развитие и закрепление устойчивости и равновесия, а также адаптация к повседневной жизни. Система реабилитационных мероприятий включила: дыхательную гимнастику в первые сутки после операции; идиомоторные упражнения, занятия лечебной физкультурой – после удаления дренажей (24-72 часа); комплекс лечебной гимнастики составили упражнения на расслабление, активно-пассивные упражнения, дозированные изометрические мышечные сокращения (20-30 минут) до появления мышечной усталости с периодичностью 2-3 раза в сутки, вначале проводимые под контролем методиста, а затем самосто-

ятельно. Одновременно с лечебной физкультурой два раза в сутки по 30 минут пациентам проводили занятия с помощью аппарата пассивных движений. Пациент передвигался с помощью костылей, через 1-1,5 месяца после операции – посещал и плавал в лечебном бассейне при температуре воды 34-36°C выполнением упражнений в воде (20-25 минут) в течение 15-20 дней. Через 4- 5 недель после операции пациент переходил к использованию трости во время ходьбы. Проводился массаж нижних конечностей и электростимуляция мышц ягодичной группы оперированной конечности.

Выводы: проведенный ретроспективный анализ системы реабилитационных мероприятий (стационар - на

дому – поликлиника – центр реабилитации или лечебно – физкультурной диспансер) у пациентов перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава (группа А) при сравнении с однородной группой пациентов, но без проведения реабилитационных мероприятий (группа В), показывает медицинскую эффективность системы реабилитационных мероприятий, которая получила свое отражение в более низком проценте послеоперационных осложнений, быстрой психологической и социальной адаптаций, и значительном повышении показателей качества жизни пациентов.

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.Ш. Жониев, А.У. Рахимов, А.С. Бабажанов, У. Аралов, Б.К. Холбеков

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования. Определить эффективность применения лечебной гимнастики, составленной в соответствии с патогенетическими особенностями диффузного нетоксического зоба в предоперационной подготовке больных.

Материал и методы. Обследованию подвергнуты 66 больных с нетоксическим зобом. В предоперационной подготовке им проводилась лечебная гимнастика. Каждый двигательный режим имел свою определенную задачу. При тяжелом тиреотоксикозе за счет рациональной двигательной активности предполагалось нормализовать функцию внешнего дыхания, при среднетяжелом- улучшить тканевую утилизацию кислорода, при легком- подготовить основные вегетативные системы к операции. Так, комплекс для больных явлениями тиреотоксикоза состоял из упражнений для дистальных мышечных групп, дыхательных “динамических” и “статических” упражнений. Больным среднетяжелым токсикозом предписывали упражнения для более крупных мышечных групп, увеличивали амплитуду движений в сочетании с тренировкой глубокого дыхания. Комплекс для больных легким тиреотоксикозом состоял из тренирующих и эмоциональных упражнений в сочетании с глубоким дыханием. Состояние и уровень кислородного снабжения изучали на основании сатурации пульсоксиметром. Изучали показатели внешнего дыхания. Гемодинамику изучали по сердечному выбросу и “кислородному” пульсу, а состояние миокарда контролировали на ЭКГ. Исследования различных компонентов

дыхания проводили дважды - при поступлении больных в клинику и после предоперационной подготовки.

Результаты. Наиболее характерным оказалось сочетание различных вариантов гипоксии. Так, у 10% больных отмечалось сочетание дыхательной, тканевой и циркуляторной гипоксии, у 67%- дыхательной и тканевой гипоксии, а у 23% диагностирована только дыхательная гипоксия. Нарушение обменных процессов в миокарде обнаружено у 97% больных. Наиболее частым электрокардиографическим признаком тиреотоксикоза было уменьшение продолжительности интервала P-Q и изменение интервала S-T и зубца Т. Эти нарушения были зарегистрированы у 87% больных. В то же время ни разу не было отмечено нарушений ритма дыхания, частота дыханий в минуту у большинства больных не превышала 10-12 ($P<0,01$). Значительно снизилось потребление кислорода - в среднем 244 мл/мин (исходный уровень 296 мл/мин; $P<0,01$). Повышение насыщения артериальной крови кислородом (92,7%, исходная величина 90,6%; $P<0,01$) свидетельствует об увеличении функции внешнего дыхания. Так же установлено, что после лечебной гимнастики выравнивался ритм дыхательных движений, уряжалась частота дыхания (в среднем на 4 дыхания в минуту), снижалось потребление кислорода (в среднем на 12 мл).

Вывод. Продолжительные изменения кислородного обмена убедительно свидетельствуют об эффективности лечебной гимнастики у данных больных, а целесообразность ее использования несомненна.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР ПРИ ПАРОДОНТИТЕ У ТАБАКОВОДОВ

У.Ж. Жуматов, Н.Ш. Назарова

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Целью работы явилось определение эффективности использования двух видов физических вмешательств (гальванизация, лекарственный электрофорез) при хроническом генерализованном пародонтите химической этиологии в сравнении с традиционным методом лечения.

Материалы и методы. Исследования проведены на 3 группах табаководов в возрасте 25-65 лет с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести. Первая группа пациентов (26 человек) получала традиционное лечение, вторая группа (28 человек) по-

лучала традиционное лечение и гальванизацию дёсен и третья группа (27 человек) – традиционное лечение, гальванизацию и лекарственный электрофорез дёсен с 10% раствором хлорида кальция.

Состояние пародонта оценивали на основании пародонтальных индексов (РМА, ГИ, ИПК) и данных лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) и измерения напряжения кислорода (pO_2) в тканях пародонта полярографическим методом.

Результаты исследования. Установлено, что при лечении пародонтита с разной степенью эффективности

обладали все 3 указанных вида воздействия. Так, в 1 группе пациентов через 15 дней лечения наблюдалось снижение гигиенического индекса в 1,2 раза, через 30 дней – в 2,1 раза, через 6 мес. – в 1,7 раза по сравнению с исходным данным. В тканях десны существенно понижается воспалительная реакция, что подтверждалось данным индексов РМА и ИПК. На основании данных ЛДФ и полярографии прослеживается незначительная тенденция к улучшению микроциркуляции сосудов и обменных веществ в тканях пародонта в течение указанных сроков наблюдения. Следует отметить, что наиболее оптимальным является характер местных изменений в 3 группе пациентов. Здесь по сравнению с 1 и 2 группой резко ($P < 0,05-0,001$) снижается ГИ (в 2,1-2,3

раза больше) и РМА (в 1,6-1,7 раза больше), а ИПК, наоборот, повышается соответственно 1,8-2,1 раза ($P < 0,001$). У пациентов 3 группы прослеживается более выраженные повышение ЛДФ (в 1,2-1,6 раза больше) и нормализация напряжения кислорода (1,4-1,5 раза больше) в тканях пародонта, чем в 1 и 2 группах.

Таким образом, проведенные исследования позволили установить, что при лечении пародонтита у табаководов на фоне устранения местных патогенных факторов, самым эффективным является комплекс мероприятий с включением физиотерапевтических процедур – гальванизации и электрофореза десен с 10% раствором хлорида кальция.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА У ВЗРОСЛЫХ

М.Г. Жуматова

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Цель работы: Оценить эффективность применения лазеротерапии и зиртека для купирования обострения у больных atopическим дерматитом на фоне сахарного диабета.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находилось 34 больных, страдающих atopическим дерматитом легкого и среднетяжелого течения и сопутствующим сахарным диабетом 1 типа средней тяжести течения. Пациенты (16 женщин и 8 мужчин) были в возрасте от 18 до 27 лет. Манифестация atopического дерматита началась в детском и подростковом периоде в возрасте от 5 до 15 лет и у 5 больных совпала с манифестацией сахарного диабета. Все пациенты получали инсулинотерапию простым и продленным инсулином в общей дозе от 20 до 48 Ед в сутки. У 12 пациентов отмечалось сочетание кожной и респираторной аллергии (аллергический ринит). У 4 больных отмечался хронический бронхит с бронхоспастическим компонентом. У подавляющего большинства 19 пациентов (79%) отмечалась наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям. Обследуемые наблюдались дерматологом и эндокринологом. На момент включения пациентов в исследование atopический дерматит находился в стадии обострения, и больные не получали никаких лекарственных средств. Эти пациенты также по показателям гликемического профиля находились в стадии субкомпенсации и декомпенсации сахарного диабета. Всем больным было проведено клиническое и аллергологическое, биохимическое обследование (ЭКГ, уровень общего 1дЕ в сыворотке крови, кожные скарификационные пробы). Обследуемые были поделены на 2 группы. Пациентам в 1 группе (22 больных) был назначен зиртек в дозе 10 мг ежедневно на 60-120 дней (ингибитор H_1 -рецепторов второго поколения), а также проводилась чрескожная, эндоваскулярная лазеротерапия (местно на область кожных высыпаний и точек аку-

пунктуры, 8-10 процедур чез день). Контрольную группу составили 12 больных с сахарным диабетом и atopическим дерматитом, которым было проведено традиционное лечение с применением топического кортикостероида, витаминотерапии, различных антигистаминных препаратов (кроме зиртека). Тщательно проводилась коррекция доз инсулина.

Результаты: Основными симптомами на фоне диабета у больных были различные воспалительные элементы на поверхности кожи: покраснения, шелушение, сыпь, папулы, пустулы, эритемы, отшелушивающиеся чешуйки и пр. У 18 больных заболевание сопровождалось кожным зудом в течение длительного времени. У 4 больных отмечалась болезненность пораженных участков кожи, а у 13 больных - нарушение их чувствительности. Применение зиртека и лазеротерапии у пациентов оказало стойкое противовоспалительное действие и не препятствовало компенсации диабета. Вместе с постепенным снижением и исчезновением клинических признаков обострения atopического дерматита, компенсация сахарного диабета инсулином достигалась быстрее и была более устойчивой. Последующее наблюдение в течение 4-6 месяцев показало, что у всех больных, леченных с применением лазеротерапии и зиртека была достигнута длительная ремиссия atopического дерматита. В контрольной группе компенсация диабета и ремиссия дерматита наступала значительно позднее, а у 4 больных отмечалось по одному эпизоду легкого обострения.

Выводы: Установлено, что применение лазеротерапии и зиртека у больных сахарным диабетом и atopическим дерматитом способствовало более быстрому купированию кожных симптомов и достижению компенсации углеводного обмена, уменьшало сроки и объем лечения.

ОСОБЕННОСТИ КУРАЦИИ СПОРТСМЕНОВ СО «СПОРТИВНОЙ ГРЫЖЕЙ»

Г.М. Загородный, А.С. Ясюкевич, А.М. Шамко

Республиканский научно-практический центр спорта (Республика Беларусь)

Цель работы: оптимизировать лечебно-диагностические подходы к курации «спортивных грыж» у спортсменов.

Материалы и методы исследования: Обследовано 182 спортсмена высокого уровня, преимущественно – футболистов, 82% - мужчины.

Результаты: Установлено, что травмы паховой области достигают 12-18% от всех спортивных травм (в зависимости от обрабатываемости) и носят, как правило, хронический характер.

Предрасполагающими факторами выявлены патологии тазобедренного сустава и крестцово-

подвздошно-поясничного сочленения, асимметрии нижних конечностей, дисбаланс приводящих и прямых мышц. Среди внешних факторов - плохое качество покрытий (неровности, искусственный газон, скользкие поверхности и т.д.), особенности тренировочного процесса (прыжки, дриблинг, закаливание «пресса», чрезмерные нагрузки на занятиях ОФП). Следует отметить, что спортсмены обращаются за помощью не при первых симптомах, а при развитии заболевания. Доминирующие болевые зоны - лобковый симфиз и прямая мышца живота. Следует проводить дифференциальную диагностику с мочекаменной болезнью, острым циститом, артрозом тазобедренного сустава, защемлением полового нерва, воспалением паховых лимфоузлов, аднекситом, варикоцеле и др.

Отличительными чертами «спортивной грыжи» от классической паховой грыжи являются отрицательный

кашлевой толчок, отсутствие внешних признаков, слабость задней стенки, расширение пахового канала при нагрузке, динамическое УЗ-наблюдение (в покое и после физнагрузки).

В большинстве случаев эффективно консервативное лечение с обязательной ЛФК для ликвидации дисбаланса приводящих мышц и мышц брюшного пресса и кинезотерапией. Хирургическое лечение показано при неэффективности консервативного (лапароскопическая херниопластика задней стенки).

Выводы: «Спортивные грыжи» требуют мультидисциплинарного подхода в лечении и диагностики (общая хирургия, ортопедия, урология, травматология, кинезотерапия, физиотерапевты). Особое внимание следует уделять профилактическим мероприятиям (рациональная кинезотерапия, исключение провоцирующих внешних и внутренних факторов, самоконтроль).

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ МЕТОДОМ ТЕРМОГРАФИИ

Т.Н. Зайцева, А.Г. Куликов

Российская медицинская академия последипломного образования

Цель работы: выяснение эффективности применения ручного массажа и электростатического в сравнительном аспекте, с целью определения дифференцированных показаний к назначению данных методов.

Материал и методы исследования: Нами было обследовано и пролечено в условиях санаторной школы-интерната 27 детей со сколиозом I-II степени в возрасте 12-17 лет. Критерии исключения пациентов из исследования были повышенная судорожная активность, кожные воспалительные процессы, тяжелая сопутствующая соматическая патология. Пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу и клинико-функциональным показателям. Лица контрольной группы (12 человек) получали базисную терапию, включающую соблюдение ортопедического режима, занятия лечебной физкультурой, в том числе в бассейне, ручной массаж. В основной группе (15 человек) пациентам дополнительно к базисному лечению проводился курс низкочастотной электростатической терапии. Он состоял из 12-14 процедур, проводимых 3-4 раза в неделю. Воздействие во время процедур осуществлялось симметрично по всей спине. Для выполнения процедур низкочастотной электростатической терапии нами использовался, разрешенный к применению отечественный аппарат «ЭЛГОС». Регистрация температурного поля выполнялась термографом «ИРТИС 2000-МЕ», поскольку данный способ является безвредным, бесконтактным и обладает достаточной информативностью. Метод позволяет четко оценить эффективность проводимой терапии на любом этапе ее выполнения.

Результаты: Были получены термограммы, показывающие картину распределения температурных полей по телу пациентов. На основании полученных результатов можно предположить, что воздействие ручного мас-

сажа и воздействие переменным низкочастотным электростатическим полем похоже между собой, но в то же время наблюдаются некоторые отличия. Так например, при анализе термограмм, регистрируемых через 1 час после воздействия переменным низкочастотным электростатическим полем, отмечалось увеличение зоны гипертермии, обусловленное воздействием не только на кожу и подкожно-жировую клетчатку, но и на глубокие мышечные структуры. При обработке термограмм после курса лечения отмечалось выравнивание температурного диапазона поверхности спины, что свидетельствовало об улучшении гемодинамики и микроциркуляции в области воздействия. Сравнительные исследования, выполненные после повторного курса лечения показали существенное преимущество комплексного использования низкочастотной электростатической терапии по сравнению с пациентами контрольной группы. Однако, ввиду того, что изучаемые группы были немногочисленными, говорить о достоверном преимуществе лечебного комплекса в основной группе по отношению к контрольной пока преждевременно.

Таким образом, на основании полученных результатов, можно сделать заключение о возможности и эффективности низкочастотной электростатической терапии у детей со сколиозом, некотором ее преимуществе по сравнению с ручным массажем (переносимость процедур детьми очень хорошая; более четкая воспроизводимость лечебных методик; возможность воздействовать на глубокие мышечные слои). Однако уточнение некоторых особенностей механизма ее лечебного действия, отработки оптимальных параметров лечебных методик и дифференцировки показаний к назначению требует дальнейшего продолжения данных исследований.

ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ

Н.И. Закирова, Ф.И. Закирова, В.Э. Курбаниязова, З.Т. Кабилова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: Разработать профилактические мероприятия для женщин. перенесших воспалительные заболевания гениталий.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находились женщины с обострением хронических воспалительных заболеваний гениталий. Всем женщинам были проведены общеклинические

лабораторные аппаратные методы исследования. Больные получали лечение в стационаре, после выписки им было рекомендовано продолжить реабилитационные мероприятия по месту жительства.

Результаты исследования: Для профилактики обострения хронических воспалительных процессов в осенние и весенние периоды применили комплекс мероприятий, в которых включались профилактические гимнастики, психоседативная, витаминотерапия, физиотерапия, фитотерапия, препараты десенсибилизирующие, повышающие активность защитных сил организма- иммуномодуляторы- 31 женщинам, нуждающихся в реабилитационной восстановительной терапии.

Это были- 8 женщин, перенесших патологические роды, 6- женщин с заболеваниями почек и хроническим метрозендометритом, 7 - женщин с ОАГ анамнезом с невынашиванием и недонашиванием беременности, бесплодием, 10 женщин, перенесших гинекологические операции и с НОМЦ. В систему мероприятий включалось оптимальное приспособление к труду и предупреждение заболеваний и их рецидивов. Всем больным

назначалось рациональное питание, строгое соблюдение правил личной гигиены и физиотерапевтические методы лечения - этиологически обоснованная терапия с целью реабилитационных мероприятий в основном для восстановления менструальной функции, нормализации овариальной и секреторной функций, а также профилактика воспалительных процессов, с целью предупреждения спаечного процесса.

Выводы. Проведенные профилактические мероприятия позволили снизить число обострений почти у 3,3% больных, а также ликвидировать у них вторично возникшие изменения нервной, эндокринной и сосудистой систем.

2. Они дали возможность избежать обострений хронических воспалительных процессов, улучшить самочувствие, повысить трудоспособность, нормализацию менструальной функции.

3. В комплекс физических методов лечения необходимо включать лечебную физкультуру, индуктотермию, влажные процедуры, электро- и ионофорез с лекарственными веществами, УВЧ санаторно-курортное лечение (грязе-, крио-, рефлексотерапия).

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР В ЛЕЧЕНИИ РАННИХ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ

Ф.И. Закирова, Г.С. Каримова, З.Т. Кабилова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить эффективность физиотерапевтических процедур при лечении ранних токсикозов беременных.

Материал методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 38 женщин с ранним токсикозом беременных. Рвоту I ст имели- 18 женщин, II ст женщин 12, III ст. – 8 женщин. Всем беременным проводились клинико- лабораторные методы исследования. Диагноз раннего токсикоза был установлен на основании лабораторных и клинических данных (рвоты от 5 до 10 раз и более в сутки, общей слабости, бессонницы, нарушения аппетита и по данным анализа мочи – наличие ацетона и ацетоуксусной кислоты, повышения остаточного азота и билирубина в крови.

Результаты исследования: Комплексное лечение больных включало общеукрепляющие, дезинтоксика-

ционное, общеседативные средства, включая физиотерапию. При рвоте беременных – гальванический воротник с бромом и новокаином по Щербаку, электрофорез с бромом и новокаином на область солнечного и шейного сплетения особенно при птолизме, а также атропин в разведении. Курс лечения выбирался индивидуально от 7 до 15 процедур. После проведения лечения состояние больных стало улучшаться уже на 2-3сутки заболевания, уменьшилась рвота появился аппетит и настроение. Одновременно с улучшением состояния улучшились лабораторные данные. Физиотерапевтические процедуры проводились далее в амбулаторных условиях.

Таким образом наши исследования показали высокую эффективность физиотерапевтических процедур в комплексном лечении рвоты беременных.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕЭКЛАМПСИЮ

Н.И. Закирова, М.М. Матлюбов, Н.Н. Шаваз

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования. Разработать реабилитационные мероприятия у женщин, перенесших преэклампсию тяжелой степени.

Материал методы исследования. Под наблюдением находилось 56 женщин, перенесших преэклампсию тяжелой степени. Все беременные были родоразрешены в клинике СамМИ, исход родов был благоприятный. Родильницы были выписаны в удовлетворительном состоянии, им было рекомендовано дальнейшее наблюдение и реабилитация осложнений беременности по месту жительства.

Результаты исследования: Реабилитационные мероприятия состояли из 4-х этапов и включали: I этап-устранение остаточных явлений преэклампсии. Были рекомендованы средства, улучшающие ЦНС, нормализующие водно-электролитный баланс, устраняющие гиповолемию и гипертонию. Лечение проводилось по-

сле родоразрешения в стационаре в течении 10-14 дней. II этап- после выписки родильницы рекомендовалось наблюдение в амбулаторных условиях, включающее регулярное измерение А/Д, осмотр, наблюдение и лечение гипертонической болезни, заболевания почек, сердечно-сосудистой системы и др.

III этап- продолжение наблюдения до 1 года после родов, ежемесячное клинико- лабораторное обследование, и при необходимости- продолжение лечение экстрагенитальной патологии.

IV этап- В период лечения и в течении 3 х лет - рекомендация эффективной контрацепции.

После проведения реабилитационных мероприятий большинство женщин поступили на последующее родоразрешение без признаков преэклампсии, и лишь у 36,6% беременных с наличием экстрагенитальной патологии присоединилась преэклампсия легкой степени.

Выводы. 1. Реабилитационные мероприятия у женщин, перенесших преэклампсию тяжелой степени, способствуют восстановлению функции внутренних органов, устранению остаточных явлений преэклампсии.

2. Для профилактики развития повторной преэклампсии рекомендуется проведение реабилитационных

мероприятий в течение 3 лет женщинам, перенесшим преэклампсию тяжелой степени.

3. Своевременное проведение реабилитационных мероприятий способствует снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, частоты развития тяжелой преэклампсии.

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

С.Х. Захидова, Х.Х. Асомов, Г.А. Хайдаров, К.Р. Тагаев

Самаркандский государственный медицинский институт

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Цель работы: Изучить результаты пластики брюшной стенки у больных с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами с применением лазеротерапии.

Материал и методы исследования: Проанализированы результаты лечения 299 больных в возрасте от 28 до 79 лет, оперированных по поводу послеоперационных ущемленных вентральных грыж с использованием различных способов пластики грыжевого дефекта. Все больные в зависимости от способа послеоперационного ведения были разделены на две группы, репрезентативные по возрасту, полу и сопутствующим заболеваниям: у 189 пациентов основной группы после грыжесечения проведена лазеротерапия аппаратами МИЛТА и ИМПУЛЬС 100, у 110 больных контрольной группы – лазеротерапия не проведена.

Результаты: Начиная со второго дня больные основной группы начали получать лазеротерапию по одному сеансу в течение 5-7 дней. Частота следования импульсов для аппарата МИЛТА – 5000Гц, ИМПУЛЬС 100 – 500Гц. Режим воздействия на рану дистанционный. Головка терминала находится на расстоянии 1 см от облучаемой поверхности (зоны аллопластики). Время экспозиции лазерного воздействия, и количество зон воздействия устанавливается в зависимости от длины послеоперационной раны, от 120 до 240 секунд. Импульсная мощность для аппарата ИМПУЛЬС 100 устанавливается на 10 Вт.

Проведенные исследования по изучению морфологии тканей, входящих в зону грыжи, а также оценки воздействия ИК лазерного излучения на переднюю стенку у пациентов с ущемленными грыжами световой и электронной микроскопии показали, что используемые нами виды лазерных воздействий аппаратами "ИМПУЛЬС 100" и широко известной "МИЛТА" оказывает не одинаковое воздействие на изученные ткани. ИМПУЛЬС 100" в большей мере оказывает влияние на

эпидермис, а "МИЛТА" в большей мере вызывает положительные сдвиги в дерме. Они заключаются в стимуляции функции фибробластов, интенсификации коллагенообразования. Общим в действии как "ИМПУЛЬС 100", так и "МИЛТЫ", являются выраженные изменения микрососудов, указывающие на стимуляцию микроциркуляции.

При анализе результатов оперативного лечения пациентов основной и контрольной группы оценивались характер течения ближайшего послеоперационного периода и отдаленные результаты лечения.

У пациентов основной группы в ближайшем послеоперационном периоде осложнения не наблюдались, у пациентов контрольной группы осложнения со стороны операционной раны отмечены в 23 (20,9%) случаях (у 16 пациентов – серома, у 5 – нагноение раны, у 2 – наблюдались лигатурные свищи).

Отдаленные результаты основной и контрольной группы изучены в сроки от 1 года до 3 лет. В основной группе рецидивов заболевания не отмечено ни в одном случае. У пациентов контрольной группы в отдаленном послеоперационном периоде рецидивы заболевания возникли у 15 (13,6%) пациентов, причем у 13 (86,7%) больных – в течение первого года после операции, а у 2 (13,3%) больных – через 3 года после операции.

При анализе длительности пребывания больных в стационаре выявлено, что средний койко-день в основной группе пациентов составил $10,5 \pm 1,5$, у пациентов контрольной группы средняя длительность пребывания в стационаре составила $18,8 \pm 1,0$ дней.

Выводы: Высокая эффективность и безопасность лазеротерапии, снижение послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания, сокращение сроков пребывания больных в стационаре дают все основания для включения данного метода в комплекс лечения больных с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами.

НАШ ОПЫТ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

С.Х. Зохидова, Х.Х. Асомов, Х.К. Карабаев, А.А. Улугмуродов

Самаркандский государственный медицинский институт

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Цель работы: Изучить эффективность низкоинтенсивной лазеротерапии (НИЛТ) у детей с нарушением моторики кишечника на фоне аппендикулярного перитонита.

Материал и методы исследования: В детском хирургическом отделении СФРНЦЭМП было проведено исследование по оценке эффективности НИЛТ при лечении больных с различными формами аппендикулярных перитонитов. В исследование было включено 25 больных в возрасте от 3 до 15 лет, в комплекс лечебных

мероприятий которым была введена НИЛТ – они составили основную группу. Группу клинического сравнения составили 13 пациентов, им НИЛТ не проводилась.

Результаты: Воздействие НИЛТ проводили с четырех полей: правой подвздошной области, правой мезогастральной области, области эпигастрия и левой мезогастральной области. Экспозиция для каждого поля лазерного воздействия составляла 60 с. Эффективность метода оценивалась клинически: появление кишечных шумов, отхождение газов и стула. Регистрация активно-

сти перистальтики в сроки 30 мин, 1 и 3 ч после сеанса НИЛТ свидетельствует о стойкой пролонгированной стимуляции моторики кишечника в условиях перитонита. Клинический эффект заключается в усилении кишечных шумов, раннем отхождении газов и появлении самостоятельного стула, причем практически уже во время сеанса. Следовательно, по сравнению с контрольной группой больных эффект достигался уже в первые часы после лазерного облучения кишечника. При проведении комплексной НИЛТ существенные сдвиги наблюдались уже с 3-5-х суток, отмечалась более ранняя нормализация всех обменных процессов, рассасывание инфильтратов. Исследования показали, что средние сроки заживления гнойных ран в контрольной группе составили $13,2 \pm 0,9$ дня, а у детей основной группы – $9,1 \pm 0,6$ дня.

Отмечается высокая экономическая эффективность: не требуется дорогостоящего оборудования, уменьшается количество медикаментозных препаратов. Метод высокоэффективен по сравнению с традиционными методиками, так как исключает сенсibilизацию организма и отсутствует возможность передозировки препаратов. Главное преимущество метода в том, что он обеспечивает патогенетическое лечение, а не симптоматическое, так как действует на все звенья патогенетической цепи.

Выводы: Высокая эффективность и безопасность НИЛТ, сокращение сроков пребывания больных в стационаре дают все основания для включения данного метода в стандарты лечения хирургической патологии у детей

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В ПЕРИОД РЕАБИЛИТАЦИИ ОБОЖЖЕННЫХ БОЛЬНЫХ

Н.Х. Зиганшина, М.С. Ашурова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы. Выявление психических расстройств на этапе реабилитации ожоговых больных и проведение адекватной психофармакотерапии.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 137 больных, получивших лечение в отделении комбустиологии СФРНЦЭМП с термической травмой различной локализации и площади, II-IV степени в возрасте от 18 до 54 лет, из них мужского пола 79 человек, женского – 58. Ведущим клиническим синдромом в обследуемой группе являлась астения, которая отмечалась у 100% больных. В клинической картине, наряду с астеническими расстройствами, наблюдались очаговые неврологические симптомы у 38 больных (30%); характерологические изменения (огрубение эмоций, склонность к чрезмерным аффективным реакциям, возбудимость, конфликтность, сутяжнические тенденции, частые истериформные проявления) у 35 больных (27,7%) и разной степени выраженности признаки интеллектуально-мнестического снижения у 21 больного (16,7%).

Мы применяли антидепрессанты амитриптилин, флуоксетин, ксанакс. Амитриптилин-антидепрессант с седативным эффектом, улучшает патологически сниженное настроение. Его назначали внутрь в дозе 50-200 мг. Флуоксетин – антидепрессант со стимулирующим действием. Его назначали внутрь в суточной дозе 20-40 мг утром и днем. Флуоксетин обладает рядом преимуществ по сравнению с амитриптилином: сочетание тимоаналептического, анксиолитического, стимулирующего, вегетостабилизирующих эффектов; отсутствие

синдрома отмены, возможность применения у пожилых. Алпразолам (Ксанакс) – анксиолитик, наряду с противотревожным эффектом, обладает выраженным антидепрессивным и вегетостабилизирующим свойствами. Клинический эффект Ксанакса проявляется в быстром устранении тревоги и ее вегетативных коррелятов (сердцебиение, повышенное АД, тремор). Отличительной особенностью Ксанакса является его хорошая клиническая переносимость. Лечение начинали с дозы 0,125 мг/сутки, затем её постепенно повышали до оптимально эффективной (в среднем $0,75 \pm 0,125$ мг/с). Целесообразно назначать препарат, распределяя большую часть суточной дозы во второй половине дня. Длительность терапии Ксанаксом в соматической клинике от 2-3 до 16-20 недель. Во избежание синдрома отмены необходимо постепенно снижали его дозу в среднем на 0,25% от предыдущей.

Выводы. В период реабилитации ожоженных важно проводить психофармакотерапевтическую коррекцию для улучшения эмоционального статуса больных, устранения фобий, тревоги ипохондрических переживаний, снижения болевой доминанты фармакологическими препаратами. Психотропные препараты необходимо применять с учетом всего профиля фармакологической активности (психотропной, соматотропной, вегетотропной) с тщательной разработкой режима дозирования, с соблюдением необходимой временной экспозиции, с психотерапевтической поддержкой.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭРГОТЕРАПИИ В НЕВРОЛОГИИ

А.А. Зимин, Н.А. Супонева

Научный Центр неврологии РАМН

На современном этапе диагностика и лечение неврологических заболеваний достигли высокого уровня и продолжают совершенствоваться. Но недостаточно вылечить больного, на сегодняшний день целью восстановительной медицины является максимально полное восстановление утраченных функций пациента. Поэтому встает вопрос о повышении эффективности реабилитации, и как следствие – повышении качества жизни пациента.

Решению этой задачи уже более ста лет – эрготерапия, представляющая собой систему мероприятий по

восстановлению функций организма и обеспечению независимости от других людей в повседневной жизнедеятельности.

Выделяют две основные стратегии восстановления возможностей больного – развивающая и компенсаторная. Первая заключается в восстановлении сниженной функции, вторая – в замещении этой функции. В ситуации, когда нет возможности восстановить утраченную функцию, применяют полное или частичное ее замещение – применение инвалидных колясок различных модификаций, в том числе способных поднимать паци-

ента по ступенькам, подъемные платформы, ортезы и протезы для компенсации движений верхней или нижней конечностями и т.д.

У больных с острым нарушением мозгового кровообращения в период ранней реабилитации наблюдаются расстройства двигательных и психосоциальных функций. С использованием эрготерапии больные легче адаптируются к окружающей среде, раньше обретают независимость от помощи других людей, что доказано отечественными и зарубежными авторами.

Также показано, что эрготерапия, как и другие методы реабилитации, эффективна только при достаточном уровне мотивации и активности пациента. Для оценки этих параметров целесообразно использовать специальные опросники.

Разработана и успешно применяется научно-методическая база – специальная отечественная и зарубежная литература по эрготерапии, методические рекомендации и пособия, диагностические опросники и протоколы, позволяющие выявить первостепенные проблемы в повседневной жизнедеятельности больного, его мотивацию. Под эгидой ВОЗ и Всемирной Федерацией Эрготерапевтов, членом которой наша страна является с 2004 года, создан специальный обучающий интернет-проект по эрготерапии. Открыто обучение эрготерапии в одном из медицинских ВУЗов страны.

Введено в методологическую систему новое понятие – «реабилитационный потенциал», позволяющее более точно прогнозировать исход реабилитации. Это позволяет, с одной стороны более детально разработать восстановительную программу, а с другой стороны – сэкономить материальные и временные затраты ЛПУ за счет не использования «не нужных» лечебных мероприятий данному пациенту. Разработаны и применяются на практике средства, компенсирующие двигательные ограничения пациентов – специальные приспособления для осуществления личной гигиены, приготовления и приема пищи, одевания, общения и т.д.

Однако, несмотря на очевидные положительные результаты от применения эрготерапии, особенно на фоне ее невысокой стоимости, распространение данного метода идет крайне низкими темпами. Как правило, пройти курс эрготерапии возможно только в частных клиниках и реабилитационных центрах, что недоступно для большинства пациентов, поэтому основная масса, нуждающихся в данных занятиях, оказываются неохваченными.

Таким образом, на основе анализа отечественной и зарубежной литературы показана высокая эффективность эрготерапии для социально-бытовой адаптации. Вышеизложенное обосновывает важность дальнейшего развития эрготерапии и комплектования залов эрготерапии в отделениях реабилитации бюджетных ЛПУ.

ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ В МИНИМИЗАЦИИ РЕЦИДИВОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Ш.Х. Зиядуллаев, Н.Р. Аралов, Г.Ф. Фаилова, Ш.М. Тошназаров

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: изучить профилактическую эффективность использования синтетического низкомолекулярного индуктора интерферона - циклоферон в комплексном лечении больных бронхиальной астмой по результатам наблюдения в течение 12 месяцев.

Материал и методы исследований: обследовано 57 подростков и юношей, страдающих бронхиальной астмой в возрасте от 12 до 21 лет получавших неспецифическую иммунотерапию препаратом циклоферон в комплексе базисной терапии. Верификация диагноза бронхиальной астмы проводилась согласно международной классификации ВОЗ и в соответствии с диагностическими критериями - GINA. Профилактическая эффективность оценивалась по клиническим показателям не ранее, чем через год после проведенного курса иммунотерапии. Все исследования выполнены с информированного согласия испытуемых и в соответствии с этическими нормами Хельсинкской Декларации (2000 г.).

Результаты: при исследовании клинических данных пациентов, пролеченных циклофероном, с их исходными данными, выявили достоверное уменьшение частоты обострений заболевания в течение года. Снижение

обострений бронхиальной астмы в течение года у пациентов, получавших курс иммунотерапии препаратом циклоферон, составило в среднем 3-4 обострений в год, тогда как до проведения данного курса лечения обострений бронхиальной астмы регистрировалось в среднем 7 раз ($p < 0,05$). Средняя продолжительность обострения у больных, получавших циклоферон, составляя в среднем 3,6 дней имеет достоверные отличия от показателя, вычисленного до применения иммунотерапии в комплексном лечении бронхиальной астмы у подростков. Назначение циклоферон в комплекс базисного лечения способствовало более быстрой ликвидации всех проявлений обострения патологического процесса в легких.

Выводы: в заключение можно сказать, что проведение курсов неспецифической иммунотерапии препаратом циклоферон при бронхиальной астме у подростков в 2 раза снижает частоту обострения бронхиальной астмы. По отсутствию побочных эффектов и улучшению клинических показателей циклоферон может быть рекомендован в комплекс лечения больных бронхиальной астмой подростков.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Ш.Х. Зиядуллаев, М.Ш. Рофеев, А. Насирова, З.С. Исаметдинова, Д. А. Дилова

Самаркандский государственный медицинский институт

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Целью настоящего исследования явилось оценить клинико-иммунологическую эффективность использования синтетического низкомолекулярного индуктора

интерферона - циклоферон в комплексном лечении больных БА в подростковом возрасте.

Материалы и методы. Обследовано 44 подростков и юношей, страдающих БА в возрасте от 12 до 19 лет по-

лучавших стационарное лечение. Родители всех обследованных лиц подросткового возраста проинформированы о сущности данного лечения и дали свое согласие на участие в ней. Верификация диагноза БА проводилась согласно международной классификации ВОЗ (МКБ-10) и в соответствии с диагностическими критериями (GINA, 2007г.). Проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование, а также исследование вентилиционной функции легких на аппарате "SPIROSIFT SP-5000" с автоматической обработкой параметров (FUKUDA DENSHI, Япония). Определение иммунофенотипа лимфоцитов проведено с помощью моноклональных антител, а параметров гуморального иммунитета уровень Ig классов А, М, G методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц.

Результаты исследования. Обнаружено, что в исследуемой группе больных БА подросткового возраста происходят выраженные нарушения иммунного статуса, проявляющиеся дефицитом показателей как клеточного CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD16⁺ и активированных лимфоцитов, несущих маркеры (HLA-DR, CD95⁺) Т-клеточной активации, так гуморального звена иммуни-

тета CD19⁺, и маркера активации В-лимфоцитов (CD23⁺). Полученные нами данные о содержании иммуноглобулинов А, М, G свидетельствует об отсутствии существенных изменений у больных БА подростков. После применения циклоферона у больных БА отмечено улучшение показателей иммунного статуса. Так, при комплексном лечении подростков, страдающих бронхиальной астмой дополнительно циклофероном отмечено: достоверное повышение CD3⁺-клеток по сравнению с исходными данными, достижение показателей CD4⁺, CD8⁺-клеток контрольной группы, незначительное повышение активированных лимфоцитов несущих маркеры Т-клеточной активации CD95⁺, маркера активации В-лимфоцитов CD23⁺, и уровней сывороточных IgA, IgG и IgM.

Выводы. В заключение можно сказать, что клинико-лабораторные исследования по применению циклоферона у подростков с бронхиальной астмой указывают на перспективность этого препарата для лечения бронхиальной астмы. По отсутствию побочных эффектов и улучшению показателей клинико-иммунологических показателей циклоферон может быть рекомендован в комплекс лечения больных БА подростков.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛИНА И ТОКОФЕРОЛ АЦЕТАТА В ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЛЕРГОЗОВ

Ш.Х. Зиядуллаев, Х.Н. Тураев, М.М. Хайдаров, С.А. Арипов, О.А. Сиддигов

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью исследования явилось изучить эффективность применения в комплексном лечении РА витамина Е в комбинации с иммуномодулином.

Под нашим наблюдением находилось 50 пациентов с диагнозом РА. Иммунный статус оценивали с помощью набора моноклональных антител. Определяли содержание циркулирующих в крови Т-лимфоцитов и их субпопуляций: CD4⁺, CD8⁺ и NK-клеток CD16⁺. Фагоцитарную активность нейтрофилов (ФАН) оценивали в тесте с *Staphylococcus aureus*. Содержание иммуноглобулинов А, М, G определяли методом радиальной иммунодиффузии по Манчини, общий иммуноглобулин Е методом иммуноферментного анализа. Интенсивность процессов ПОЛ оценивали по содержанию малонового диальдегида (МДА) по методу Андреевой Л.И. и соав. (1988). Активность каталазы (КТ) плазмы крови по методу Королук М.А. и соав. (1988).

При исследовании иммунного статуса выявилось, что лица, страдающие РА, отличаются от здоровых снижением содержания CD3⁺, CD4⁺ и CD8⁺ (46.2±1.6%; 38.9±0.85%; 9.35±0.83%). Содержание сывороточных иммуноглобулинов и фагоцитарная активность нейтрофилов при респираторных аллергиях не претерпевало существенных изменений. Степень выраженности процессов ПОЛ у больных РА показало, что у них отмечалось возрастание уровня МДА эритроцитов до 24.7±1.4, при показателе у здоровых 8.8±0.8 нмоль/мл. Активность антиперекисного фермента каталазы эритроцитов у детей респираторными аллергиями в период

обострения заболевания оказалась низкой 9.6±0.5 при показателе у здоровых 13.03±0.7 мкат/л (p<0.05). При этом мы выявили взаимосвязь между показателями двух систем. Корреляционный анализ подтвердил наличие обратной зависимости между уровнем МДА и содержанием CD3⁺-клеток (r=-0.54; p<0.001), CD4⁺-клеток (r=-0.47; p<0.001). Поэтому было интересным оценить сочетанное применение витамина Е и иммуномодулина на параметры иммунного и окислительного статуса у наблюдаемых детей. К концу лечения уменьшилось содержание МДА эритроцитов до 9.8±0.8 нмоль/мл.эр при исходном 24.7±1.4 нмоль/мл. (p<0.01). Достоверно увеличивалась активность каталазы эритроцитов (p<0.05). Включение витамина Е и иммуномодулина в комплекс лечения приводило к достоверному повышению содержания Т-лимфоцитов (58.7±0.8; p<0.05) и их субпопуляций (CD4⁺ 43.4±0.31% и CD8⁺ 13.2±0.26 %; p<0.05, p<0.01 соот.).

Таким образом, при совместном использовании в комплексе терапии витамина Е и иммуномодулина наблюдаются существенные сдвиги в иммунограмме на уровне Т-лимфоцитов, а также более быстрое снижение в крови продуктов ПОЛ и восстановлению функций антиоксидантной системы. Установленный эффект комбинированного лечения с использованием иммуномодулина и витамина Е больных с РА свидетельствует о целесообразности использования этих препаратов при указанной патологии.

ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПОДРОСТКОВ

Ш.Х. Зиядуллаев, А.А. Давидьян, М.В. Закиева, З.Ш. Назарова, М.Ш. Рофеев

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью настоящего исследования явилось оценить клинико-иммунологическую эффективность использования препарата полиоксидоний в комплексном лечении больных БА в подростковом возрасте.

Материалы и методы. Обследовано 30 подростков и юношей, страдающих БА в возрасте от 12 до 19 лет получавших стационарное лечение. Верификация диагноза БА проводилась согласно международной классифи-

кации ВОЗ (МКБ-10) и в соответствии с диагностическими критериями (GINA, 2007г.). Проводилось комплексное клиничко-лабораторное обследование, а также исследование вентиляционной функции легких на аппарате "SPIROSIFT SP-5000" с автоматической обработкой параметров (FUKUDA DENSHI, Япония). Определение иммунофенотипа лимфоцитов проведено с помощью моноклональных антител, а параметров гуморального иммунитета уровня Ig классов A, M, G методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц.

Результаты исследования: обнаружено, что в исследуемой популяции подростков страдающих БА происходят выраженные нарушения иммунного статуса, проявляющиеся дефицитом показателей как клеточного CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD16⁺ (36,9±0,59; 19,6±0,3; 17,2±0,32; 16,0±0,39 в сравнении с 45,4±0,57; 24,4±0,3; 21,0±0,36; 17,1±0,34 в контрольной группе соот.), так и гуморального звена иммунитета CD19⁺, CD23⁺, CD95⁺-клеток (18,4±0,3; 18,6±0,54; 17,3±0,43 в сравнении с 21,9±0,3; 21,9±0,36; 20,3±0,34 в группе контроля соот.). Полученные нами данные о содержании иммуноглобулинов A, M свидетельствует о некотором снижении по сравнению с показателями контроля, наряду с повышением IgG у больных БА подростков.

Полученные нами данные по результатам комплексного лечения больных подростков с бронхиальной

астмой дополнительно полиоксидония указывают на значительно более выраженные изменения со стороны иммунной системы при данной схеме терапевтического лечения. Эффект включения в комплекс полиоксидония проявляется восстановлением параметров циркулирующих в периферической крови Т-лимфоцитов до уровня нормы составляя в среднем 44,2±0,7%. В отношении субпопуляции иммунорегуляторных Т-лимфоцитов при использованном способе лечения характерным можно считать достоверное повышение относительного содержания субпопуляций CD4⁺, CD8⁺-клеток до 27,6±0,3%, 23,1±0,4% соот. Включение в комплексную терапию полиоксидония отражается тенденцией к повышению уровня Ig классов A, M и G.

Таким образом, у подростков с бронхиальной астмой, получавших комплексное лечение с иммуномодулирующим препаратом - полиоксидоний, отмечалась нормализация клиничко-функциональных показателей и параметров иммунологической реактивности, наступление клинической ремиссии заболевания. Эффективность комплексного лечения полиоксидонием, безопасность и доступность, отсутствие осложнений и побочных реакций при его применении позволяют рекомендовать широкое использование этого метода в комплексе лечебных мероприятий бронхиальной астмы у подростков.

УЛУЧШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОГО ВРАЧЕБНОГО ПУНКТА

И.Д. Зияева, Ж.М. Худайбердиев, М.Б. Бойкузиева, З.В. Юнусова, Я.Г. Усманова

Андижанский государственный медицинский институт

Цель: Улучшить эффективность лимфотропной антибиотикотерапии у больных с ХОБЛ с комбинацией муколитическими препаратами растительного происхождения в частности препарата «Доктор Дон».

Задачи: Апробировать эффективность и безопасность применения препарата в лечении больных с ХОБЛ с комбинацией лимфатропной антибиотикотерапии в условиях СВП.

Метод: Проспективный. Материалы: В исследовании было включено 62 больных с ХОБЛ в фазе обострения. По стадиям заболевания больные распределены: Хронический обструктивный бронхит I стадии -52, II стадии - 7, III стадии-2.

Результаты: Клинического испытания препарата показали, что у больных с ХОБЛ I стадия 2 сутки принимая препарата 58%; 3-4 сутки 75% больных изменилось характер кашля с раздражающего, саднящего до мягкого и влажного, что значительно снимает дыхательный дискомфорт и напряжения в грудной клетки. 5-6 сутки 91% исчезли вышеперечисленные симптомы. II-III стадия 3-4 сутки у 65% больных наблюдалось

улучшение. У 61% больных отмечено исчезновение саднящей боли в грудной клетке и в глотке, у 87,7% больных отмечалось исчезновение одышки на 4 сутки. Данные пикфлоуметрии изменились в положительную сторону. У больных отсутствовали признаки нарастание обструктивных изменений на уровне средних и дистальных отделов бронхиального дерева. К 10 дню терапии лишь 2% больных отмечали раздражающего, саднящего кашля интенсивность, которого был значительно ниже исходного состояния.

Вывод: 1. Применение лимфатропной антибиотикотерапии у больных ХОБЛ является эффективным приемным методом в условиях СВП. 2. Растительный препарат «Доктор Дон» может быть рекомендован амбулаторных условиях, по медицинскому применению у больных с хроническим обструктивным бронхитом во всех стадиях. 3. Лечение больных с обструктивным бронхитом в условиях СВП комбинацией муколитического препарата с антибиотиками, повышает эффективности терапии.

ПОСЛЕОПЕРЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СКЛЕРОТЕРАПИИ СОЛИТАРНЫХ КИСТ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

С.Б. Зуннунов, Х.А. Саттаров, Р.Ж. Юсупов

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: улучшение результатов послеоперационной реабилитации больных после пункционного лечения солитарных кист почек.

Материалы и методы: за период с 2005 по 2014 гг. на базе клиники ТашПМИ и РСНПМЦП 37 больным с диагнозом «солитарная киста почек». Проведена

чрескожная игнипунктура со склеротерапией. У 5 детей (13,5%) отмечено – нагноение кисты, у 1 больного (2,7%) была двухсторонняя комбинация солитарной кисты с врожденной обструкцией ПУС, в остальных 31 (83,7%) случаях диагностирована простая солитарная киста почки без нарушения функции. В 5 наблюдениях, при

нагноении солитарной кисты выполнена чрескожная пункция под контролем УЗИ, аспирировано 8-17 мл густого гноя, в последующем проведена трехкратная экспозиция 5,0 мл метронидазола по 3-5 мин., пункцию заканчивали введением 1,0 г цефтриаксона в просвет кисты. У остальных 27 больных была произведена чрескожная пункция со склеротерапией. Мы использовали в качестве склерозантов: 96% этанол, урографин, цефалоспорины 2-3 ряда и тетрациклин гидрохлорид. После аспирации содержимого кисты, экспозицию проводили 96% этанолом в количестве 1/2 аспирируемого в течении 3-5 мин. по 3 раза, с последующим введением антибактериального препарата.

Результаты: результаты склеротерапии изучены на ранние и поздние послеоперационные сроки. Через месяц после хирургического вмешательства при обследовании 37 больных, у 24 (64,8%) пациентов отмечено

полное спадение кисты, а у остальных наблюдали уменьшение объема кисты на 1/3 от исходного размера. При повторном обследовании через 3 месяца, склерозирование кисты отмечено у 7 (83,7%) из оставшихся пациентов, через 6 месяцев аналогичный результат прослежен у 4 (94,5%) больных. При обследовании через 12 месяцев отмечено полное склерозирование кисты у оставшихся больных. Осложнений и рецидивов не наблюдалось. При обнаружении остаточной полости через год, проводили повторную пункцию солитарной кисты.

Вывод: анализируя вышеперечисленное можно констатировать факт, что использование пункционного метода лечения является методом выбора в лечении простых кист почек у детей. Процесс склерозирования может длиться несколько месяцев после самой процедуры.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ С РАХИТОМ

Ш.М. Ибатов, А.Я. Язданов, М.Р. Джаббарова, Ю.М. Рустамова, М.А. Урунова

Самаркандский государственный медицинский институт

Самаркандский филиал Республиканского Научного Центра экстренной медицинской помощи

Цель работы. Рассмотрение особенностей физической реабилитации детей страдающих рахитом. В ходе исследования изучались процессы нормализации основных нервных процессов, снятие явлений заторможенности или повышенной возбудимости, беспокойства; улучшение и нормализация обменных процессов; повышение уровня неспецифической сопротивляемости; восстановление нарушенных функций дыхания и кровообращения; предупреждение отставания в психомоторном развитии и возможных деформаций опорно-двигательного аппарата.

Материал и методы исследования. Обследовано 57 детей с рахитом. Наряду с комплексным лечением заболевания проводились и мероприятия по физической реабилитации больных детей (лечебная физкультура, лечебная гимнастика, лечебный массаж). Наибольшее значение придавалось массажу, который оказывает выраженное успокаивающее воздействие на ребенка, рефлекторно способствует нормализации дыхания, улучшает состояние кожи и мышц. Поглаживающий массаж проводился в области живота, спины и конечностей. При назначении ребенку гимнастических упражнений занятия начинались и заканчивались приемами массажа.

Результаты. Установлено, что у обследованных детей, больных рахитом, проведенные реабилитационные мероприятия улучшают обменные процессы, предупреждают прогрессирование болезни, деформацию

опорно-двигательного аппарата, стимулируют окислительно-восстановительные процессы в мышцах и нормализуют сон. Реабилитационные мероприятия у детей проводилась строго индивидуально в зависимости от степени тяжести и периода заболевания, также учитывался возраст и развитие ребенка.

Выводы. Рахит – гиповитаминоз D, заболевание детей грудного и раннего возраста (чаще от 2 месяцев до 1 года), обусловленное недостаточностью в организме витамина D и протекающее с нарушениями обмена веществ (преимущественно минерального). Необходимо проводить наряду с комплексным лечением рахита и физическую реабилитацию детей. Детям, наряду с организацией правильного вскармливания, назначают препараты витамина D, закаливающие процедуры, лечебную гимнастику, лечебный массаж и лечебную физкультуру. Проведение физической реабилитации благоприятно влияет на физическое и нервно-психическое развитие детей раннего возраста, способствуют своевременному возникновению двигательных навыков и их последовательному совершенствованию. Благодаря занятиям лечебной физкультуры и лечебной гимнастики, а также массажа происходит нормализация психомоторного развития ребенка и значительно приостанавливается развитие костно-хрящевых деформаций. Физическая реабилитация детей с рахитом наряду с комплексным лечением способствует укреплению организма и содействует общему развитию детей.

ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ОСТЕОРЕГЕНЕРАТОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

Д.Д. Ибрагимов, Д.У. Фозилова, Ж.У. Фозилов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Обосновать физико-фармакологические возможности электрофореза 5% хондроксида и провести их сравнительное изучение у больных с переломами нижней челюсти.

Материал и методы исследования: Обследовано 20 больных с переломами нижней челюсти, из них мужчин - 16 (80%); женщин - 4 (20%).

В зависимости от способа проводимого лечения все больные были разделены на 2 группы методом случайной выборки:

I - 6 больных, получавших традиционное лечение.

II - 14 больных, получавших традиционную терапию, также применяли электрофореза 5% хондроксида в области перелома нижней челюсти.

Результаты: Установлено, что среди препаратов для местной терапии мазь хондроксид, который содержит хондропротектор (хондроитинсульфат); — высокомолекулярный мукополисахарид, замедляющий резорбцию костной ткани и снижающий потерю кальция ускоряет консолидации костей при переломах нижней челюсти.

Хондроитинсульфат улучшает фосфорно-кальциевый обмен. Диметилсульфоксид оказывает противовоспалительное, анальгетическое и фибринолитическое действие, способствует лучшему проникновению хондроитинсульфата через клеточные мембраны. Это обусловило целесообразность и необходимость разработки нового дифференцированного подхода при лечении больных с переломами нижней челюсти, с использованием электрофореза 5% мази «Хондроксид».

Выводы: 1. Электрофорез 5% хондроксидом способствует быстрому регрессу воспалительного компонента и купированию болевого синдрома, ускорению остеорегенерации, активизации микроциркуляции (снижается

периферическое сопротивление сосудистой стенки и повышается ее эластичность).

2. Электрофорез хондроксидом влияет на восстановление проводимости нижнечелюстного нерва, закономерно сниженной за счет травмы, отека и асептического воспалительного процесса в линии перелома, способствует нормализации функциональной активности мышц.

3. Введение хондроксидом физическими факторами обеспечивает синергизм их влияния на активизацию остеорегенераторных и трофических процессов в проекции перелома нижней челюсти.

РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Е.Ю. Ибрагимов

Буковинский государственный медицинский университет

Украина, по наследству, вместе с независимостью, получила угрожающее состояние здоровья нации, неудовлетворительные и опасные условия для формирования здоровья. К тому же, в связи с дальнейшим углублением социально-экономического кризиса в последние годы, здоровье нации стремительно снижается.

В Концепции общегосударственной целевой социальной программы «Здоровье нации» на 2009-2013 гг., Государственной программе «Репродуктивное здоровье нации на 2006-2015 гг.», Национальной программе патриотического воспитания населения, формирования здорового образа жизни, развития духовности и укрепления нравственных устоев общества определено, что здоровье подрастающего поколения, школьников, студентов, рабочей молодежи - это интегрированный показатель общественного развития. Поэтому, для формирования здорового образа жизни является обязательным введение инновационных направлений рекреации, физической реабилитации и эффективных здоровьесберегающих технологий.

Анализ классификаций существующих здоровьесберегающих технологий в реабилитации дает возможность выделить такие их типы:

- Здоровьесберегающие технологии, создают безопасные условия для пребывания, обучения и труда;
- Оздоровительные технологии, направленные на решение задач укрепления физического здоровья, повышения потенциала (ресурсов) здоровья: физическая подготовка, физиотерапия, ароматерапия, закаливание, гимнастика, массаж, фитотерапия, музыкальная терапия;
- Технологии обучения здоровью - гигиеническое обучение, формирование жизненных навыков, управление эмоциями, разрешение конфликтов и т.д., профилактика травматизма и злоупотребления психоактивными веществами, половое воспитание;
- Воспитание культуры здоровья - воспитание учащейся молодежи личностных качеств, способствующих

их сохранению и укреплению здоровья, формированию представлений о здоровье, как ценности, усилению мотивации на ведение здорового образа жизни, повышению ответственности за собственное здоровье, здоровье семьи.

В настоящее время здоровье студентов превратилось в настоящую проблему, связанную с рядом внешних и внутренних факторов - ухудшением экологической среды, увеличением различных зависимостей, таких, как курение, употребление алкоголя, наркомания, интернет зависимости, повышением умственных и психических нагрузок, уменьшением физической активности, появлением новых инфекционных заболеваний, таких, как СПИД, уменьшением волевого контроля поведения.

Создание здоровьесберегающей среды в высших учебных заведениях является чрезвычайно актуальным в современном мире. Если студент будет владеть и активно использовать разнообразные физические упражнения, то улучшит свое физическое состояние, уровень физической подготовленности, показатели физического здоровья.

Роль двигательной активности в укреплении здоровья правомерно рассматривать как стремление личности к гармоничному развитию с помощью выбранного вида спорта или физкультурно-спортивной деятельности.

С помощью правильно подобранных и организованных мероприятий с использованием физических упражнений из различных видов спорта, рационального питания, режима труда и отдыха можно изменять и улучшать показатели физического развития и функциональной подготовленности организма.

Именно поэтому оздоровительная физическая культура широко используется для укрепления здоровья, физического развития, повышения энергетического потенциала человека, является важным средством всестороннего и гармоничного развития.

РОЛЬ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПРОСТРАНСТВА В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Л.С. Ибрагимова

Буковинский государственный медицинский университет

Специалисту по физической реабилитации принадлежит важная социальная функция в передаче знаний и умений здоровьесбережения, поэтому формиро-

вание здоровьесберегающей компетентности будущего специалиста по физической реабилитации является необходимым и обязательным компонентом его про-

фессиональной подготовки. Она также включает владение здоровьесберегающей технологией и предусматривает создание здоровьесберегающей среды, центром которого является здоровьесберегающая деятельность будущего специалиста по физической реабилитации.

Мы считаем, что в основу формирования будущего специалиста по физической реабилитации и оценки эффективности применяемых им здоровьесберегающих технологий должны быть положены основные личностные качества и характеристики студентов: способности, от которых зависит качество усваиваемых знаний и умений; обучения, показателями которого являются уровни результативности учебной деятельности; мотивы, стимулирующие внутренние механизмы индивидуального развития и профессионального роста студента как будущего специалиста; рефлексия - осознание студентом того, каким он есть, каким он воспринимает других, каким его видят другие партнеры по общению, совместной деятельности, что особенно актуально в условиях рейтингового оценивания академических и личностных достижений студента.

Таким образом, понятие "здоровьесберегающие технологии" объединяет в себе все направления деятельности специалиста по физической реабилитации по формированию, сохранению и укреплению здоровья населения.

Обоснование понятия «здоровьесохраняющее пространство» как педагогической и социальной категории требует разрешения противоречий между: потребностью государства в здоровых гражданах и ухудшением состояния здоровья населения, низкой культурой сформированности навыков здорового образа жизни; необходимостью совершенствовать работу по созданию

и функционирования здоровьесберегающего пространства и отсутствием эффективной технологии управления этим процессом.

О.Е. Пидгирна понятие "здоровьесохраняющее пространство" обосновывает как многоуровневую образовательную систему и социально организованное воспитательное среду, в которой приоритетами выступают: здоровый образ жизни, культура здоровья, прогнозирование здоровьесберегающей деятельности.

Важными составляющими здоровьесберегающего пространства, по нашему мнению, являются: факторы, влияющие на здоровье и здоровый образ жизни; умение отслеживать положительные и отрицательные изменения в состоянии собственного здоровья и здоровья окружающих; умение составлять эффективную программу сохранения здоровья; умение создавать здоровьесохраняющее пространство; владение способами организации деятельности по профилактике и здоровьесбережения; владение эффективными оздоровительными технологиями.

Здоровьесохраняющее пространство как поле деятельности специалиста по физической реабилитации является образом организованной системы, обладающая свойствами концентричности и полицентричности, которая функционирует, развивается и эволюционирует через нормативно-регламентированную, перспективно-ориентированную, деятельностно-стимулирующую и коммуникативно-информационную систему координат и нацелена на достижение цели профессиональной деятельности специалиста по физической реабилитации по обеспечению сохранения и восстановлению здоровья участников здоровьесберегающего пространства.

ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВА СИНТЕТИЧЕСКИХ МОЮЩИХ И ЧИСТЯЩИХ СРЕДСТВ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛОСТИ РТА РАБОЧИХ

Ф.И. Ибрагимова, У.Ж. Жуматов, Г.Э. Идиев, А.А. Саидов

Бухарский государственный медицинский институт

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния некоторых клиничко-функциональных показателей полости рта у работающих производства синтетических моющих и чистящих средств (СМС и ЧЧС).

Материалы и методы. Было обследовано 120 рабочих ОАО «Навоизот», производящих основные ингредиенты СМС и ЧЧС (основная группа обследованных). При этом изучали гигиенический индекс полости рта, кислотоустойчивость эмали, электропроводимость твёрдых тканей зубов, пробы Шиллера-Писарева и Кулаженко и индекс периферического кровообращения в пародонте. Для сравнения аналогичное исследование проведено у 118 работников администрации, механики, водители, вахтёры и населения, проживающего в окрестностях завода, но не имеющих непосредственного контакта с производственными факторами ОАО «Навоизот» (контрольная группа). Для изучения более сопоставляемых данных и исключения влияния пола, возраста и стажа работы на изучаемые показатели исследования проводили только у мужчин в возрасте 35-44 лет со стажем работы до 5 лет в обеих изучаемых группах. Для сравнения также проводятся функциональные показатели полости рта при физиологической норме. Полученные данные обработаны по программе Microsoft Excel, достоверность различий определяет по критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Данные проведённых исследований показали (табл.), что уровень гигиенического состояния полости рта оказался одинаково ($p > 0,05$) низким в обеих группах обследованных. Податливость эмали зубов к действию кислотного буфера у работающих в производстве СМС и ЧЧС оказалась в 19,3% ($p < 0,001$) ниже, чем у лиц контрольной группы, а электропроводность твёрдых тканей зубов, наоборот, выше на 1,6 мкА ($p < 0,01$), что свидетельствует, на наш взгляд, о развивающемся факторе риска формирования кариеса зубов и является наиболее ранним признаком этого заболевания среди работающих в производстве СМС и ЧЧС.

Интерпретация данных проб Шиллера-Писарева и Кулаженко, а также индекса периферического кровообращения тканей пародонта показала, что хронические воспалительные процессы в десне на 31,9% ($p < 0,001$) чаще наблюдаются у рабочих, чем у лиц контрольной группы, стойкость капилляров в тканях пародонта снижается на 23с ($p < 0,001$), индекс периферического кровообращения снижается на 40,9% ($p < 0,001$). Полученные изменения клиничко-функциональных показателей полости рта рабочих, по всей вероятности, предшествуют к развитию кариеса зубов и болезней пародонта, что согласуется с данными литературы. Эти данные также подтверждают результаты наших клинических исследований о том, что среда рабочих часто ($p < 0,01$) выявляют-

ся кариес зубов, гингивит и пародонтит, чем у лиц контрольной группы.

Выводы. Проанализировав собственные и литературные данные можно сказать, что в условиях производства синтетических моющих и чистящих средств у рабочих наблюдаются снижение кислотоустойчивость эмали, повышение электропроводности твёрдых тканей зубов, снижение стойкости капилляров десны и индекса

периферического кровообращения пародонта, которые, по-видимому, предшествуют к развитию кариеса зубов и болезней пародонта среди рабочих. Поэтому эти нарушения могут служить интегральными показателями негативного влияния производственных факторов производства СМС и СЧС на здоровье и состояние полости рта рабочих.

Таблица.

Клинико-функциональные показатели полости рта у работающих в производстве

Исследуемые показатели	Физиологическая норма	Группа работающих		Достоверность
		основная	контрольная	
Гигиенический индекс, балл	0-1	5,5±0,6	5,4±0,3	>0,05
Кислотоустойчивость, эмали, %	40	65,6±2,7	46,3±1,6	<0,001
Электропроводность твёрдых тканей зубов, мкА	0	3,0±0,2	1,5±0,07	<0,01
Проба Шиллера-Писарева, %	0	77,3±2,2	45,4±1,5	<0,001
Проба Кулаженко, с	50-60	24,1±1,3	47,1±1,3	<0,001
Индекс периферического кровообращения, %	80-100	21,2±0,7	62,1±1,8	<0,001

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА КРОВИ У МАТЕРЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИЭ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Ш.А. Ибрагимова, О.С. Ташбаев, Б.Б. Инакова, Г.Т. Нуритдинова, А.Э. Маликова

Андижанский государственный медицинский институт

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей МЭ состава крови матерей новорожденных детей с ГИЭ для проведения антенатальной профилактики.

Материал и методы: Под динамическим наблюдением находились 81 пара «мать-ребенок».

Результаты исследований показали следующее: среди матерей детей с ГИЭ отмечена высокая распространенность хронических экстрагенитальных заболеваний по сравнению с матерями детей контрольной группы - 9 (17,6%) в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно у 12 (80%) ($p<0,001$), 31 (77,6%) ($p<0,001$) и 21 (85,7%) женщин ($p<0,001$). Выявлен риск развития хронической патологии пищеварительной системы у матерей детей с ГИЭ: АР = 18; $p<0,05$; ОР = 4,1; ДИ 95%. Хронические гастриты, хронические гастродуодениты отмечались достоверно чаще у матерей детей 1-й группы - 5(30%) ($p<0,05$) и 3-й группы - 9(35,7%) ($p<0,01$), чем у матерей детей контрольной группы - 3(5,9%), что высокую частоту ОГА имели матери новорожденных 1-й, 2-й и 3-й основных групп соответственно - 12 (75%) ($p<0,001$), 30 (75,5%) ($p<0,001$) и 14 (57,1%) ($p<0,01$), чем матери контрольной группы 7 (14,7%). Наибольшая частота ОАА, по сравнению с контрольной группой женщин - 10 (20,6%) констатировалась у матерей недоношенных детей (2-й и 3-й группы) с постгипоксической энцефалопатией (соответственно 8(50%) и 19(47%) $p<0,05$).

Среднее содержание сывороточного цинка у матерей новорожденных 1-й, 2-й, 3-й основных групп соответствует значениям 12,02±1,47 мкмоль/л, 9,91±0,08 мкмоль/л и 8,56±1,26 мкмоль/л и достоверно ниже ($p<0,05$) были показатели 2-й и 3-й группы, чем у матерей контрольной группы - 16,6±1,14 мкмоль/л.

Среднее содержание железа было достоверно высоким, чем в контрольной группе. Содержание сывороточного магния у матерей 1-й, 2-й, 3-й основных групп (0,56±0,08 ммоль/л; 0,60±0,09 ммоль/л; 0,58±0,07 ммоль/л соответственно 1-й, 2-й и 3-й групп) были достоверно высокими от показателей сывороточного магния матерей контрольной группы - 0,39±0,08 ммоль/л ($p<0,001$). Содержание меди в сыворотке крови у женщин трех основных групп также было достоверно высоким (22,4±2,2 мкмоль/л; 22,6±2,03 мкмоль/л; 23,1±1,7 мкмоль/л против 17,4±0,6 мкмоль/л, $p<0,05$). Установлена недостаточная обеспеченность цинком у 92% матерей 2-й и 3-й группы и у 9% женщин контрольной группы ($p<0,001$). Выявлено, что на фоне низкого показателя сывороточного цинка достоверно высокие показатели железа, магния и меди у женщин 1-й, 2-й и 3-й групп ($p<0,05$ - 0,001).

Вывод: у женщин с дисмикроэлементозным состоянием выявлен высокий риск развития осложнений настоящей беременности и родов, нарушений состояния плода: гестозов первой и второй половины беременности ($p<0,01$), угрозы прерывания ($p<0,05$), хронической ФПН ($P<0,05$), слабости родовой деятельности ($p<0,05$), быстрых и стремительных родов (АР=20%; $p<0,01$), преждевременных родов $p<0,001$), ЗВУР плода ($p<0,001$). Дефицит Zn и повышенное содержание Cu в крови матери, а также снижение концентрации Zn и Mg на фоне повышения уровня Cu у новорожденного, вносит существенный вклад в формирование патологического течения беременности и родов (АР=63%), нарушений состояния плода и здоровья новорожденного (АР=55%). Наибольший риск тяжелых осложнений неонатальной адаптации, в виде ГИЭ, выявлен у недоношенных детей с низким содержанием Zn и Mg.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЗАИМОСВЯЗИ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ПУПОВИННОЙ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОКСИЧЕСКО-ИШЕМИЧЕСКИХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ

Ш.А. Ибрагимова, О.С. Ташбаев, Б.Б. Инакова, Г.Т. Нуритдинова, А.Э. Маликова

Андижанский государственный медицинский институт

Целью исследования явилось изучение особенностей взаимосвязи некоторых микроэлементов пуповинной крови у недоношенных детей и их матерей.

Материал и методы исследования: основную группу клинического наблюдения составили 25 недоношенных новорожденных с ЗВУР и ГИЭ (30,5% обследованных

детей). Контрольную группу составили 50 доношенных новорожденных с нормальной массой тела (19% обследованных), родившихся в удовлетворительном состоянии, не имевших выраженной неврологической симптоматики в неонатальном периоде. Проведена комплексная оценка состояния здоровья новорожденных с ГИЭ в неонатальном периоде. Были проведены: антропометрия, оценка гестационного возраста детей по шкале Дж. Болларда, оценка основных параметров физического развития детей при рождении согласно методике ВОЗ, тяжесть асфиксии новорожденных оценивали по шкале Апгар. Верификация дыхательных расстройств достигалась на основании клинических, параклинических, рентгенологических данных, описанных Володиным Н.Н. Диагностика гипоксических поражений мозга основывалась на клинических, параклинических, инструментальных и ультразвуковых данных. Все наблюдавшиеся дети проходили консультации у невролога. Классификация перинатальной постгипоксической энцефалопатии (ГИЭ) осуществлялась согласно данным Н.Н.Володина, синдромологически в модификации Н.В.Sarnat. Клиническое наблюдение недоношенных детей в период новорожденности включало в себя: оценку соматического и неврологического состояний, контроль показателей массы тела, расчет питания и достаточности поступления и усвоения нутриентов. Всем детям была рассчитана величина максимальной убыли массы тела (МУМТ, %). Под патологической убылью массы тела ребенка (ПУМТ%), понимали потерю более 10%.

Результаты исследований: проведенный корреляционный анализ обнаружил обратную взаимосвязь уровня Zn в крови матерей с преждевременной отслой-

кой нормально расположенной плаценты ($r=-0,56$). Установлена высокая достоверность корреляции динамически изменяющейся концентрации Zn в сыворотке крови при 1 и 2 исследованиях ($r=-0,74$), при 2 и 3 исследованиях ($r=-0,70$). Анализ коррелятивных связей показателей у обследованных данной группы выявил наличие положительной сопряженности между оценкой по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте жизни и концентрацией Zn в крови матерей ($r=+0,60$ и $r=+0,65$). Тенденция к неблагоприятному исходу заболеваний в раннем неонатальном периоде находилась в обратной связи с понижением концентрации Zn в крови рожениц ($r=-0,50$). Установлено, что в группе недоношенных детей с ГИЭ и ЗВУР взаимоотношения содержания Fe и Cu в системе «мать-плод» характеризовались обратной связью исходного уровня Fe и Cu в крови новорожденных с такими осложнениями беременности, как угроза прерывания беременности ($r=-0,48$) и его прямой связью со степенью выраженности хронической ФПН ($r=+0,53$). Концентрация Fe и Cu в сыворотке пуповинной крови обратно коррелировала со стадией ГИЭ ($r=-0,68$), ВЖК ($r=-0,51$), неблагоприятного исхода в раннем и позднем неонатальном периодах ($r=-0,49$; $r=-0,53$).

Вывод. Матери, родившие детей с ГИЭ, существенно чаще имели дисбаланс микроэлементов – дефицит цинка, накопление Cu и Mg, которые способствуют снижению интенсивности окислительно-восстановительных процессов, усиливают влияние гипоксии на ткани головного мозга плода, хронические экстрагенитальные заболевания (78%) и патологическое течение беременности и родов (84%), а у новорожденных – осложненное течение неонатального периода (86%).

ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРАХ

Л.А. Иванова, И.Б. Горбатюк

Буковинский государственный медицинский университет

Цель работы. Оценить показатели клеточного звена иммунной системы у детей для верификации острых стрептококковых тонзиллофарингитов (СТФ), оптимизации стартового этиотропного лечения и предотвращения полипрагмазии.

Материал и методы исследования. Обследовано 26 детей, больных острым тонзиллофарингитом (ОТФ): первую (I) клиническую группу составило 9 пациентов, со стрептококковой этиологией заболевания (ОТФ) по данным стрептатеста и культурального исследования мазка из зева; вторую (II) клиническую группу составило 20 детей, у которых были отрицательные результаты стрептатеста и бактериального исследования смыва из зева и миндалин. Всем детям проводили иммунологическое исследование крови II - III уровней. Содержание Т-лимфоцитов (CD3), Т-хелперов (CD4), Т-киллеров / супрессоров крови (CD8) и В-лимфоцитов (CD22) определяли методом иммунофлюоресценции с использованием наборов моноклональных антител.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ показателей клеточного звена иммунитета у детей со стрептококковым и нестрептококковым ОТФ показал, что у пациентов I клинической группы отмечена четкая тенденция к повышению содержания в периферической крови Т-лимфоцитов и одновременно снижение их субпопуляций, функция которых ассоциирует с хелперной / индукторной. Повышенное содержание CD 3-лимфоцитов в периферической крови (более 30,0%)

определялось у 88,8% детей с острым ТФ и только у 60,0% представителей II группы ($P < 0,05$). Показатели диагностической ценности данного теста были следующими: чувствительность (ЧТ) - 88,8% (95% ДИ 80,8-94,3), специфичность (СП) - 40,0% (95% ДИ 30,3-50,3), ОП + - 1,4 и ВП - 0,2. При повышении содержания CD 3-лимфоцитов в периферической крови абсолютный риск наличия ОТФ стрептококковой этиологии составил 0,9, относительный риск равен 2,7 (95% ДИ 2,3-3,2), при соотношении шансов (СШ) - 5,3 (95% ДИ 2,5-11,1). Содержание CD 4 менее 20,0% определялось у 55,5 ± 16,5% пациентов со стрептококковым ОТФ и у 20,0 ± 8,9% ($P > 0,05$) случаев с нестрептококковым ОТФ. Отмечена тенденция к повышенному содержанию Т-лимфоцитов у детей I клинической группы относительно группы сравнения (18,4 ± 6,2% и 11,5 ± 1,9% соответственно ($P > 0,05$)). Показатели относительного содержания Т-супрессоров в периферической крови выше 5% регистрировали у 88,8% детей I клинической группы и только у 65,0% пациентов с нестрептококковым ОТФ ($P < 0,05$). Повышенное содержание CD 8-клеток ассоциировалось с риском наличия стрептококкового ОТФ следующим образом: атрибутивный риск (АР) - 0,3, относительный риск (ОР) - 2,4 (95% ДИ 2,0-2,8), при СШ 4 / 3 (95% ДИ 2,0-8,9). При этом диагностическая ценность выявления СТФ: ЧТ- 88,8% (95% ДИ 80,8-94,3), СП 35,0% (95% ДИ 25,7-45,2), ОП + - 1,4 и ВП - 0,3. Снижение содержания CD 22 (18,5 ± 1,3% против 23,7 ± 1,4% в группе

сравнения ($P < 0,05$)) ассоциировало с риском наличия стрептококковой этиологии данного заболевания следующим образом: АР - 0,4, ВР - 2,1 (95% ДИ 1,1-4,0), при СШ 7,2 (95% ДИ 3,4-15,4). При этом снижение относительного содержания В-лимфоцитов в периферической крови пациентов I клинической группы, как теста по выявлению стрептококкового ОТФ, сопровождалось следующими показателями диагностической ценности: ЧТ- 44,4% (95% ДИ 34,4-54,7), СП 90,0% (95% ДИ 82,3-95,1), ОП + - 4,4 и ВП - 0,6.

Выводы. 1 Учитывая низкое отношение правдоподобия показателей клеточного звена иммунной системы

у детей, их нецелесообразно самостоятельно использовать для верификации стрептококковой и нестрептококковой этиологии острых тонзиллофарингитов.

2 Повышенное относительное содержание Т-лимфоцитов (более 30,0%) с высокой чувствительностью (88,8%) и снижение уровня В-лимфоцитов (менее 18,0%) в периферической крови со специфичностью 90,0% в сочетании с комплексным обследованием позволяют верифицировать стрептококковый фактор острого тонзиллофарингита у детей и рекомендовать стартовую антибиотикотерапию.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ГОДИЧНОЙ ПОДГОТОВКИ

Н.Н. Иванчикова, А.И. Нехвядович, А.Н. Будко

*Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр спорта»
(Республика Беларусь)*

Целью данного исследования являлось изучение динамики гемоглобина и гематокрита в годичном цикле подготовки ведущих гребцов-академистов национальной команды, а также выявление взаимосвязи данных показателей с уровнем специальной работоспособности спортсменов.

Материалы и методы исследования: обследовано 15 высококвалифицированных гребцов в возрасте от 21 до 31 года, имеющих квалификацию МСМК. Для оценки эффективности протекания учебно-тренировочного процесса проводили контрольное тестирование специальной работоспособности на гребном эргометре "Концепт-II": первое – на подготовительном этапе, второе – на соревновательном. Гребцы выполняли тест 2000 м, максимально моделирующий соревновательные условия, по окончании которого осуществляли забор капиллярной крови для определения концентрации лактата энзиматическим методом (Россия). Перед началом тестирования определяли содержание гемоглобина и гематокрита крови спортсменов на автоматическом анализаторе "Nemo_Control" (Польша). Статистическая обработка результатов исследования, включающая в себя методы описательной статистики, критерия Стьюдента и корреляционного метода Пирсона, проводилась с ис-

пользованием прикладного пакета компьютерных программ Statistika for Windows, версия 5.0.

Результаты: выявлена статистически значимая взаимосвязь между концентрацией гемоглобина, уровнем гематокрита крови спортсменов и показателями специальной работоспособности спортсменов.

Выводы: снижение уровня гематокрита крови на соревновательном этапе подготовки по сравнению с подготовительным наряду с высокой физической работоспособностью может служить диагностическим и прогностическим критериями при оценке функционального состояния спортсменов. Резервом для роста специальной работоспособности может служить развитие резистентности к биохимическим сдвигам и, как следствие, повышение экономичности выполняемой работы за счет гемоглобинового компонента буферной системы организма спортсмена. Текущий контроль гематологических показателей позволит своевременно вносить коррекцию в подготовку спортсменов с целью оптимизации тренировочного процесса по объему и интенсивности, а также изменять направленность восстановительных мероприятий в зависимости от функционального состояния спортсменов.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С СУДОРОГАМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

С.С. Игамова, А.Т. Джурабекова, Ф.С. Хамедова

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью нашей работы: было выявить особенности клиники и течения фебрильных судорог у детей.

Материал и методы обследования. Исследование основано на клинико-лабораторном исследовании 90 детей с судорожным синдромом. Всем детям проведен анализ биохимии крови, ЭЭГ, детальный анамнез заболевания в ходе опроса детей и их родителей.

Результаты исследования. Результаты анализа провоцирующих факторов в возникновении ФС в наших исследованиях выявили, что в 1 группе одним из основных факторов, послужившим возникновению фебрильных судорог, явилась ОРВИ – у (53,2%) детей, почти в равной степени пневмония – у 17,7% и острая кишечная инфекция – у 21% детей, и в меньшей степени провокации ФС послужила ангина – в 8,1% случаях. У детей 2 группы ведущим провоцирующим фактором ФС послужила пневмония – у 39,8% детей, далее – ОРВИ – у 32,0%, ангина – у 8,1% и ОКИ – у 6,2%.

Данные исследования наследственности говорят о том, что в большей степени предрасположены к фебрильным судорогам дети с аналогичными судорогами у родителей (семейная форма АФС). Анализ интранатальных осложнений, возникших в период родов у матерей обследованных детей свидетельствует об их осложненном течении. Так, стимулированные роды наблюдались у 17 (27,7%) – в 1 группе, у 36 (55,4%) – во 2 группе и у 15 (62,5%) – в 3 группе, т.е. у более половины матерей 2 и 3 групп обследованных детей. Рождение ребенка методом кесарева сечения и, следовательно, спинальная анестезия превалировали во 2 группе – 14 (21,5%) детей. Длительный безводный период и применение акушерских пособий для родовспоможения наблюдался преимущественно у детей 3 группы – 8 (33,3%) и 3 (12,5%), чем во 2 группе (16,9% и 4,6%). анализ наших исследований выявил снижение кальция в крови, которое варьировало от 0,9 ммоль/л до 2,1 ммоль/л.

Так, снижение кальция наблюдалось в 1 группе у (61,3%) детей, во 2 группе – у (78,5%), а в 3 группе – у (70,8%) детей. Нормальное значение магния в сыворотке крови детей составляет 1,29 – 2,26 ммоль/л. Определение содержания магния в крови, выявило, что его концентрация была снижена у (35,5%) детей 1 группы, у (47,7%) – 2 группы и у (54,2%) – в 3 группе. Снижение концентрации магния в сыворотке крови варьировало в пределах 0,8 – 1,1 ммоль/л. При измерении уровня неорганического фосфора в крови обследованных детей наблюдалось снижение его концентрации (2,3 – 2,5 ммоль/л) в 1 группе у (14,5%) пациентов, во 2 группе – у (23,1%), в 3

группе – у (20,8%). Следует отметить, что гипокальциемия, гипомagneмизм, гипофосфатемия более характерны для детей с ФС с риском трансформации АФС.

Выводы: Из всех изученных комплексных патогенетических факторов у детей с фебрильными судорогами наследственность, осложненное течение родов с длительным безводным периодом, травмы при родах и заболевания детей в раннем возрасте, ослабляя здоровье ребенка, создают благоприятную почву для развития афебрильных судорог. Изменения на ЭЭГ в периоде реконвалесценции не являлись строго обязательными у всех больных.

ИННОВАЦИИ В КОГНИТИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ

Д.П. Изюмов, Г.А. Изюмова

*Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр,
Хорезмский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи*

Цель исследования - изучить эффективность инновационных технологий в реабилитации постинсультных больных.

Материал и методы исследования. В данное исследование было включено 78 больных-31 (39,8%) мужчин и 47 (60,2%) женщин. Давность инсульта составила в среднем 10 дней, тяжесть-15,0 баллов по шкале NIHSS. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа-37 больных (47,4 %) в возрасте 24-59 лет, 2 группа- 41(52,6%) – старше 60 лет. В основу реабилитации включены разработка программно-технических средств, методы безмедикаментозного действия, косвенная нейрореабилитация.

Результаты. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности комплексного применения инновационных технологий в реабилитации постинсультных больных. Так, у 34 (43,6%) больных использование программно-технических средств допустило реабилитационную коррекцию текста в речь, а приёмы физической и энергоинформационной терапии снизили уровень депрессии у 53 (67,9%) больных. Кос-

венная нейрореабилитация повысила оценку психофизиологических возможностей у 48 (61,5%) больных.

В рамках комплекса интеллектуальных средств и мер существуют возможности активизировать процессы самоорганизации системных механизмов поведения личности.

Процесс формирования знаний и умений - это сложная нелинейная модель функциональной зависимости качества образования от различных взаимосвязанных факторов.

Аналитика динамики структур формирования знаний состоит в оценке временных рядов измеряемых параметров знаний и осуществления коррекции когнитивной структуры поведения до реабилитации определяемого уровня.

Выводы: Внедрение инноваций в когнитивные технологии позволяет целенаправленно повысить эффективность реабилитации постинсультных больных, что способствует более полному восстановлению нарушенных функций, улучшению качества жизни.

НОВАЯ СИСТЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ НЕЙРОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ПРИАРАЛЬСКОГО РЕГИОНА РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Д.П. Изюмов, Г.А. Изюмова

*Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр
Хорезмский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи*

Цель. Разработать и обосновать системно-ориентированную модель нейропсихосоциальной реабилитации, учитывающая её актуальные факторы и их иерархию.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 119 больных, перенёсших ишемический инсульт с выраженным когнитивным дефектом. Из них-68 (57,1%) мужчин и 51(42,9%) женщин. Все больные были трудоспособного возраста от 44 до 60 лет.

Результаты. Нейропсихосоциальная реабилитация- процесс, дающий возможность людям с ослабленным здоровьем-47(39,5%) и инвалидам-72(60,5%) достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в обществе. Нами разработана модель реабилитации, основанная на системном подходе, учитывающем пациент-централизованный подход реабилитационной службы, эффективность работы этой системы помощи в целом и отдельных её звеньев. В ходе исследования выделили 3 основных этапа: 1-оценка и планирование, 2-собственно реабилитационные мероприятия, 3-достижение результата. Благодаря разработанной модели в зависимости от личных установок пациентов,

места, где проводится реабилитация проведён комплексный дифференцированный подход на разных уровнях воздействия-37(31,1%) больным индивидуально, 43(36,1%)-семейно, 39(32,8%)-институционально или общества в целом. Важными характеристиками реабилитационного процесса являются его системность, мультидисциплинированность и непрерывность. Обсуждая приведённый материал в целом, необходимо отметить, что нейропсихосоциальная реабилитация стала неотъемлемой составной частью лечебного процесса, способствующей интеграции больных в общество. Высокая результативность стала возможной благодаря созданию комплексной и интегрированной системы, основанной на серьёзных методологических и концептуальных разработках. 78(65,5%) больных возобновили трудовую деятельность, а 41(34,5%)- улучшили качество жизни. Важным преимуществом данного метода является возможность получения статических и динамических оценок деятельности реабилитационной службы на уровнях:1- пациент, 2-его ближайшее окружение, 3-макросоциальный уровень. А возможность использования её положений при организации реабилитационной

помощи на местном, региональном уровнях является достоинством системно-ориентированной модели.

Выводы. Современная нейropsychосоциальная реабилитация - важнейшая составная часть лечебного про-

цесса. Внедрение системно-ориентированной модели может иметь несомненный клинический, социальный и экономический эффект.

РОЛЬ СИСТЕМНО-ИНТЕГРАТИВНОГО ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ

Д.П. Изюмов, Г.А. Изюмова

*Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр
Хорезмский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи*

Целью исследования явилось изучение роль системно-интегративного психофизиологического подхода в реабилитации постинсультных больных в неотложной неврологии.

Материал и методы исследования. Обследовано 178 больных. Из них 87(48,9%) мужчин, женщин - 91 (51,1%), средний возраст которых составил $57,3 \pm 2,4$ лет. Всем больным проведено клинко-неврологическое, психологическое, нейрофизиологическое, психофизиологическое исследование. Нами использован системно-интегративный психофизиологический подход, включающий психологическое, нейрофизиологическое, психофизиологическое исследования.

Результаты: Использование данного подхода позволило с наибольшей точностью раскрыть взаимоотношенность: 1-у 44 (24,7%) больных состояния механизмов регуляции уровня бодрствования; 2- у 34 (19,1%)-механизмов регуляции уровней активации мозговых систем обеспечения состояния покоя; 3- у 43 (24,2%) -структуры и качества высших психических функций и компенсаторно-приспособительного пове-

дения; 4 - у 57 (32%) - состояния компенсаторно-приспособительных механизмов, обеспечивающих уровень бодрствования и психоэмоционального статуса.

Неинвазивные экспресс - методы психологического и физиологического исследования оказались эффективными в оптимизации реабилитационных мероприятий. Клинические аспекты использования интегративного психофизиологического подхода способствовали раскрытию особенностей регуляторных функций головного мозга, важных при компенсаторно-приспособительных биологических и социальных возможностях и качества жизни больных с острыми заболеваниями центральной нервной системы.

Таким образом, представленные результаты подтверждают высокую эффективность предлагаемого подхода для получения объективных данных в патогенезе дезинтеграции в корково-стволовых, лимбико-ретикулярных и надсегментарных механизмах, о состоянии компенсаторных механизмов, о клинических эффектах в реабилитации больных с сосудисто-мозговой недостаточностью в неотложной неврологии.

ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКО-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Б.Б. Инакова, О.С. Ташбаев, Ш.А. Ибрагимова, Д.С. Косимова, Г.Г. Азизова, А.Э. Маликова

Андижанский государственный медицинский институт

Целью настоящего исследования явилось изучение течения раннего неонатального периода, неврологического статуса и микроэлементного состава крови у недоношенных детей с ГИЭ с дальнейшей разработкой реабилитационных мероприятий.

Материал и методы. Основную группу клинического наблюдения составили 40 недоношенных детей с ГИЭ. Контрольную группу составили 30 новорожденных детей родившихся в удовлетворительном состоянии.

В результате проведенных исследований клинко-лабораторных особенностей течения раннего неонатального периода и содержания в сыворотке крови эссенциальных МЭ (Zn, Fe, Cu и Mg) в установленные сроки у недоношенных новорожденных с ГИЭ можно отметить следующее: матери недоношенных младенцев с ГИЭ, в отличие от матерей детей контрольной группы, значительно чаще имели экстрагенитальную патологию ($p < 0,001$), ОГА ($p < 0,001$) и ОАА ($p < 0,05$). Среди осложнений настоящей беременности и родов в данной группе чаще встречались: гестозы второй половины ($p < 0,05$), хроническая ФПН ($p < 0,001$), ПРОМ ($p < 0,01$), быстрые роды ($p < 0,01$), кроме того в 12% случаях констатировалась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Выявлено достоверно низкое содержание цинка в сыворотке крови у матерей недоношенных детей с ГИЭ, по сравнению с его уровнем у матерей

детей контрольной группы ($p < 0,05$) и тенденция к повышению показателей меди и магния ($p > 0,1$). Установлено, что большинство детей данной группы перенесли тяжелую асфиксию ($p < 0,05$). Следует отметить, что легкие неврологические нарушения отмечались только у 13% обследованных детей, у остальных - выраженные неврологические расстройства, причем на долю церебральной ишемии III стадии приходилось-20 (50%) случаев. У 13 (34%) детей диагностировались ВЖК преимущественно II - III степени (соот.-7(19%) и 6(15%) случаев). Обнаружено ПВЛ у 10 (26%) недоношенных детей с ГИЭ. В данной группе новорожденных выявлены преобладающие синдромы: в остром периоде - синдром общего угнетения-28 (71%), в раннем восстановительном периоде - синдром внутричерепной гипертензии-21 (54%) и синдром двигательных нарушений-16(40%). Выявлены дыхательные расстройства у 38(95%) недоношенных детей с ПЭП. В структуре респираторной патологии преобладали РДСН I типа-19 (50%) и пневмония-15 (35%). Выявлено значительное снижение концентрации сывороточного цинка у недоношенных младенцев с ГИЭ в раннем неонатальном периоде: достоверное ее снижение при 3-м исследовании $6,89 \pm 0,7$ мкмоль/л по сравнению с исходным содержанием в сыворотке пуповинной крови $8,7 \pm 0,8$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Установлено низкое содержание магния по сравнению с его уровнем у детей контрольной группы ($p < 0,05$). Кроме того, в

данной группе младенцев установлено низкое содержание цинка в крови по сравнению с его уровнем у детей контрольной группы. Концентрация железа и меди в крови у недоношенных детей существенно не различались в динамике раннего неонатального периода и по сравнению с их показателями у детей доношенных с ГИЭ и детей контрольной группы ($p>0,1$).

Вывод. У матерей недоношенных новорожденных с ГИЭ и их детей в раннем неонатальном периоде выяв-

лены изменения содержания в сыворотке крови эссенциальных МЭ. Установлено значительное снижение концентрации цинка в крови у матерей и их новорожденных, вследствие чего показатель цинка может служить маркером патологического течения беременности и родов, осложненного течения раннего неонатального периода у недоношенных новорожденных с ГИЭ и для проведения профилактических и реабилитационных мероприятий.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ НЕКОТОРЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКО-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШЕЙ КОРРЕКЦИИ

Б.Б. Инакова, О.С. Ташбаев, Ш.А. Ибрагимова, Д.С. Косимова, Г.Г. Азизова, А.Э. Маликова

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы: изучение связи дефицита некоторых микроэлементов у недоношенных новорожденных с перинатальной постгипоксической энцефалопатией для разработки реабилитационных и профилактических мер.

Материалы и методы: Основную группу клинического наблюдения вошли 40 недоношенных новорожденных с ГИЭ (44,4% обследованных детей) 29-36 недель гестации, у которых признаки морфофункциональной незрелости соответствовали сроку гестации. Контрольную группу составили 50 доношенных новорожденных с нормальной массой тела (55,6% обследованных), родившихся в удовлетворительном состоянии, не имевших выраженной неврологической симптоматики в неонатальном периоде. У детей исследовалась динамика сывороточных уровней Zn, Fe, Cu и Mg в раннем неонатальном периоде: при рождении (1-е исследование), 3-й день жизни (2-е исследование) и на 5-7 день жизни (3-е исследование).

Результаты: анализ проведенных исследований изучения динамики содержания МЭ в сыворотке крови здоровых доношенных новорожденных, без проявлений гипоксическо-ишемической энцефалопатии, не выявил значительных колебаний концентрации исследованных элементов (Zn, Fe, Cu, Mg) в течение раннего периода адаптации. У недоношенных же младенцев с ГИЭ выявлено значительное снижение содержания сывороточного цинка в раннем неонатальном периоде. Обнаружено, что содержание цинка по сравнению с показателями при 1-м исследовании характеризовалась тенденцией к снижению при 2-м исследовании соответственно $8,7\pm 0,8$

мкмоль/л и $6,89\pm 0,7$ мкмоль/л ($p>0,1$) и достоверным его снижением при 3-м исследовании соответственно $8,7\pm 0,8$ мкмоль/л и $4,5\pm 0,4$ мкмоль/л ($p<0,05$). Изучение концентрации железа в крови в раннем неонатальном периоде данной группы обнаружило недостоверно меньший уровень при 2-м исследовании ($17,1\pm 1,0$) по сравнению с его содержанием при 1-м и 3-м исследованиях соответственно $22,4\pm 0,9$ мкмоль/л и $18,6\pm 0,9$ мкмоль/л ($p>0,1$). Установлено, что концентрация меди в крови недоношенных младенцев постепенно повышалась в раннем неонатальном периоде по сравнению с исходными значениями ($7,0\pm 0,50$ мкмоль/л) до уровня $8,8\pm 0,4$ мкмоль/л ($p>0,1$) при 2-м исследовании и $10,05\pm 0,5$ мкмоль/л ($p>0,1$) при 3-м исследовании. Уровень магния в раннем неонатальном периоде в сыворотке крови у недоношенных детей с ГИЭ был достоверно низким по сравнению с его содержанием у детей контрольной группы ($p<0,05$).

Выводы. В результате проведенных нами исследований установлено: при анализе динамики содержания исследуемых МЭ у недоношенных детей наблюдается постепенное снижение содержания Zn в крови уже на 3-й день и значительное снижение на 5-7 день, достоверное снижение Mg на протяжении всего неонатального периода на фоне повышения концентрации Fe и Cu на 5-е и 7-е сутки жизни. Наличие микроэлементозов у недоношенных новорожденных (снижение концентрации Zn и Mg на фоне увеличения Cu) в сыворотке крови сопровождается более высокой частотой перинатального гипоксического поражения ЦНС.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРОФИЛАКТИКУ НАРУШЕНИЙ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ И ТРАВМАТИЗМА

Л.И. Исакова, Ж.А. Камилов

*НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз,
Ташкентский Государственный стоматологический институт*

Цель работы: Разработать рекомендации по организации систематических занятий спортом, направленных на профилактику нарушений в состоянии здоровья и травматизма.

Материал и методы исследования: С целью изучения заболеваемости и выявления степени влияния тренировок на состояние здоровья учащихся-спортсменов, проведен углубленный медицинский осмотр, с привлечением узких специалистов различного профиля, среди 482 учащихся от 12 до 17 лет Республиканского колледжа олимпийского резерва. Полученные данные фиксировались в «Медицинской амбулаторной карте уча-

щегося - спортсмена». Группировка отдельных заболеваний по классам болезней проводилась согласно МКБ-10.

Результаты: Анализ заболеваемости учащихся показал, что наиболее распространенными были болезни органов пищеварения (847,5%), болезни кожи и подкожной клетчатки (368,8%), болезни системы кровообращения (198,6%), различного рода травмы, переломы и грыжи (187,9%), болезни нервной системы (163,1%), хронические заболевания органов дыхания (159,6%), болезни глаза и его придаточного аппарата (99%). Остальные места в структуре заболеваемости юных спортсме-

нов занимали I, III, IV и VIII классы болезней. Структура заболеваний органов пищеварения, в основном, была сформирована за счет кариеса зубов, мягких и твердых отложений (826,2%). Заболевания кожи и подкожной клетчатки представлены угревой болезнью, онихомикозом и себореей. Среди болезней системы кровообращения чаще отмечались вегетососудистая дистония и повышенное артериальное давление. Установлено, что в среднем 82,6% учащихся-спортсменов нуждаются в стоматологической помощи. Среди обследованных учащихся в анамнезе указано на однократное (9,2%), а также 2-3-х кратные хирургические вмешательства (0,7%), проведенные после перенесенных травм.

Выводы: Усилия медицинских работников рекомендуется направить на лечение кариеса зубов, привитие учащимся-спортсменам гигиенических навыков по уходу за полостью рта и телом, профилактику заболеваний сердечно-сосудистой системы и на предотвращение различного рода травм. Учитывая структуру заболеваемости юных спортсменов, необходимо соблюдать следующие условия:

1. К занятиям спортом допускаются только здоровые и практически здоровые дети.
 2. Врачебный контроль за состоянием здоровья юных спортсменов проводится не реже 2-х раз в год, включая функциональные пробы и оценку физического состояния.
 3. Своевременное лечение очагов хронической инфекции.
 4. Учащихся-спортсменов делят на группы, однородные по биологическому возрасту и уровню физической подготовленности с обязательной индивидуализацией физических нагрузок, с учетом возрастных периодов совершенствования двигательных качеств и в соответствии с этим планировать тренировочную нагрузку.
- Необходимо соблюдать возрастные нормативы начала занятий по конкретным видам спорта, нормативы начала выступления в спортивных соревнованиях и нормативы перехода к этапам спортивной подготовки, т.к. преждевременное начало занятий определенными видами спорта, раннее участие в спортивных соревнованиях оказывают отрицательное влияние на состояние здоровья детей и подростков.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХСН II-III ФК ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Б.Г. Исаханов, Б.А. Аляви, Н.Х. Исаханова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы. Оптимизировать и оценить азотовыделительную и фильтрационную функцию почек у больных ХСН с постинфарктным кардиосклерозом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 45 пациентов с ХСН различных функциональных классов (ФК) с перенесенным в анамнезе (за 6 месяцев и более до исследования) инфаркт миокарда. Работа проведена в РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации за период с 2013 по 2014 гг. Помимо этого была сформирована контрольная группа из 30 условно здоровых лиц, сопоставимых с группой исследования по полу и возрасту. Комплексное обследование включало в себя сбор анамнеза, общеклинические методы.

Клиническое состояние пациентов оценивалось по Шкале оценки клинического состояния (ШОКС) в модификации Мареева В.Ю. У всех участников исследования выполнялась ЭХО-КГ с определением ФВ ЛЖ по Тейхольцу и расчетом индекса массы миокарда (ИММ) по формуле Devereux R. Уровень креатинина (Кр) сыворотки крови определялся фотометрическо-колориметрическим методом по Jaffe. СКФ вычислялась по сокращенной формуле MDRD.

Результаты. Установлено кардиоренальным взаимоотношениям в патогенезе хронической сердечной недостаточности (ХСН) отводится особая роль. В последние годы принято считать, что показатели нарушенной функции почек у больных ХСН являются такими же

важными предикторами неблагоприятного прогноза кардио-васкулярной смертности, как и параметры сердечной деятельности (фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), класс ХСН по классификации NYHA).

В результате исследования определилось, что среди больных преобладали пациенты со II и III ФК ХСН по NYHA. Большинство из них имели слегка сниженную систолическую функцию и эхокардиографические признаки гипертрофии миокарда, а также длительный анамнез артериальной гипертензии. Пациенты с ХСН получали стандартную терапию ХСН и ИБС. Из медикаментозных препаратов наиболее часто употребляемыми были аспирин (83 % больных), β -адреноблокаторы (72 % больных) и ингибиторы АПФ (55 % больных). Фибрилляция предсердий чаще встречалась у больных с высокими функциональными классами ХСН (ФК III – 4 чел., ФК IV – 4 чел.). Исследуемые больные имели достоверно более высокие показатели сывороточного Кр ($p = 0,000008$) и более низкую СКФ ($p = 0,0007$) по сравнению с контрольной группой, что свидетельствовало о снижении азотовыделительной и фильтрационной функции почек у пациентов.

Вывод. Почечная дисфункция выявляется у большинства больных ХСН. Выраженность ее весьма вариабельна: от легкого снижения СКФ до начальных стадий ХБП.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

М.А. Искандарова, Ш.И. Рузиев

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: Разработка учебной программы для физической реабилитации при лёгких формах сахарного диабета.

Материалы и методы исследования: Материалами для исследования послужили истории болезни и боль-

ные сахарным диабетом с лёгкими (I тип) клиническими формами без ожирения. Исследования проводились на кафедре эндокринологии в Республиканском специализированном центре эндокринологии. В исследуемой группе (26 больных) проводили традиционное medica-

ментозное лечение и лечебную физкультуру (ЛФК). Противопоказаниями к проведению ЛФК были: гипергликемия – 16,6 ммоль/л и выше, наличие ацетона в моче и признаки прекоматозного состояния. В контрольную группу (25 больных) входили пациенты, которые не получали ЛФК.

Результаты: Установлено, что в исследуемой группе больных сахарным диабетом физические упражнения, разработанные на кафедре лечебной физкультуры совместно с кафедрой эндокринологии, позволяли больным быстрее преодолевать мышечную слабость и нормализовать показатели углеводного и жирового обмена веществ в организме. Физические упражнения оказывали положительное воздействие на нервную систему, нарушения в работе которой имеют большое значение в патогенезе сахарного диабета. Тренировки благоприят-

но действовали на показатели сердечно-сосудистой системы: нормализовался уровень артериального давления, устранялись аритмии и резко улучшалось общее самочувствие больных. При регулярных занятиях ЛФК усиливается расщепление жиров, снижается масса тела, нормализуется уровень холестерина в крови. Наибольший эффект в реабилитации больных сахарным диабетом достигается при сочетании ЛФК с физиотерапевтическими методами (бальнеотерапия, электропроцедуры и др.) и массажем.

Выводы: Основными показателями физической реабилитации при сахарном диабете были: снижение гипергликемии, улучшение функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем и повышение физической работоспособности, нормализация психоэмоционального тонуса больных.

ЭКСПЕРТНЫЕ КРИТЕРИИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

М.А. Искандарова, А.И. Искандаров

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: Разработка экспертных критериев определения степени тяжести телесных повреждений при временной нетрудоспособности при различных повреждениях глаз.

Материал и методы исследования: Обследовано 46 больных детей в возрасте от 3 до 16 лет с повреждениями глаз, а также проведен ретроспективный анализ 32 заключений судебно-медицинской экспертизы при травматических поражениях глаз у потерпевших детей.

Результаты: Установлено, что временная нетрудоспособность при травматических повреждениях глаз у детей обусловлена выдачей больничного листа или справки родителям потерпевшего в связи с необходимым амбулаторным или стационарным лечением, связанных с временным нарушением зрительных функций у детей.

Задачей лечащего врача – офтальмолога является не только установление диагноза и соответствующего лечения, но и определение и обоснование временной нетрудоспособности родителя потерпевшего ребенка. Важным вопросом в общем комплексе терапии больного

является полное лечение в остром периоде травматического повреждения, что составляет основу профилактики инвалидности.

Анализ экспертных заключений показал, что при различных травматических повреждениях глаз у детей средняя продолжительность стационарного и амбулаторного лечения составила $16,6 \pm 2,8$ дней. При некоторых сквозных повреждениях глаз острыми предметами и при тяжелых термических или химических ожогах роговицы и глублежащих тканей глаз средняя продолжительность составила более 21 дней. Следовательно, при определении степени тяжести телесных повреждений необходимо учитывать длительность расстройства здоровья до полного излечения больного.

Таким образом, при оценке степени тяжести телесных повреждений при различных травматических повреждениях глаз у детей необходимо учитывать как длительность расстройства здоровья, так и временную нетрудоспособность родителя потерпевшего ребенка, оформленного в связи с болезнью по поводу этой травмы.

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ НА ЭТАПЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I-II ФК

К.А. Исламова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Оценить влияние различных видов длительных контролируемых физических тренировок (ФТ) на показатели функции внешнего дыхания (ФВД) и толерантность к физической нагрузке (ТФН) у больных, имеющих ХСН I-II ФК ишемического генеза.

Материал и методы исследования: В исследование включены показатели 24 больных ИБС мужского пола в возрасте от 49 до 64 лет, имеющих ХСН I-II ФК (фракция выброса не менее 45%). Из них 8 перенесли инфаркт миокарда без зубца Q, 16 страдали стабильной стенокардией I-II ф.к. Больные не имели противопоказаний к назначению ФТ и получали медикаментозную терапию согласно действующим стандартам. Пациенты были разделены на 3 группы, сопоставимые по клиническому статусу и результатам. В I группе ФТ умеренной интенсивности проводились на тредмиле не менее 3-х раз в неделю, во II группе – тренировочная ходьба в заданном темпе не менее 2-х часов ежедневно, в III группе –

ходьба с утяжелением в произвольном темпе не менее 1 часа ежедневно. Результаты: Исходно и через 6 месяцев выполнения ФТ всем пациентам проведено клиническое обследование, включающее исследование показателей ФВД (спирография, пикфлометрия), определение ТФН (стресс-тест на тредмиле). Через 6 мес. проведения мероприятий физической реабилитации в I гр. ЖЕЛ увеличилась на 11,3% у больных ХСН I ФК и на 9,8% у больных ХСН II ФК, во II гр. – на 7,2% и 5,6%, в III гр. – на 10,7% и 8,4% соответственно. Показатель ФЖЕЛ через 6 мес. в I гр. увеличился на 12,1% у больных ХСН I ФК и на 10,1% у больных ХСН II ФК, во II гр. – на 7,4% и 5,8%, в III гр. – на 11% и 9,1% соответственно. Через 6 мес. проведения ФТ в I гр. ОФВ1 увеличился на 12,8% у больных ХСН I ФК и на 11,2% у больных ХСН II ФК, во II гр. на 8,1% и 6,4%, в III гр. – на 11,4% и 10,4% соответственно. Прекращения ФТ в связи с развитием осложне-

ний и нежелательных событий у больных ни в одной группе не было.

Выводы: Таким образом, включение больных ИБС с ХСН I-II ФК, имеющих кардиореспираторные расстройства в программы кардиореабилитации с выполнением ФТ способствует эффективному повышению статических (ЖЕЛ, РО вд., РО выд., ДО) и динамических объе-

мов легких (ФЖЕЛ, ОФВ1), увеличению толерантности к физической нагрузке. Наиболее эффективно на показатели функции внешнего дыхания и толерантность к физической нагрузке влияют ФТ умеренной интенсивности на тредмиле не менее 3-х раз в неделю и ходьба с утяжелением в произвольном темпе не менее 1 часа ежедневно.

ПЕРИФЕРИК НЕРВ ТИЗИМ КАСАЛЛИГИ БЎЛГАН БОЛАЛАР ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА ФАРМАКОПУНКТУРА УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

З.Н. Исмаилов, Э.М. Мирджурев

*Республика болалар таянч-харакат тизими касалликлари реабилитацияси Маркази
Тошкент врачлар малакасини ошириш институти*

Ишнинг мақсади: Периферик нерв тизими зарарланган болалар комплекс тиббий реабилитациясида церебролизинни фармакопунктура усулида қўллаб, унинг самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқот материаллари: РБТХТКРМга мурожат этган 3 ёшдан 15 ёшгача булган периферик нерв тизимида зарарланишлари бор 50 та бемор кузатувдан ўташилди. Асосий гуруҳдаги беморлар комплекс реабилитация килинди ҳамда ЭНМГ текширишлар орқали натижалар баҳоланди. Назорат гуруҳида анъанавий усулда даво муолажаларини олаётган беаморлар олинди.

Олинган натижалар: Олинган натижалар шунини тасдиқладикки утказилган фармакопунктура ва биологик электроакопунктур стимуляцияси атрофияга учраган мушакларда ижобий метаболит силжишларга олиб келганлигини кўрсатди. Периферик нерв тизими зарарланган беморларни электронейромиографик текширувлари даволашдан олдин мушакларни тинч ҳолатидаги максимал юзаки потенциаллари қуйидагича ($665,3 \pm 18,8$) бўлса, даволашдан сўнг ($831,0 \pm 3,5$)-га ўзгарди, таранг ҳолатида ($581,7 \pm 136,5$) бўлган бўлса, даво-

ланишдан сўнг ($912,3 \pm 159,3$)-га ўзгарди. Фармакопунктура ва электроакопунктур стимуляциясидан сўнг даволашдан олдин ($683,0 \pm 194,9$) бўлган бўлса даволашдан сўнг ($915,4 \pm 363,7$) га ўзгарди. Шу билан бирга кайфиятни кутарилиши, зарарланган соҳа мушакларини трофикаси, сезги бузилишлари ҳамда ҳаракат бузилишларини тикланиши ижобий томонга силжиши кузатилди. Айниқса n. tibialis ва n. peroneus аксонал ва демиелинизацияланган зарарланиши бор беморларда юқори ижобий ўзгаришлар, аралаш зарарланиши бўлган беморларда нисбатан суст клиник субъектив ўзгаришлар кузатилди.

Хулоса: Текширишларимиз шунини кўрсатдики, периферик нерв тизимида зарарланишлари булган беморларни комплекс босқичма-босқич тиббий реабилитация килиш ва бу жараёнда замонавий фармакопунктура ва биологик акупунктур стимуляция усулини қўллаш юқори терапевтик, параклиник ҳамда иктисодий самарадорликка олиб келади. Бу эса келгусида даволаш ва қўллаш усулларинини аниқ қўрсатмалари ва схемасини янада чуқурроқ урганишни талаб этади.

ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

З.О. Исмати, А.Т. Джурабекова, С.З. Хакимова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования. Оптимизировать лечение дисциркуляторной энцефалопатии при добавлении метода иглорефлексотерапии в комплексном лечении дисциркуляторной энцефалопатии.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 90 больных с дисциркуляторной энцефалопатией. Все пациенты были поделены на 2 группы: I гр. и II гр. I группу составили 52 (58%) пациента, которые получали комплексное лечение: традиционное лечение, физиотерапия, иглорефлексотерапия. Во II группу были включены 48 (54%) пациентов, лечение которых ограничивалось традиционным лечением и физиотерапией. Иглорефлексотерапия, как разновидность акупунктуры, является древне - китайской методикой, в основе которого лежит воздействие на биологически активные точки организма - рефлексозоны, расположенные в местах скопления нервных окончаний и сосудов. Этот метод способен оказать мощное воздействие на весь организм в целом, запустить защитные резервы человека, нормализовать гормональный фон, процессы обмена, повысить иммунитет, оказать седативное (успокаивающее) и расслабляющее действие.

Результаты исследования. Исследуемые больные предъявляли жалобы на головные боли, головокруже-

ние, шум в голове непостоянного характера, жалобы (астено-невротического характера): на повышенную утомляемость 69,5%, снижение работоспособности у 87,8%, эмоциональную лабильность 63,8%. Ухудшение памяти было характерным для 93,0% обследуемых, на спутанность мыслей жаловались 2,6% пациентов. Нарушение сна в виде трудностей засыпания и/или раннего пробуждения, частых пробуждений отмечали 60,9% обследуемых. После проведенного курса лечения в обеих группах отмечалась положительная динамика. Статистически достоверно ($p < 0,05$) уменьшилось количество головных болей. Однако, головные боли прошли полностью или их выраженность уменьшилась в большей степени ($p < 0,05$) у больных, получавших комплексное лечение с применением иглорефлексотерапии (выраженная симптоматика оставалась у 14,6% больных I гр. и у 40,0% пациентов II гр. Различия достигли статистически достоверного уровня ($p < 0,05$), в одинаковой степени снизилось количество жалоб на головокружение (выраженная симптоматика оставалась у 47,3% больных I гр. и у 60,0% пациентов II гр.) и шаткость походки (36,1% и 25,7%, соответственно). Улучшение работоспособности и значимое улучшение памяти выявлено лишь у пациентов I гр. (выраженность симптомов со-

хранилась у 33,3% больных I гр. и у 80,0% пациентов II гр.) ($p < 0,05$). Пациенты I гр. и II гр. отмечали снижение эмоциональной лабильности (выраженность симптоматики сохранялась у 41,2% больных I гр. и у 34,3% пациентов II гр.) и нормализацию сна (33,3% и 35,0% соответственно). Статистически значимых различий между группами выявлено не было.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

А.М. Ишанкулов, З.Р. Шодмонова, Н.А. Бобокулов, Б.Т. Ишмуродов, У.М. Мансуров

*Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи*

Цель работы: Изучить эффективность применения лазеротерапии в комплексном лечении больных, страдающих хроническим простатитом.

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 87 больных с хроническим простатитом, в возрасте от 25 до 57 лет, обратившихся в урологический кабинет СФРНЦЭМП за период 2010-2014гг. и получавших амбулаторное лечение. При диагностике заболевания использовались клинические, лабораторные – микроскопическое и культуральное исследование фракций 4-х стаканной пробы (проба Стамея-Мейерса), а также УЗИ органов мочевого тракта.

Результаты и обсуждение: Наши наблюдения показывают, что клинические проявления заболевания очень разнообразны и варьируют от бессимптомного течения до выраженных субъективных проявлений, включая симптомы нарушенного мочеиспускания, боли в области промежности, паховой и надлобковой области, мошонки, вплоть до сексуальных нарушений, что существенно влияет на качество жизни больного. Из обследуемых 31 больному (1-я контрольная группа) проводилась медикаментозная терапия и местное лечение в виде массажа простаты, горячих микроклизм и грязелечения. У 46 больных (2-я основная группа), наряду с общепринятыми методами лечения применялись лазеротерапия гелий-неоновым лазером (длина волн 0,63 мкм, напряжение 2-3 мВ) или полупроводниковым лазером (длина волн 0,98 мкм, напряжение 4-5 мВ) на аппарате «МилтаFНейролаз» частота 80Гц, мощность

Выводы. Комплексное лечение дисциркуляторной энцефалопатии с добавлением иглорефлексотерапии повышает эффективность лечения, уменьшает сроки лечения дисциркуляторной энцефалопатии, позволяет нивелировать побочные эффекты фармакотерапии и увеличивает сроки ремиссии.

500Вт. Сеансы лазеротерапии проводилось ежедневно ректальным световодом локально направленного действия по 10 минут, в течение 10 дней. За время лечения не было отмечено побочных явлений, каких-либо осложнений. Контроль за эффективностью лечения осуществлялся с помощью заполнения больным анкеты - IPSS и QOL, клинического исследования больных и лабораторно, а также УЗИ простаты с доплерографией.

Анализ результатов полученных данных свидетельствует о том, что в 1-й контрольной группе больных воспалительный процесс имел более затяжное течение, часто наблюдались обострения заболевания. У больных 2-й группы в более ранние сроки отмечалось существенное улучшение мочеиспускания, уменьшилась никтурия. Неприятные болевые ощущения исчезли уже на 4-5 сутки лечения. Благодаря противовоспалительному, болеутоляющему эффекту, а также в связи с улучшением микроциркуляции на месте воздействия лазеротерапии, что и способствовало быстрой регенерации тканей простаты, нормализуя таким образом сексуальные функции.

Выводы: Полученные результаты позволяют расширить диапазон дальнейшего применения лазеротерапии в комплексном лечении хронического простатита, так как она оказывает положительный эффект не только на мочеполовую систему, но также способствует раннему возвращению больных к нормальной жизни и к труду, что имеет немалое значение как в медицинском, так и в социальном отношении.

ЭНДО-ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ УРАТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА

Д. Ишкабулов, А. Ахматов, Н.Н. Холова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы. Установить сезонные особенности функции почек и солевого состава у детей больных уратной нефропатией.

Материал и методы. Посезонно обследованы 47 детей с дисметаболической нефропатией на фоне мочеислого(пуринового) диатеза в возрасте от 2 до 12 лет. Критерием включения больных в данную группу урикопатический «семейный портрет» почечной и внепочечной патологии в родословной, клинический скрининг(ранняя манифестация, отсутствие в дебюте заболевания экстраренальных признаков, изолированный мочевого синдром). Биохимическим критерием наличия мочеислого диатеза считали наличие $GU \geq 300$ мкмоль/л, $GUU - \geq 1$ мг на мл мочи. Гломерулярную функцию оценивали по клиренсу эндогенного креатинина расчетным способом по формуле Шварц. Количественное определение оксалатов в моче проводили по

Н.В.Дмитриевой, мочевую кислоту в крови и моче методом прямой спектрометрии в описании. Оценка достоверности разностей производилась с применением критерия Стьюдента.

Результаты. У наблюдаемых больных с обменной нефропатией на фоне ГУ и ГУУ количество суточной мочи и клубочковая фильтрация во все сезоны года достоверно ниже ($p \leq 0,005$). У этих детей во все сезоны повышена экскреция уратов, оксалатов, неорганического фосфора($p \leq 0,05-0,01$). Однако наибольшая концентрация мочевой кислоты ($5,78 \pm 0,44$ ммоль/л при норме $2,41 \pm 0,20$ ммоль/л, $p \leq 0,001$), оксалатов ($0,74 \pm 0,03$ ммоль/л при контроле $0,45 \pm 0,04$ ммоль/л, $p \leq 0,001$), фосфора ($18,3 \pm 0,70$ ммоль/л при контроле $16,5 \pm 0,70$ ммоль/л, $p \leq 0,005$). Диурез снижен до $0,42 \pm 0,04$ при норме $0,72 \pm 0,04$ мл/мин, $p \leq 0,001$), клубочковая фильтрация ($69,2 \pm 4,9$ при норме $92,4 \pm 7,4$ мл/мин/ $1,73$ м²).

Таким образом, в условиях высокой внешней температуры и гиперинсоляции создается гиперконцентрация указанных нефротоксических веществ, повышается риск развития урикозурической нефропатии, интерстициального нефрита, мочекишечного диатеза. В этих условиях важно своевременное создание соответствующего микроклимата, назначение низкопуриновой диеты, высокожидкостного режима - до 2л на 1,73 м², фитопрофилактику канефроном позволяет избежать прогрессирование нефропатии, предупредить развитие осложнений.

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Д. Ишқабулов, А. Ахматов, Ю.А. Ахматова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы. В Республике Узбекистан в течение последних двух десятилетий проводится программа модернизации здравоохранения. Традиционно сложившаяся система педиатрической нефрологической службы нуждается в оптимизации с учетом новых инноваций.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 52 больных ребенка с хронической болезнью почек в возрасте 3-14 лет (ХБН) в додиализной стадии почечной недостаточности. Стадии почечной недостаточности определили согласно классификации KDIGO(2002). Учитывали семейный анамнез, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Шварц, показатель 1/Scr. Содержание электролитов, креатинина и др. определяли на биохимическом анализаторе (Япония).

Результаты. У больных, с ХБП первой стадии (СКФ 60-89 мл/мин/1,73м²) было 31 больных, II стадии (СКФ 60-89 мл/мин/1,73м²) - 17 детей. Причиной формирования ХБП являлись: гломерулонефрит в 22 случаях (42,3%), пиелонефрит в 16 случаях (30,7%), дисметаболический интерстициальный нефрит в 8 (15,4%) и наследственные и врожденные заболевания органов мочевой системы в 9 случаях (17,3%).

У 61,5% по данным ЭхоКГ выявлена гипертрофия миокарда левого желудочка сердца, артериальная гипертензия у 26 (50%), анемический синдром различной степени у 41 пациента (78,8%). В связи с этим изучали состояния использования признанных мировым нефрологическим сообществом инноваций в ведении нефрологических пациентов. Оказалось в условиях отсутствия централизованного диспансеризации, наблюдения за больным проводилось врачами общей лечебной сети (участковыми врачами), систематическая оценка в динамике почечных функций не проводилось. Повторные госпитализации во всех случаях были связаны с присоединением интеркуррентной инфекции или обострением основного заболевания (нарушение диеты, режима, самовольное прекращения лечения). Эти факторы

Выводы. Высокая тепловая нагрузка в летний период в условиях Узбекистана в сочетании низкой относительной влажностью воздуха с гиперинсоляцией представляет собой существенный фактор риска для развития урикозурической нефропатии у детей с мочекишечным диатезом. Важно выявление ГУ и ГУУ в доманифестном периоде, что дает реальный шанс применения комплекс мер эндоэкологической реабилитации и первичной профилактики уратной нефропатии.

ухудшали течения заболевания, способствовали прогрессированию почечной недостаточности. При анализе историй болезней 15 детей умерших при явлениях хронической почечной недостаточности нами установлено, что все дети погибли не достигнув терминальной почечной недостаточности (СКФ 36,5±4,2 мл/мин/1,73м²), креатинин сыворотки крови 186,5±15,5мкмоль/л, что соответствует III стадии ХБП (СКФ ≤30мл/мин/1,73м²), от застойной сердечной недостаточности. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) получали лишь 14 пациентов (26,9%), лечение было краткосрочное, курсовое, тогда как при ХПН оно должно быть длительным (пожизненным), т.к. эти препараты обладают как ренопротекторным, так и кардиопротекторным свойством, обладают антипротеинурическим эффектом. Следующим существенным дефектом являлось отсутствие нефрогенной анемии рекомбинантным человеческим эритропоэтином, одновременно оказывающем рено- и кардиопротекторный эффект. Из вышеуказанного вытекает, что в настоящее время возникла и возрастает необходимость организации специализированных центров для диспансеризации нефрологических больных.

Выводы. Нефрологические больные нуждаются в дифференцированном, в зависимости от нозологической формы, функционального состояния почек, наблюдении в условиях специализированных центров, оснащенных соответствующей лабораторией, позволяющей проводить качественную динамическую оценку функционального состояния почек. Из-за отсутствия централизованного специализированного диспансерного наблюдения не обеспечивается своевременная диагностика обострений, осложнений (реодуляция миокарда, анемия, дисметаболизм), не используются современные методы ренопротекторной терапии, направленные на замедление прогрессирования почечного процесса.

ЛЕЧЕНИЕ И РАННЯЯ РАЗРАБОТКА СМЕЖНЫХ СУСТАВОВ ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА С УЧЕТОМ СРЕДНЕ-РОТАЦИОННОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПЛЕЧА

Р.Ж. Ишқабулов

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Цель. Оптимизировать метод лечения диафизарных переломов плечевой кости с учетом средне-ротационного положения плеча для ранней реабилита-

ции и профилактики контрактур или анкилоза смежных суставов.

Материалы и методы. Нами было обследовано 93 больных.

Из тех больных, которым применялся компрессионно-дистракционный остеосинтез женщины составляли 22 (23,7 %), мужчины 71 (76,3%), возраст составлял от 15 до 21 года было 22 (23,7%) больных, от 22 до 35 лет 28 (30,1%), от 36 до 45 лет 18 (19,4%), от 45 до 60 лет 16 (17,2%) и старше 60 лет 9 (9,7%) больных.

Локализация перелома наблюдалось в верхней трети у 4 (4,3 %) больных, в средней трети у 57 (61,3 %) больных и в нижней трети у 32 (34,4 %) больных.

По характеру перелома: косая линия перелома у 34 (36,5%), у 20 (21,5%) винтообразная, у 18 (19,4%) поперечные, 21 (22,6 %) оскольчатые.

В наших исследованиях мы определяли наружную ротацию плечевого сустава путем отведения предплечья максимально в сторону головы, отводя предплечья в каудальную сторону, мы определяли внутреннюю ротацию сустава. Сумму полученного объема разделили на два и вычислили среднее ротационное положение плечевого сустава. Мы определяли угол средней ротации по вышеуказанной методике и получили такие результаты; плечо находится в средней ротации в плечевом суставе от 60 до 75 под углом транспортира, иначе, ось согнутого предплечья должна быть отклонена в сторону от 90 на 20-30.

При вышеуказанной укладке больного и в таком направлении оси предплечья мы наблюдали, что плечо приобретает средне-ротационное физиологическое по-

ложение, это подтверждено теоретическим анализом уравновешенного состояния мышц супинаторов-пронаторов, электрофизиологическим исследованием, динамометрическим исследованием и возможности сопоставления косых, спиральных (винтообразных) переломов.

Плечу придается средне-ротационное положение, которое определяется на здоровой конечности до операции.

Результаты и обсуждения: Установлено что при косых, спиральных переломах, для правильного ротационного сопоставления отломков требуется знание угла средней ротации плечевого сустава. Также одновременно с лечением производится ранняя разработка смежных суставов. Хорошие результаты наблюдались у 62 (88,6%) больных, удовлетворительные результаты мы наблюдали у 4 (5,7%) больных и неудовлетворительные результаты лечения у 4 (5,7%) больных.

Таким образом, при наложении аппарата Илизарова при переломах диафиза плечевой кости нельзя забывать о ротационных смещениях плечевой кости для, чего мы и определяли средне-ротационное положение плечевой кости. Во время наложения аппарата Илизарова учитывали положение плеча с целью устранить ротационные смещения при переломах. Связи с чем производится профилактика контрактур смежных суставов.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ

Б.Т. Ишмурадов, З.Р. Шодмонова, Н.А. Бобокулов, М.Х. Меликова, Б.У. Бекмуродов

Самаркандский государственный медицинский институт

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Цель работы: Улучшить результаты лечения и оптимизировать существующие методы реабилитации больных калькулезным пиелонефритом единственной почки.

Материалы и методы исследования: Нами обследованы 24 больных калькулезным пиелонефритом единственной почки в возрасте 24-69 лет. Из них 18 (75%) были мужчины, 6 больных женского пола фертильного возраста.

Результаты и обсуждение: Реабилитация больных с МКБ единственной почки, осложненной пиелонефритом должна осуществляться в следующей последовательности: а) физическая, то есть восстановление уродинамики и улучшение жизнедеятельности организма – теплые ванны, местная вибротерапия, лазеротерапия, диадинамотерапия, магнитотерапия, УЗ-терапия, бальнеотерапия; б) лечебная реабилитация предполагает устранение (в том числе и оперативное) функциональных и морфологических изменений, комплексное лечение осложнений; в) профессионально-социальная реабилитация включает комплекс мероприятий: восстановление трудоспособности, освобождение от тяжелых физических работ, улучшение условий труда, перевод больных на более легкую работу.

В наших наблюдениях из 6 женщин двое благополучно перенесли беременность и родили, у одной больной в послеродовом период проведено 3 сеанса гемодиализа. Остальные больные находились на лечении в урологическом стационаре. У 9 больных проведена медикаментозная консервативная терапия, у 6 – выполнены эндоурологические манипуляции и в 7 случаях - корригирующие операции по экстренным показаниям. Ухудшение функциональной способности единственной почки является результатом пиелонефрита единственной почки и при подтверждении диагноза трудоустройство больных должен быть в благоприятных условиях для нормальной жизнедеятельности. В комплекс мероприятий по реабилитации больных калькулезным пиелонефритом единственной почки входит санаторно-курортное лечение в стадии компенсации.

Выводы. Больные с калькулезным пиелонефритом единственной почки должны периодически проходить профилактическое лечение. Создание им комфортных условий труда, по показаниям смена профессий на более легкую работу, включая санаторно-курортное лечение и консервативную терапию сопутствующих заболеваний благоприятно действует на организм больного и позволяет продлить жизнь на длительное время.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Н.Н. Ишанкулова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Изучение в сравнительном аспекте эффективности физических методов лечения больных РА с учетом особенностей клинической характеристики заболевания.

Материал и методы исследования: Были обследованы 34 больных в возрасте от 18 до 49 лет с давностью заболевания от 1 до 10 лет. I степень активности определялось у 45,6% (16 больных), II степень - у 51,8% (18

больных). I стадия рентгенологических изменений в суставах диагностирована у 23,3%, II – у 45,8%, III – у 26,7%, IV – у 4,2% больных. Функциональное нарушение суставов I степени определена у 42,7%, II – у 38%, III – у 9,5% больных. Всем больным были назначены нестероидные и стероидные противовоспалительные препараты, базисные средства и физиотерапевтические процедуры. В зависимости от методов физиотерапии больные разделены на 4 группы. Больные I группы принимали УФО (от 30 секунд до 2 минут), II группы – электрофорез (от 6 до 15 минут на каждый сустав, с контактной средой гидрокортизон), III группы – инфракрасное облучение (ИКЛ, от 5 до 15 минут), IV группы – физиотерапевтические методы и упражнения лечебной физкультуры и массаж. Курс физиотерапевтических методов составил 8-10 процедур. Эффективность лечения определялось по совокупной оценке динамики клинических симптомов, лабораторных показателей активности воспалительного процесса и обозначалась как значительное улучшение, улучшение, без перемен и ухудшение.

Результаты: Динамическое наблюдение за больными получившими УФО, электрофорез и ИКЛ показало, что улучшение самочувствия и ослабления основных клинических симптомов заболеваний наступило у большинства больных после 6-8 процедур: уменьшилась утренняя скованность, число воспаленных суставов, выраженность артралгий, припухлости суставов. У больных IV группы после окончания всего курса лечения значительно ослабили как клинические симптомы РА,

так и лабораторные показатели активности. Курс лечения УФО и ИКЛ оказал более выраженное благоприятное влияние на клинические симптомы у больных I степенью активности РА. Под влиянием электрофореза с гидрокортизоном снижение лабораторных показателей активности была у большего числа больных II степенью активности и серопозитивной формой заболевания. Применение ЛФК и массажа у больных IV группы стабилизировало достигнутый эффект и улучшало функциональные возможности больных. На основании оценки клинических результатов и анализов самооценки больных по выраженности воздействия изученные физиотерапевтические методы можно расположить следующим образом: электрофорез с гидрокортизоном, ИКЛ и УФО (положительный результат 55-70%). После комплексной физиотерапии, ЛФК и массажа почти все больные отмечали эффект лечения как значительное улучшение или улучшение: при УФО – 86,6%, ИКЛ – 93,2%, электрофорезе – 95%.

Выводы: Рассматривая полученные результаты комплексного лечения РА следует отметить, что комплексное применение физиотерапевтических процедур и реабилитационных методов лечения – физических упражнений и массажа позволяет уменьшить продолжительности утренней скованности, числа воспаленных суставов, выраженность артралгий и припухлости суставов, что сопровождается значительным улучшением функционального состояния больных.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

А.М. Кадилова, С.А. Бабаев, М.Х. Окмаматова, С.Б. Хамрокулов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: выяснить вопрос об удельном весе больных, полностью вернувшихся после операции экстракции старческой катаракты к прежней работе, проанализировать материалы глазного отделения клиники СамМИ за 2011-2014 гг.

Материал и методы исследования: Обследовано и прооперировано 1001 больных по поводу старческой катаракты. Женщин – 529, мужчин – 472. Возраст больных: от 50 до 59 лет – 192 человека, от 60 до 79 – 685, от 80 до 89 лет – 124.

Преимущественным методом операции была туннельная экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы.

Результаты: После операции острота зрения от 0,6 до 1,0 была у 179-и больных, от 0,2 до 0,5 – у 534-х. С остротой зрения до 0,1 выписано 388 больных. Низкая острота зрения обусловлена в основном тяжестью от исходного состояния глаз.

После экстракции катаракты большинство больных имело с соответствующей коррекцией высокую остроту зрения (от 0,3 и больше). Возраст больных вполне работоспособный – от 50 до 65 лет. С этим связана высокая медицинская и профессиональная реабилитация паци-

ентов с поражением хрусталика – 98% больных из числа трудоспособных лиц возвратились к прежней профессии.

Под медицинской реабилитацией понимается комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на возможно раннее восстановление и улучшение зрительных функций у лиц данного контингента.

Экономический ущерб, наносимый временной нетрудоспособностью, достаточно велик. Нами проведены мероприятия, направленные на сокращение дней временной нетрудоспособности больных. Это своевременная диагностика, госпитализация с полным обследованием больного амбулаторно, до поступления в клинику, введение микрохирургической техники и т.д.

Выводы: Туннельная экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы восстановило зрительные функции при возрастной катаракте и позволило подавляющему большинству больных вернуться к своей профессии. Можно говорить о большом значении и перспективности интраокулярной коррекции в медицинской и профессиональной реабилитации больных с помутнениями хрусталика.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИМТ-ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

И.В. Калёнова, Н.В. Богдановская

Запорожский национальный университет

Мозговой инсульт – одна из главных причин временной или стойкой потери трудоспособности, инвалидизации взрослого населения. Ежегодно 100-110 тыс.

жителей Украины впервые заболевают мозговым инсультом. В 2010 г. эта цифра составила 282,3 случаев на 100 тыс. населения. Это превышает средний показатель

в европейских странах (200 на 100 тыс. населения). Треть инсультов возникает у людей трудоспособного возраста. Только 10–20% лиц, перенесших инсульт, возвращаются к труду, из них около 8% сохраняют свою профессиональную пригодность, у 60% отмечают стойкие неврологические нарушения, у 25–30% развивается деменция, 25% нуждаются в посторонней помощи.

В клинической картине больных с мозговыми инсультами (МИ) преобладают нарушения функций движения, частичное или полное восстановление которых возможно только при использовании средств физической реабилитации. На сегодняшний день при всем многообразии методик, используемых для восстановления утраченных двигательных функций у больных с МИ, эта проблема продолжает оставаться актуальной.

Наряду с традиционными реабилитационными комплексами, состоящими из классических приемов лечебной гимнастики, более широко внедряются новые подходы кинезотерапии. На сегодняшний день одной из новаторских методик восстановления функций верхней конечности является методика интенсивной кинезотерапии – терапия вынужденными движениями (constraint-induced movement therapy – CIMT). CIMT-терапия представляет собой серию активных тренировок паретичной руки при искусственно иммобилизированной (обычно с помощью повязки) «здоровой» руке, что помогает больному избавиться от привычки неиспользования паретичной руки.

По данным Кокрановских обзоров 2011–2013 гг. данную методику можно рекомендовать к применению у пациентов со стойкими постинсультными двигатель-

ными нарушениями через 3–9 мес. от начала заболевания. Имеются отдельные сообщения о положительных результатах применения этой методики у больных с легким или умеренным парезом руки в сроки от 4 до 14 дней после ишемического инсульта. Однако большинство авторов все же придерживаются мнения, что применять такую форсированную тренировки можно только у больных с достаточно большим сроком заболевания (от 6 месяцев и более).

Данная методика была применена нами в системе комплексных мероприятий санаторного этапа реабилитации на базе специализированного отделения реабилитации постинсультных больных. Основную группу составили 23 человека с давностью ишемического МИ от 6 до 12 месяцев (поздний восстановительный период), у которых фиксировалась здоровая конечность дважды в день по 2 часа. У контрольной группы больных (20 человек) применялась традиционная методика лечебной гимнастики.

Исследование двигательных функций по окончании санаторного периода реабилитации (21 день) показало повышение мышечной активности по данным электромиографии в среднем на 30,04% и 15,95%, индекса "Шкалы самообслуживания" – на 37,42 % и 14,37%, индекса Bartel на 17,19% и 5,50% в основной и контрольной группах соответственно. Обращает на себя внимание более значительное повышение показателя "Шкалы самообслуживания", что отражает качество жизни больного и свидетельствует об адаптации больного к повседневной жизни при имеющемся двигательном дефиците.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Ё.А. Камалова, З.Ф. Мавлянова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: изучение эффективности лечебной физкультуры (ЛФК) при шейном остеохондрозе.

Материалы и методы исследования. С этой целью нами было анкетировано для определения эффективности лечебной физкультуры 40 больных (25 женщин и 15 мужчин от 30 до 55 лет).

Результаты исследования показали, что жалобы на боли в области шеи, воротниковой области, напряжение мышц области шеи нарушение чувствительности отмечалось у 16 (40%) больных, боль в области плечевого сустава, плеча, шеи, ограничение объема движений при подъеме руки, отмечалось у 12 (30%) больных. Нарушение чувствительности, болезненность при активных и пассивных движениях наблюдалось 12 (30%) больных. ЛФК при шейном остеохондрозе имеет ряд отличительных особенностей. В начальном и основном перио-

дах курса лечения полностью исключаются активные движения в шейном отделе позвоночника. Активные движения в занятия лечебной гимнастики вводились в заключительном периоде (на 15–20 й день). В занятиях использовались упражнения, направленные на расслабления мышц шеи и плечевого пояса. Боли исчезли на 3–4 й день у 12 больных. Восстановление подвижности – на 6-й день у 14 больных (35%), купирование боли и снижение напряжения мышц шеи и плечевого пояса, восстановление подвижности в суставах наблюдалось на 5–7 й день у 14 больных (35%).

Таким образом, ЛФК играет немаловажную роль в комплексном лечении остеохондроза позвоночника. ЛФК эффективна не только при обострении заболевания – это основа профилактики обострений и прогрессирования дегенеративного процесса.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Ё.А. Камалова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: изучение эффективности лечебной физкультуры при поясничном остеохондрозе.

Материал и методы: С этой целью нами было анкетировано для определения эффективности лечебной физкультуры 36 больных (22 женщины и 14 мужчин от 25 до 60 лет).

Результаты исследования показали, что жалобы на тупую ноющую боль в области поясницы, боли по ходу седалищного нерва, напряжение мышц поясничной области, отмечалось у 14 (38,8%) больных, ограничение

объема движений при наклоне вперед, болезненность в поясничной области при посадке на стул отмечалось у 10 (27,7%) больных. Нарушение чувствительности, чувство «похолодания» в нижних конечностях, болезненность при активных и пассивных движениях наблюдалось у 12 (33,3%) больных.

Лечебная гимнастика при поясничном остеохондрозе направлена на снижение болевого синдрома, расслабление мышц туловища и конечностей, улучшения кровоснабжения нервного корешка. В занятия включа-

ют упражнения для мышц плеча, поясничной области, нижних конечностей в сочетании со статическими и динамическими дыхательными упражнениями, которые выполняют из исходного положения лежа на спине, на животе, на боку. После стихания болевого синдрома выполняют упражнения на вытягивание" позвоночника, для улучшения кровоснабжения поврежденного участка позвоночника и близлежащих тканей, а также осуществляют движения в коленных и тазобедренных суставах. В занятиях использовались упражнения, направленные на расслабления мышц поясницы, ягодицы и нижних конечностей.

При остеохондрозе ухудшается фиксирующая способность позвоночника, состояние околопозвоночных мышц и связок, особенно при нагрузке, делая их не эластичными и слабыми. При наличии гипотрофии мышц спины и брюшного пресса их нужно укреплять, сформировать «мышечную корсетку», что будет помогать в разгрузке позвоночника и в выполнении основных ста-

тических и биомеханических функций. Для нормализации тонуса мышц спины и улучшение кровоснабжения паравертебральных тканей необходимо проводить массаж мышц спины и поясницы. При корешковом синдроме массируется и поврежденная конечность.

Восстановление подвижности поясничной области на 10 й день у 12 больных (33,3%), купирование боли в пояснице, снижение напряжения мышц поясницы и нижних конечностей на 5-6 й день у 11 больных (30,5 %). Снижение нарушения чувствительности и чувства «похолодания» наблюдалось на 8-9 й день у 13 больных (36,1%).

Таким образом, применение лечебной физкультуры и массажа больным с остеохондрозом в качестве реабилитации, способствует улучшению состоянию больных, уменьшению болезненности, степени деформации позвоночника, улучшению двигательной активности и качества жизни.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФЛЕШ-СИНДРОМА СРЕДИ СТУДЕНТОВ АЗИАТСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ Г. АЛМАТЫ

Б.Б. Камалова, Л.Б Абилова, Ш.Д. Давутова

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова

Цель работы: Оценить распространенность флеш-синдрома среди студентов азиатской национальности г. Алматы.

Материал и методы обследования: Всего в обследовании принимали участие 270 студентов азиатской национальности г. Алматы. Из них 254 студента казахской национальности (94%), 7 – уйгурской национальности (2,6%), 2 студента – каракалпаки (0,7%), 7 студентов узбекской национальности (2,6%). Из них 148 женщин (54,8%), 122 мужчин (45,2%) (средний возраст 22,5±4,3). Исследование проводилось с помощью анкетирования по специальной анкете, разработанной авторами и обследования, направленного на выявление флеш-синдрома.

Результаты: Распространенность флеш-синдрома, проявляющегося только гиперемией кожи лица, шеи, плеч после приема даже небольших доз алкоголя составила среди женщин 5 человек (3,4%), среди мужчин – 22 человека (18%). Появление тахикардии, аритмии, перебоев в сердце при приеме алкоголя отмечали 5 женщин

(3,4%), 12 мужчин (9,8%). Алкоголь-ассоциированная артериальная гипертензия отмечалась у 6 женщин (4,1%) и 20 мужчин (16,4%), причем максимальные цифры артериального давления достигали 150/90 мм.рт. ст. Все студенты с выявленной АГ больными себя не считали, на диспансерном учете не состояли, лечения не принимали.

Выводы: Отмечалась невысокая распространенность флеш-синдрома среди студентов азиатской национальности, что, возможно, связано с более низкой частотой злоупотребления алкоголем среди студентов по сравнению с равновозрастной популяцией Казахстана в целом. Достоверно чаще флеш-синдром отмечался у мужчин. Однако все опрошенные студенты (100%) были практически не информированы о проявлениях и наличии у них флеш-синдрома, серьезности данного состояния и взаимосвязи с употреблением алкоголя, что диктует необходимость проведения разъяснительных мероприятий, направленных на повышение мотивации студентов к прекращению приема алкоголя.

ОБЩАЯ ВОЗДУШНАЯ КРИОТЕРАПИЯ КАК ЭЛЕМЕНТ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ЛИЦ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Д.Л. Камека, А.А. Федотченко

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования

Целью нашего исследования явилось изучение воздействия ОВКТ на показатели артериального давления (АД) по данным его суточного мониторингирования (СМАД), у лиц с высоким нормальным АД.

Материалы и методы. Обследовано 88 человек, прибывших на 21 день на санаторно-курортное лечение, у которых систолическое АД (САД) было в пределах 135-140, а диастолическое АД (ДАД) 85-90 мм.рт.ст. Среди них мужчин было 57 (64,8%), женщин 31 (35,2%). Средний возраст обследованных составил 42,4±3,1 лет. Все они имели заболевания костно-мышечной системы в стадии ремиссии без патологии сердечно-сосудистой системы.

Пациенты были распределены на 2 группы, сопоставимые по полу и возрасту. В первую группу вошло – 42 человека (27 мужчин и 15 женщин), в лечебный комплекс которых входила аэротерапия, терренкур, хвойно-жемчужные ванны, магнитотерапия. Вторая группа состояла из 46 человек (30 мужчин и 16 женщин), которым в однотипный лечебный комплекс была включена ОВКТ (8 сеансов через день, экспозицией до 3 минут, при температуре -120°C).

СМАД проводилось с использованием рекордера ABP RZ250 (Rozinn, США) и одноименного программного обеспечения. Регистрация АД осуществлялась по общепринятой методике до и после санаторно-курортного лечения.

При выполнении СМАД анализировали: среднесуточные, среднедневные, средненочные показатели САД и ДАД (мм.рт. ст.), частоту сердечных сокращений (ЧСС) (уд./мин.), двойное произведение (ДП) = (САД×ЧСС)/100.

Результаты исследования. Под влиянием лечения в обеих группах наблюдалось снижение САД и ДАД, однако у пациентов второй группы показатели были более значимы. Кроме этого, у больных второй группы наблюдалось достоверное снижение среднесуточного и среднедневного ДАД.

В обеих группах наблюдалось урежение ЧСС, однако достоверное снижение среднедневного показателя наблюдалось только у пациентов второй группы. В этой же группе наблюдалось достоверное снижение среднедневного, средненочного и среднесуточного ДП, что отражало снижение потребности миокарда в кислороде.

Выводы. Положительная динамика САД, ДАД, ЧСС и ДП под воздействием процедур экстремального холода свидетельствует о том, что ОВКТ можно использовать для оптимизации санаторно-курортного лечения лиц с высоким нормальным АД.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ДЕТЕЙ ОБЩИХ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Р.Т. Камилова, Л.М. Башарова

НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз

Цель работы: апробировать разработанный комплекс физического воспитания среди организованных детей дошкольного возраста.

Материал и методы исследования: Всего было обследовано 195 детей в возрасте 5-ти лет, из них 100 мальчиков и 95 девочек, воспитывающихся в 3-х ДООУ общего типа, расположенных в Мирабадском (№489), Мирзо-Улугбекском (№547) и Юнус-Абадском (№519) районах г.Ташкента. Методом тестирования изучены 8 показателей, характеризующие физические качества детей. Апробация комплекса упражнений, направленного на развитие отдельных групп мышц и силовой выносливости, проводилась на выборке, состоящей из 50 детей, включенных в 1-ую группу (основную) и из 145 детей 2-ой группы (контрольной). Исследования проводились в течение 12-ти месяцев - с апреля 2013 года по март 2014 год.

Результаты: Установлено, что исходные данные физической подготовленности детей основной и контрольной групп достоверных различий не имели. В контрольной группе наблюдалась положительная динамика, но достоверно значимые отличия выявлены среди мальчиков по 3-м ($P<0,05-0,001$), а среди сверстниц - по 4-м показателям ($P<0,05-0,01$): поднимание ног (у мальчиков прирост составил 11%, у девочек - 8,7%); метание мяча в цель (прирост - 33,3 и 41,7%); бег на дистанцию 30 м (прирост - 5,6 и 2,6%), подтягивание на перекладине (прирост у девочек составил 50%).

В результате внедрения комплекса физических упражнений выявлено, что все изученные показатели физической подготовленности у детей обоего пола в основной группе улучшались, но на достоверно значимые величины, как у мальчиков, так и у девочек по 6-ти из 8-ми тестов. Так, через 1 год наблюдений, среди

мальчиков основной группы, по сравнению с исходными данными, выявлено значительное улучшение по следующим показателям: поднимание ног ($12,8\pm0,48$ против $11,1\pm0,34$ раза, прирост составил 15,3%), прыжки со скакалкой ($2,6\pm0,45$ против $1,4\pm0,24$ раза, прирост - 85,7%), вращение обруча ($1,2\pm0,15$ против $0,6\pm0,18$ раза, прирост - 100%), метание мяча в цель ($1,8\pm0,17$ против $1,0\pm0,15$ раза, прирост - 80%), прыжки в длину с места ($88,5\pm3,11$ против $79,2\pm3,11$ см, прирост - 11,7%), бег на 30-ти метровую дистанцию ($7,1\pm0,05$ против $7,6\pm0,13$ с, прирост - 7%). У девочек основной группы достоверное улучшение выявлено по таким тестам как: поднимание ног ($11,9\pm0,43$ против $10,4\pm0,34$ раза), прыжки со скакалкой ($9,4\pm0,97$ против $6,4\pm0,93$ раза), вращение обруча ($3,7\pm0,45$ против $2,5\pm0,34$ раза), метание мяча в цель ($2,2\pm0,16$ против $1,3\pm0,14$ раза), бег на 30-ти метровую дистанцию ($7,5\pm0,09$ против $8,0\pm0,11$ с), подтягивание на низкой перекладине ($2,5\pm0,14$ против $1,4\pm0,15$ раза), $P<0,05-0,01$. За период апробации комплекса физических упражнений прирост перечисленных показателей у девочек основной группы составил соответственно 14,4, 46,9, 48,0, 69,0, 6,7 и 78,6%.

Выводы: В результате внедрения материалов информационно-методического письма «Комплекс физических упражнений и дыхательной гимнастики для детей дошкольных образовательных учреждений» (утв. директором НИИ СПЗ МЗ РУз, протокол Ученого совета №4 от 18.03.2013 г.), наблюдалось улучшение показателей развития физических качеств детей основной группы. Это явилось основанием для разработки методических рекомендаций «Физкультурно-оздоровительная работа среди детей дошкольных образовательных учреждений разного типа» (Ташкент, 2014).

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ, СКЛОННОСТЕЙ И ИНТЕРЕСОВ УЧАЩИХСЯ СПОРТИВНЫХ ШКОЛ

Р.Т. Камилова, Л.М. Башарова

НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз

Цель работы: Выявить намерения по выбору будущей профессии, профессиональные склонности и интересы учащихся-спортсменов.

Материал и методы исследования: По специально разработанной анкете проведен опрос 158 подростков в возрасте от 12 до 15 лет, занимающихся в спортивных школах г.Ташкента. Для определения профессиональных интересов и склонностей был использован дифференциально-диагностический опросник (ДДО)

Е.А.Климова в модификации А.А.Азбель (Санкт-Петербург, 2005).

Результаты: Определено, что все обследованные учащиеся-спортсмены свободное от школы время тратят на спортивные занятия, имеют профессиональных тренеров и определенные условия тренировочного процесса: спортивные площадки и спортивные залы с наличием достаточного количества спортивного снаряжения, оборудования и инвентаря; строгую спортивную

дисциплину и регулярный режим тренировок; нацеленность на достижение конкретного спортивного результата.

Изучение профессиональных намерений подростков показало, что большинство из них выбирают себе профессию, начиная с 12-ти летнего возраста. Более 60% детей-спортсменов ориентированы на профессиональный спорт, т.к. отметили для себя возможную карьеру тренера или профессионального спортсмена. В то же время, около 40% детей-спортсменов выбрали совершенно другую профессию, часто не указывая точную специальность, а называя лишь область применения своих профессиональных интересов и склонностей.

Анализ материала результатов тестирования по ДДО показал, что 77,8% обследованных учащихся-спортсменов предпочитали определенный вид деятельности и были отнесены к одному из 6-ти типов профессий. Так, максимальное количество юных спортсменов относились к типам «Человек - Человек» - 29,7%, «Человек - Общество» - 15,8%, а остальные учащиеся были ориентированы на типы «Человек - Природа» - 7,6%, «Человек - Техника» - 8,2%, «Человек - Знаковая система» - 12,1%, «Человек - Художественный образ» - 4,4% и у 22,2% детей-спортсменов тип профессии был неопре-

деленным. Следовательно, только около 46% учащихся-спортсменов были ориентированы на типы профессий, которые связаны преимущественно с общением между людьми и их влиянием друг на друга, т.е. это могут быть профессии тренера, учителя физической культуры и спортсмена. Результаты анализа опросных данных показали, что количество детей, которые правильно обосновали выбор профессии, постепенно увеличивалось с возрастом: от 50% - в 12 лет до 77,7% - в 15 лет. Более чем у 38% детей наблюдалось несовпадение выбранной ими профессии с их профессиональными интересами и склонностями.

Выводы: Не согласованность профессиональных намерений с интересами и склонностями, является показателем низкого уровня профессионального самоопределения подростков. Полученные данные явились основой для разработки учебно-методического пособия «Организация физкультурно-спортивной профориентации, профотбора и врачебной профконсультации детей и подростков» (утв. МЗ РУз №186 от 30.09.2014 г.), в котором отражены вопросы физкультурно-спортивной профориентационной работы для проведения в учреждениях дошкольного, общего среднего, среднего специального и профессионального образования.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАКТО ФЛОР В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАПИЛЛОМАТОЗОМ ГОРТАНИ

Х.Э. Карабаев, Х.Х. Авлиёкулов

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Целью исследования явилось изучение терапевтической эффективности и безопасности применения нового отечественного препарата Лакто ФЛОР в качестве противовирусного средства у больных с папилломатозом гортани.

Материалы и методы исследования: В открытое, рандомизированное, контролируемое исследование было включено 50 больных (мальчиков и девочек) в возрасте от 2 до 8 лет с папилломатозом гортани. В основную группу включены 30 пациентов с диагнозом папилломатоз гортани. Пациенты получали терапию препаратом Лакто ФЛОР по схеме согласно протоколу в комплексе с эндоларингеальной хирургией. Каждый пациент получил всего 6 инъекций препарата через 2 суток подкожно. 3 инъекции до операции, 3-я инъекция в день операции. 3 инъекции в послеоперационном периоде. В контрольной группе (20 пациентов) пациенты оперированы методом эндоларингеальной хирургии. Медикаментозная терапия не назначалась. Период наблюдения за больными состоял из времени пребывания больных в стационаре (примерно 1 неделя) и по-

следующего амбулаторного наблюдения после выписки из стационара в течение 1,5 год. Пациентам обеих групп проведено оториноларингологическое исследование. Безопасность препарата оценена на основании субъективных жалоб пациента, данных общеклинического исследования, лабораторного обследования, отсутствия побочных эффектов и осложнений. Результаты лечения оценивались по изменению количества и тяжести рецидивов, длительности ремиссий.

Выводы: 1. Введение Лакто ФЛОР приводит к статистически значимому снижению продолжительности и тяжести рецидивов папилломатоза гортани и уменьшению частоты последующих рецидивов.

2. Подкожное введение Лакто ФЛОР (1 мг) хорошо переносится, не вызывает аллергических реакций, не оказывает гепато-нефротоксического действия и токсического действия на кроветворные органы.

3. Препарат Лакто ФЛОР может быть рекомендован для широко практического применения как препарат выбора в комплексной терапии рецидивирующего респираторного папилломатоза гортани.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Б.Х. Карабаев, Х.К. Карабаев, К.Р. Тагаев, Х.А. Исаков

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи*

Цель работы: Оценить значимость ранней реабилитации пострадавших с ожоговой травмой и выявить возможные осложнения.

Материалы и методы исследования. Нами произведена сравнительная оценка эффективности лечения 30 пациентов в возрасте 60 лет и старше (первая группа), доставленных в ожоговое отделение в состоянии ожого-

вого шока II-III степени через 24-47 часов интенсивной терапии в условиях субфилиала. В качестве групп сравнения наблюдалось 34 пациента, транспортированных после выхода из шока с аналогичными поражениями и демографическими данными (вторая группа). Время от момента ожога до прибытия в центр в первой группе составило $20,9 \pm 0,9$ ч, во второй - $64,4 \pm 0,9$ ч.

Результаты исследования. Из 522 больных в возрасте 60 лет и старше ожоговый шок выявлен у 105 пожилых и протекал на фоне возрастных нарушений микроциркуляции, обменных процессов и сопутствующей патологии органов и систем. В связи с этим увеличивалась вероятность развития осложнений. Отмечался ранний неблагоприятный признак травмы – сохраняющаяся артериальная гипотензия и периферические признаки шока, несмотря на восстановление нормального ЦВД с помощью плазмозаменителей. Наиболее грозным осложнением явилось развитие синдрома полиорганной недостаточности (у 85 больных), проявляющейся сочетанием синдрома острого повреждения легких или респираторного дистресс-синдрома (у 28 больных), с некрозом почечных канальцев и формированием острой почечной недостаточности, а также острой сердечной недостаточности (у 92 больных).

Нарушения микроциркуляции усугубляли течение синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, что проявлялось развитием тромбозов и инфарктов органов и повышенной кровоточивостью, а также развитием острых эрозий и язв желудка и

кишечника, которые служили причиной тяжелых внутренних кровотечений (у 28 больных). Осложнениями ожогового шока старших возрастных групп были инфаркт миокарда (у 7), как результат их необратимой ишемии. Наличие хотя бы одного из данных осложнений повышало вероятность летального исхода пациентов до 80%.

Выводы. Учитывая неадекватность противошоковой терапии при обширных ожогах в субфилиалах ЦРБ, целесообразна ранняя транспортировка и реабилитация больных с тяжелой термической травмой к месту квалифицированной помощи. Доставка обожженных пациентов в центр возможна до выведения их из состояния шока. Своевременное оказание специализированной помощи и ранней реабилитации существенно улучшает результаты лечения.

Ранняя реабилитация и аргументированная профилактика возможных осложнений ожогового шока у пожилых пострадавших существенно снижала летальность, и укорачивала последующий период лечения ожоговой болезни.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНЫМ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМ ГОРМОНОМ РОСТА НИЗКОРОСЛЫХ ДЕТЕЙ

Н. Каримова, Б.А. Юлдашев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Реабилитация низкорослых детей рекомбинантным человеческим гормоном роста Нордитропин.

Материалы и методы обследования: Под наблюдением с 2012 по 2014 г. находились 17 детей (13 мальчиков и 4 девочки) с отставанием роста, получавших лечение препаратами рекомбинантного человеческого гормона роста. Возраст детей на начало лечения гормоном роста составлял 9,6 года (от 1 года до 15 лет), II – III стадия по Таннеру. Средний костный возраст детей – 6,8 года (от 1 года до 11 лет). Коэффициент стандартного отклонения (SDS) роста в среднем равнялся –2,97 (от –4,71 до –1,56). Средняя скорость роста составляла 3,05 см/год (от 1 до 4,8 см/год). SDS скорости роста в среднем был –3,21 (от –0,5 до –6,7). Все больные получали лечение препаратами рекомбинантного человеческого гормона роста: нордитропин-нордилет (NovoNordisk, Дания), в дозе 0,05 мг/кг в сутки в виде ежедневных подкожных инъекций. Продолжительность лечения составляла от 12 до 24 мес. Критерии включения в исследование на начало лечения гормоном роста были следующие: задержка роста на уровне или ниже 3-й перцентили по хронологическому возрасту (SDS роста < –1,88 по хронологическому возрасту) либо скорости роста (SDS скорости роста < –2); стадия пубертата I–III по Таннеру; костный возраст менее 10 лет для девочек и менее 12 лет для мальчиков; Измерение роста проводилось стадиометром Харпендена. Рассчитывали коэффициент стандартного отклонения (SDS) роста, скорости роста и скорости роста по хронологическому возрасту. Расчет SDS роста производился по формуле: $SDS \text{ роста} = (x - X) / SD$ где x – рост ребенка; X – средний рост для данного пола и хронологического возраста; SD – стандартное отклонение роста для данного пола и хронологического возраста. Значения хронологического возраста, X и SD опреде-

лялись по специальной таблице. Скорость роста рассчитывали по формуле: Скорость роста (см/год) = (рост 2 – рост 1) / (хронологический возраст 2 – хронологический возраст 1). SDS скорости роста определялся по формуле: $SDS \text{ скорости роста} = (y - Y) / SD$, где y – скорость роста за период между хронологическим возрастом 1 и хронологическим возрастом 2; Y – средняя скорость роста для данного пола и среднего хронологического возраста между двумя измерениями. Костный возраст определялся 1 раз в год на основании рентгенографии обеих кистей с лучезапястными суставами. Степень изменения скелетного созревания оценивалась в виде отношения разности костного возраста к разности хронологического возраста ($A \text{ к.в.} / A \text{ хр.в.}$) за одинаковые промежутки времени.

Результаты и обсуждение. Наблюдение показало, что лечение препаратами рекомбинантного человеческого гормона роста в супрафизиологических дозах (4 ЕД/м² в сутки, или 0,05 мг/кг в сутки) в виде ежедневных подкожных инъекций вызывает улучшение показателей роста без развития серьезных осложнений. У всех детей отмечалось существенное увеличение скорости роста и SDS скорости роста ($p < 0,001$). Так, за данный период отмечалось более чем двукратное увеличение скорости роста по сравнению с предыдущим годом до начала лечения ($p < 0,001$). Прирост SDS роста составил от 0,23 до 1,01 к концу первого года лечения и от 0,63 до 1,7 через 2 года лечения. Заметного ускорения костного созревания на фоне терапии гормоном роста не отмечалось.

Выводы: Согласно нашему наблюдению, лечение низкорослых детей с препаратами рекомбинантного человеческого гормона роста в дозе 0,05 мг/кг в сутки в течение 2 лет вызвало стойкое улучшение показателей роста без выраженных побочных эффектов.

ИССЛЕДОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ СДВИГОВ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ КРЫС ПРИ ДИСКРЕТНОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ЙОДОМ

Ш.Ф. Каримова, З.К. Зиямутдинова, У.Л. Султонходжаев, Г.О. Исмаилова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

С целью проверки механизма зобообразования, обусловленного йододефицитом нами были проведены эксперименты по изучению влияния дискретного поступления йода с пищей на вес щитовидной железы и гипофиза и на чувствительность тиреоцитов к действию тиреотропного гормона.

Материалы и методы исследования: Эксперименты были проведены на 104 половозрелых крысах, разделенных на 3 группы: 1 – половозрелые крысы второго контрольного поколения, получавших 40 - 45 мкг йода в сутки; 2 – половозрелые крысы второго йододефицитного поколения, получавших йод в дозе 4 - 5 мкг/сутки; 3 - получавшие 3 раза 10-дневную нагрузку йодом (до контрольного уровня).

Забой животных был произведен через 2 недели, 2,5 месяца и 5,5 месяцев после последней нагрузки йодом. Всем крысам за 30 минут до забоя вводили по 20 мед ТТГ.

У всех крыс исследовали вес тела, щитовидной железы и гипофиза; щитовидные железы и гипофиз подвергались гистохимической обработке для последующего анализа количества коллоидных капель в тиреоцитах (PAS - реакция) и процентного содержания тиреотрофов в гипофизе (окраска: альциановый синий – PAS Оранже G).

Результаты: Из данных следует, что у крыс всех йододефицитных групп достоверно увеличена реакция образования внутриклеточных капель коллоида в ответ на введение ТТГ (20 мЕд). У крыс же, содержащихся на дискретном йодном обеспечении эта реакция была выше, чем в контроле, но ниже, чем у йододефицитных животных. При полном дефиците йода преобладает мелкофолликулярная структура, при дискретном йодном поступлении она более гетерогенна: наряду с мелкофолликулярными зонами встречаются средние и крупные фолликулы с менее активными тиреоцитами и именно в них тиреотропная реакция намного слабее, чем в мелких. Процентное содержание тиреотрофов в гипофизах крыс из этих двух групп было приблизительно одинаковым и значительно выше, чем в контроле во все исследованные сроки.

Таким образом, йодное обеспечение влияет на чувствительность тиреоцитов к действию тиреотропного гормона. Из имеющихся в литературе данных, о механизмах образования зоба, вызванного йододефицитом, можно предположить, что в отдельных тиреоидных фолликулах может возникнуть дефект по ходу каскада реакций, регулирующих секрецию, вызывающий ее торможение, который является биохимической первопричиной развития коллоидного зоба.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА С ПРОТЕОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ ПРИ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ГРЫЖАХ

К.С. Каршиева, Н.М. Файзуллаева, М.М. Дусмуратова

Самаркандский областной врачебно-физкультурный диспансер

Целью работы было изучение неврологических симптомов у больных межпозвоночной грыжей с применением препарата Карипазим 350 ПЕ.

Материалы и методы исследования: нами были обследованы 50 пациентов в возрасте 30-55 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы:

В 1 группу входили 40 пациентов с локализацией межпозвоночной грыжи на уровне пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Во 2 группу входили 10 пациентов с локализацией межпозвоночной грыжи на других уровнях позвоночника.

Результаты исследования: При поступлении практически у всех пациентов были жалобы на боли в спине с иррадиацией на нижние конечности. Во время осмотра неврологическая симптоматика была разнообразной.

У 50% больных отмечалось выраженное снижение сухожильных рефлексов конечностей. У 10% больных отмечается *defans musculorum*. У 20% больных онемение и покалывание в области иннервации пораженных корешков. У 7% больных отмечалось нарушение чувствительности. У 2 % больных отмечалось нарушение функций тазовых органов. Нами было предложено лечение с препаратом Карипазим в дозировке 350 ПЕ на 0,9%-10,0 физиологического раствора (+) и Эуфиллин 2,4%- 5,0(-) в виде электрофореза в течение 15-20 дней.

Вывод: применение электрофореза Карипазимом 350 ПЕ курсом лечения 15-20 дней оказывает положительный эффект при грыжах межпозвоночных дисков. У 70% больных неврологическая симптоматика улучшилась в положительную сторону.

ХУДОЖЕСТВЕННАЯ ГИМНАСТИКА И ЕЁ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ РАЗВИТИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК

К.С. Каршиева, Д.У. Суярова, Д.М. Куйлиева

Самаркандский областной врачебно-физкультурный диспансер

Целью исследованию было изучение влияния занятий художественной гимнастики на развитие девочек.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 92 девочки занимающиеся художественной гимнастикой в возрасте от 6 лет до 12 лет. Важное значение имеет вид спорта, которым занимаются девочки. В этом плане трудно переоценить влияние

художественной гимнастики на их развитие и здоровье. Девочки были разделены на 2 группы:

1 группа - это девочки рост, вес и физическое развитие, которых соответствует возрасту и занимаются спортом 3 года.

2 группа - это девочки, рост, вес и физическое развитие, которых отстаёт от возраста и занимаются спортом 1-2 года.

Наблюдение за ними велось в течение 6 месяцев. У девочек 1 группы при регулярном занятии художественной гимнастикой развилась гибкость, ловкость, выносливость, дисциплина, научились владеть своим телом, красиво и грациозно двигаться, укрепилась вера в себя.

У девочек 2 группы при регулярном занятии художественной гимнастикой сформировалась красивая фигура, правильная осанка, подкачались мышцы, режим, умение сбалансировано пользоваться свободным временем, всестороннее общение с ровесниками, развились необходимые двигательные навыки.

Результаты исследования: сравнительный анализ свидетельствует о том, что развитие девочек, занимающихся художественной гимнастикой длительное время

при повторном обследовании (мониторинг) рост девочек, занимающихся этим видом спорта более 3х лет, превышает рост девочек данного возраста, занимающихся от 1 до 2х лет на 2,5-4 см. Помимо показателей роста и веса отмечается также гармонизация соотношения показателей относительного возраста, а также духовного и культурного воспитания.

Выводы: Художественная гимнастика – это вид спорта, который необходим для гармоничного развития девушки, она формирует навыки эстетического развития. Поэтому даже за 3-4 года занятий можно видеть положительный результат.

Приобщиться к художественной гимнастике значит пройти по пути физического совершенствования и эстетического развития.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИОРИТЕТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ГРИППУ И ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. ТАШКЕНТА

И.А. Касымов, Д.М. Атамухамедова, Н.А. Джалалова, Н.Х. Отамуратова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования – на основании анализа многолетней динамики заболеваемости приоритеты профилактических мероприятий.

Материалы и методы: данные о многолетней заболеваемости (2004-2013 гг.) гриппа и ОРВИ среди населения г.Ташкента были получены в Городском центре Госсанэпиднадзора.

Результаты и обсуждение: Анализ динамики заболеваемости гриппом и ОРВИ в г. Ташкенте (в сравнении с соответствующими данными по РУз) позволяет отметить следующие особенности. Во-первых, заболеваемость в Ташкенте значительно выше, чем в РУз. В то же время обе кривые синхронны ($\chi^2=+0,94\pm 0,05$). Следовательно, на территории республики и в том числе в г.Ташкенте реализуются единые механизмы и факторы эпидемического распространения гриппа и ОРЗ, однако в крупнейшем городе республики их активность более выражена. Во-вторых, в течение последнего десятилетия снижение заболеваемости происходило с одинаковой интенсивностью (средний ежегодный темп. 5,7%-6,5% соответственно), что определяется в основном отсутствием значительных изменений антигенной характеристики возбудителя. В третьих, на фоне общего сокращения имели место регулярные подъемы заболеваемости с двухлетним циклом (в 2004, 2006, 2008 гг.).

Результаты исследования также свидетельствовали, что наиболее эпидемиологически значимым контингентом являлись школьники 7-14 лет, играющие ведущую роль в провоцировании или снижении активности эпидемического процесса гриппа и ОРВИ среди всего населения.

Выводы. Исходя из этих данных, было сделано заключение, что в целях сдерживания эпидемического подъема заболеваемости гриппа и острых респираторных инфекций целесообразно наряду со специфической профилактикой использовать меры, направленные на повышение общей резистентности и иммунологической реактивности основных контингентов риска заражения и заболевания.

Следовательно, профилактические мероприятия неспецифического характера рекомендуются проводить: среди декретированных контингентов, длительно и часто болеющих (групп риска заражения и заболевания) с использованием широкого спектра иммуностимулирующих средств (под контролем врача); среди населения (в основном школьников) при использовании доступных иммуностимулирующих препаратов в минимальных дозах (без врачебного контроля).

ПРОФИЛАКТИКА, РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

И.А. Касымов, С.И. Ульмасова, Ш.Ш. Шомансурова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Целью данного исследования явилось динамическое наблюдение и раннее выявление инфекционной заболеваемости в Ташкентской области, обоснование приоритетных направлений профилактики и оздоровления населения.

Материалы и методы. В процессе исследования были использованы данные инфекционной заболеваемости Областного Центра Госсанэпиднадзора Ташкентской области за 2012-2013 гг.

Результаты и обсуждения. Полученные результаты позволили дать социально-эпидемиологическую характеристику взрослого сельского населения области, определить инфекционную пораженность по отдельным нозологическим единицам. Эти результаты показали необходимость немедленного принятия мер по про-

филактике, динамическому наблюдению распространенных заболеваний среди населения области.

Медицинское обследование сельского населения по Ташкентской области включало 3 этапа: 1) Анкетный тест-опрос; 2) Врачебное обследование; 3) Специализированная медицинская помощь.

За указанный период обратилось за медицинской помощью - 27681 больных с жалобами на инфекционную патологию, из них осмотрено - 27679 (99,6%) выявлено больных - 8007, что составило 28,9%.

Выявленные больные распределены по следующим нозологиям:

Больные органов дыхания, включая грипп, гриппоподобные заболевания, туберкулез (24,8%); больные острыми кишечными инфекциями (13,5%); больные

различными паразитарными заболеваниями (биогельминтозы, геогельминтозы) - 12%; больные зоонозными инфекциями - 2,1%; инфекции, передающиеся половым путем составили - 1,3% и т.д.

Как показали результаты анализа, в структуре заболеваемости ведущими являлись инфекции с воздушно-капельным механизмом передачи (24,8%) и острые кишечные инфекции (13,5%).

По результатам проведения трех этапного медицинского обследования сельского населения жителей Ташкентской области, довольно широкое распространение получила заболеваемость ОКИ. Поскольку эти инфекции не управляются средствами специфической

профилактики, их распространение в значительной мере зависит от естественного развития эпидемического процесса в определенных условиях среди обитания населения (коммунального благоустройства, миграции населения, уровня санитарно-гигиенического состояния предприятий общественного питания, торговли продовольственными товарами и др.).

Таким образом, подобные динамические наблюдения, проводимые с целью сохранения и укрепления здоровья населения, способствуют снижению заболеваемости, первичного выхода на инвалидность и смертности сельского населения от инфекционных патологий.

ОДНОМОМЕНТНАЯ АБДОМИНОПЛАСТИКА С ГЕРНИОПЛАСТИКОЙ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ III-IV СТЕПЕНИ

С.А. Кан, К.Э. Рахманов, А.А. Эгамбердиев, Р.Р. Азимов

Самаркандский государственный медицинский институт

Материалы и методы: С 2010 года до 2012 года в хирургических отделениях клиники СамМИ прооперировано 82 больных с послеоперационными вентральными грыжами передней брюшной стенки.

По классификации Д.Е. Тоскина и Т.Т. Жебровского (1990г), грыжи делятся по величине на четыре группы: малые, средние, большие (обширные) и гигантские. 56 (68,3%) пациентов в возрасте от 27 до 60 лет страдали ожирением III-IV степени и наличием выраженного кожно-жирового фартука (*venter pendulus*). Из них женщин было 47 (83,9%). Больные были разделены на две группы. Контрольную группу составили 39 (47,6%) больных, им было выполнено грыжесечение с пластикой аутоканями и протезирующими материалами. При этом трансплантат фиксирован по методике *onlay*, *inlay* и *sublay*. Основную группу составили 43 (52,4%) больных, которым было выполнено грыжесечение с абдоминопластикой.

Всем больным проводилась антропометрия (ИМТ), общеклинические, биохимические исследования, измерение внутрибрюшного давления до и после операции. Полученные данные позволяли выбрать оптимальный доступ при герниопластике и абдоминопластике при послеоперационных вентральных грыжах. В предоперационной подготовке изучали следующие показатели внешнего дыхания по общепринятым методикам: проба Штанге, частота дыхания (ЧД), дыхательный объем (ДО), минутный объем дыхания (МОД), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), максимальная вентиляция легких (МВЛ). Всем больным проводилось ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, по показаниям - ирригоскопия, рентген контрастное исследование ЖКТ.

Результаты и обсуждения. В целом, среди обследованных ($n=82$) распространенность ожирения различной степени (ИМТ от 28 до 60,9) составила 76,4% ($n=65$). При этом III-IV степень ожирения (ИМТ от 36 до 60,9) имели 35,4% ($n=29$).

Послеоперационном периоде у больных контрольной группы наблюдалось 11 осложнений (28,2%): гематома у 2, серома у 3, лимфорея у 1 и нагноение раны у 1. Бронхолегочные осложнения наблюдались у 1, явления сердечной недостаточности у 2 больных. В основной группе осложнения были у 4 пациентов (9,3%) нагноение послеоперационной раны у 1 больного, инфильтрат в области послеоперационной раны у 2, некроз края кожного лоскута у 1). Таким образом, наибольшее количество осложнений наблюдалось у больных в контрольной группе.

Выводы:

Лечение больных с ожирением должно быть комплексным и индивидуальным, как в оценке исходного состояния больного, так и в выборе метода лечения, поскольку в задачи таких операций входит не только снижение массы тела, но и нормализация метаболических процессов.

Герниопластика с абдоминопластикой у больных, с послеоперационными вентральными грыжами ПБС, страдающих ожирением III-IV степени, выполняемая после тщательной предоперационной подготовки, улучшает качество жизни пациентов, устраняет эстетические неудобства, вносит большой вклад в психологическую и социальную реабилитацию больных ожирением и является хорошим стимулом для выработки мотивации и снижению массы тела.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ СПОРТИВНЫХ ВРАЧЕЙ

Г.П. Касымова

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Цель работы: критерии выполнения КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова принципов Болонской декларации, как индикаторов реализации образовательных программ при подготовке спортивных врачей на последипломном уровне.

Материалы и методы исследования: Материалами исследования явились нормативно-правовая документация, включая учебно-методические комплексы по

спортивной медицине и инструменты реализации принципов Болонской конвенции. Методы исследования: информационный, аналитический, статистический, контент - анализ

Результаты: Внедрение и разработка методологических подходов по проведению учебных процессов в резидентуре по спортивной медицине в КазНМУ имени

С.Д. Асфендиярова проводились в соответствии с принципами Болонской декларации:

- конкурентноспособность европейского пространства высшего образования;
- сохранение независимости и самостоятельности всех высших учебных заведений;
- повышение качества высшего образования;
- расширение мобильности студентов и преподавателей;
- модернизация высшего профессионального образования;
- академические обмены с университетами европейских стран;
- внутривузовское введение качественного образовательного процесса;
- система кредитов;
- двухцикловое обучение (бакалавриат, резидентура);
- владение пятью основными компетенциями: знание, практические навыки, коммуникативные навыки, правовая компетенция, самосовершенствование;
- компетентно-ориентированная модель образования.

Основополагающими документами служила нормативно-правовая документация резидентуры, включающая правительственные документы, методические указания, учебно-процессуальные акты, регламентирующие правила, объем, сроки и правила подготовки спортивных врачей.

Учебно-методический комплекс по специальности: спортивная медицина, основан на государственном стандарте образования, включает: типовые учебные программы резидентуры, рабочие учебные программы компонента по выбору, рабочий учебный план, syllabus, контрольно – измерительные средства, индивидуальный рабочий учебный план резидента, портфолио

резидента, отчет резидента, аттестационную и учебно-отчетную документацию.

Подготовка спортивного врача в резидентуре по специальности спортивная медицина осуществляется в течение двух лет: спортивная медицина -1; спортивная медицина – 2, включая базовые и профилирующие смежные дисциплины.

Оценка учебных достижений резидента проводилась по результатам текущего и рубежного контроля, итогового и промежуточного контроля, и итоговой государственной аттестации.

Основополагающим подходом при обучении резидента по спортивной медицине являлся компетентный подход.

Таким образом, пятилетний опыт КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова в реализации образовательных программ по подготовке спортивных врачей на последипломном уровне в рамках Болонского процесса, свидетельствует:

- о неукоснительному выполнению всех принципов Болонской декларации;
- модернизации высшего профессионального образования в области спортивной медицины, параллельно идущий, как в формате научно – исследовательских программ, так и прикладных учебных программ;
- качественном введении образовательного процесса в резидентуре, трактуемое педагогическими навыками преподавателей и практическими компетенциями в области спорта высоких достижений.
- о прикладно-ориентированной модели образования, всецело отвечающей потребностям практического спортивного здравоохранения, стопроцентной гарантированности трудоустройства после окончания резидентуры в ведущие олимпийские команды Казахстана, экспертные комиссии, органы здравоохранения и другие специализированные организации.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Г.П. Касымова

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Цель работы: раскрыть основные тенденции подготовки высококвалифицированных спортсменов эпохи глобализации: повышение резервов здоровья и современные методы экспресс - диагностики по раннему выявлению патологии и повышение уровня их подготовленности.

Материалы и методы исследования: исследована система подготовки высококвалифицированных спортсменов во взаимосвязи с технологиями следующего порядка:

- экспресс – диагностика (Check-Up) соматического, функционального состояния и количественной оценки резервов здоровья;
- тестирование физической подготовленности в спорте высших достижений;
- оптимизация процессов восстановления и повышения физической работоспособности спортсменов;
- образовательные технологии кадрового врачебного состава по медицинскому обеспечению спортсменов;
- информационные технологии, формирующие подходы по общественному сознанию в целом на глобализацию спорта, и формирование типа спортсмена, свойственного новой исторической эпохи и отражающие наиболее характерные для нее черты.

Результаты: период нарастающей глобализации, имеющей место в настоящее время, отражается на современном спорте и тех технологиях, которые связаны с ним.

Современные методы экспресс – диагностика (Check-Up) соматического, психического и функционального состояния высококвалифицированных спортсменов отражают интенсивность внедрения тех научных достижений, которые получили свое развитие в каждом отдельном существующем социуме.

Уровень подготовленности спортсменов и тестирование их физической подготовленности на национальном и международном уровне, включая антидопинговый контроль зависят от методологических подходов, методов их апробации и внедрения, технической оснащенности и профессиональной обеспеченности врачами и парамедиками.

Оптимизация процессов восстановления и повышения физической работоспособности спортсменов напрямую связаны с эффективностью внедрения инновационных технологий лечения и реабилитации, четко построенной фармакологической программой, своевременным адекватным применением фармакологических препаратов, повышающих физическую работоспо-

способность и способность к быстрому восстановлению ресурсов спортсмена после экстремальных нагрузок.

Образовательные технологии по подготовке кадров направлены на формирование кадрового потенциала спортивной медицины, состоящего из значительной армии специалистов, владеющих современными методами диагностики, лечения и реабилитации, постоянно повышающие свой профессиональный уровень в соответствии с достижениями науки и практики в области спортивной медицины.

Особенностью современного спорта является его центрированность на спортсмене, изыскание его отличительных черт, экстраполяция образа спортсмена на социум, не только в целях рекламы, но и бизнеса, неприглядное вскрытие, нередко социальных, духовных или семейных проблем, что выставляет спортсмена на

новый пьедестал славы, граничащей порой с психологическим, а затем и с физическим срывом адаптации.

Независимо от географических, социальных, этнических и других черт характера спортсменов, именно социальные сети и информационные возможности предъявляют сегодня высокий рост требовательности болельщиков к сегодняшним кумирам и забытым чемпионам завтра.

Выводы: Следовательно, многогранность инновационных технологий в спортивной медицине свидетельствует о глобализации процессов, происходящих в мировом пространстве, изначально связанных с состоянием здоровья спортсменов высокого класса, уровнем его подготовленности и взаимодействующих с различными структурами посредством различных технологий.

ОРТОМОЛЕКУЛЯРНАЯ ТЕРАПИЯ КАК БАЗИСНАЯ МЕДИЦИНА В СПОРТЕ ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ

Г.П. Касымова

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Цель работы: определить эффективность ортомолекулярного препарата «Orthomol sport», для оптимизации работоспособности, восстановительного процесса и защитных функций организма.

Материалы и методы исследования: в качестве выборочной совокупности выбраны две группы футболистов: 1 группа (основная) – 24 человека, и 2 группа (контрольная), 28 человек. В течение двух месяцев спортсмены 1 группы применяли препарат «Orthomol sport» (однократно утром перед завтраком).

До проведения эксперимента определялись параметры физической работоспособности, критерии восстановления после физической нагрузки и иммунный статус у футболистов обеих групп.

Результаты: Основными принципами выбора «Orthomol sport» в качестве базисной терапии у спортсменов являлись:

- оптимальная концентрация микроэлементов в строго выверенном соотношении;
- учет синергизма отделенные микронутриентов;
- учет индивидуального состояния здоровья спортсмена;
- учет различных потребностей в микронутриентах;
- доказанная эффективность;
- отсутствие аллергических реакций.

Для поддержания высокой работоспособности спортсмена в состав данного ортомолекулярного препарата входят витамины группы В (участие в биохимических процессах углеводного, белкового и жирового обмена); L-карнитин (существенная роль в процессе образования энергии); коэнзим Q (участие в процессе оксидативного фосфорилирования, необходимый для образования «энергетической» молекулы АТФ, антиокси-

дант- защита от свободных радикалов); магний (вовлечен в многочисленные ферментные процессы энергетического обмена).

Вклад в оптимизацию восстановительных процессов вносит калий (передача нервно – мышечных импульсов, накопление гликогена); кальций и витамин Д (успешная регенерация и обновление костной ткани).

Для усиления сопротивляемости организма к внешним факторам воздействия, в том числе, к различным инфекциям и поддержание иммунной системы организма в состав «Orthomol» sport входят витамин С, Е, В-каротин, микроэлементы селен, цинк, железо, магний, марганец (антиоксидантное влияние); биофлавоноиды (противовирусное и противомикробное действие), таурин (влияет на жировой и углеводный обмен, уменьшает воспалительные реакции, участвует в синтезе белков дыхательной системы).

Обеспечение организма спортсменов всеми необходимыми микроэлементами способствовало повышению физической работоспособности, оптимизации восстановительных процессов и усилению сопротивляемости организма к факторам внешней среды, и инфекциям у спортсменов 1 группы, в значительной степени, по сравнению со спортсменами 2 группы.

Выводы: консолидированный эффект ингредиентов, входящих в состав «Orthomol sport», позволяет констатировать факт эффективного его приема для оптимизации работоспособности, восстановительного процесса и защитных функций организма, подкрепленного отсутствием допинга (отсутствие содержания прогормона и нандролона) и гарантированной безопасностью в соответствии со строжайшими международными нормами.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Г.М. Касимова, Б.Б. Утемуратов, Р.М. Шарипова, Х.У. Рахматуллаев

Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр терапии и медицинской реабилитации

Цель работы: В связи с этим целью настоящего исследования явилось выявление молекулярных механизмов образования ангиогенных факторов под влиянием ударно-волнового воздействия при экспериментальном атеросклерозе.

Материалы и методы исследования: Были проведены эксперименты in vitro у 20 кроликов (порода шиншилла) и вызван экспериментальный атеросклероз (ЭА) по методу Аничкова. Уровень интерлейкина ИЛ-8 в сыворотке крови при ЭА, определяли методом твердо-

фазного иммуноферментного анализа на иммуноферментном анализаторе «Humareader Single», используя реактивы фирмы «Вектор Бест» Россия. Биохимические исследования крови на анализаторе «Humalyser 2000» Германия. Для получения высокоэффективного ударно-волнового воздействия были использованы специальные экспериментальные насадки генерирующие ударные волны.

Результаты: Ударно-волновая терапия (УВТ) представляет собой новый инновационный метод лечения. В основе этого метода лежит новейшая неинвазивная технология реваскуляризации (образование новых сосудов) миокарда, путём дистанционного воздействия сфокусированной акустической волны. Как показали полученные данные, ударная акустическая волна стимулирует выработку ангиогенных факторов, таких как IL-8, NO-синтазу, а так же ряд других факторов, что вызывает заживление тканей и «терапевтический ангиогенез», который представляет собой контролируемую индукцию или стимуляцию образования новых кровеносных сосудов. Следовательно, выявленное повышение в крови ангиогенных факторов IL-8, NO-синтазы свидетельствует о формировании новых кровеносных сосудов в ишемизированных участках миокарда экспериментальных животных. Таким образом, влияния ударных волн

на эндотелиальную синтазу окиси азота в эпителиальных клетках вен показали, что наблюдаемый положительный эффект ударно-волновой терапии может быть приписан способности ударных волн к поддержанию нужного количества окиси азота (NO). В исследованиях было отмечено, что низко-интенсивная ударно-волновая терапия приводит к увеличению продукции суммы нитритов и нитратов за счет активации эндотелиальной NO-синтазы (eNOS). Рассмотрение молекулярных механизмов, позволило предположить, что активация eNOS с последующим увеличением синтеза NO и противовоспалительным действием в виде деактивации транскрипционного ядерного фактора каппа В (NF-каппа В) связана с тирозинзависимым дефосфорилированием eNOS. Подобный механизм действия ударно-волновой терапии так же может быть реализован через влияние ударно-волновой терапии на неферментативный синтез NO из перекиси водорода и L- аргинина.

Выводы: Ускорение обмена веществ в зоне воздействия увеличивает регенерацию тканей в 2-3 раза. Под воздействием звуковой вибрирующей волны на участке ткани, подвергающейся воздействию, расширяются кровеносные сосуды, ткани получают дополнительное питание и кислород, что способствует активизации обменных процессов.

ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВАЦИИ ЦИТОКИНОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Г.М. Касимова, Х.Х. Абдуллаев, Р.М. Шарипова, С.Т. Усанова

Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр терапии и медицинской реабилитации

Цель работы: В связи с этим проблема изучения функции медиаторов межклеточных взаимодействий, обеспечивающих кооперацию различных субпопуляций клеток, участвующих в развитии острого и хронического воспаления, в инициации и регуляции иммунного ответа при РА, является очень актуальной.

Материалы и методы исследования: В исследовании была использована сыворотка крови 45 больных достоверным серопозитивным РА в активной фазе. Интерлейкины определяли твердофазным иммуноферментным методом, используя наборы фирмы «Вектор Бест» Россия, на иммуноферментном анализаторе «Humareader Single» Германия.

Результаты: Как показали полученные данные, иммуноферментный анализ в сыворотке крови больных РА выявил существенное превалирование концентрации цитокинов - ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8 и ИЛ-10 ($28,4 \pm 3,2^{**}$; $2,63 \pm 0,3^{*}$; $80,3 \pm 11,2^{**}$; $56,3 \pm 7,4^{**}$; $3,24 \pm 0,4$ пг/мл) по сравнению со здоровыми лицами ($7,4 \pm 0,8$; $4,8 \pm 1,2$; $0,31 \pm 0,4$; $1,21 \pm 0,81$; $1,03 \pm 0,14$ пг/мл). Увеличение провоспалительного цитокина ИЛ-1, связано с активацией мононуклеарных фагоцитов. В свою очередь ИЛ-1 β , являясь индуктором воспаления суставов с последующим разрушением хряща, способен оказывать стимулирующее действие на синтез ИЛ-6, что подтверждается выявленным повышением ИЛ-6 в сыворотке. В свою очередь гиперпродукция ИЛ-6, способствует развитию многих форм ассоциированных с РА синдромной патологией, в частности это тромбоцитоз, гипергаммаглобулинемия. Выявленное повышение ФНО- α доказывает существенную роль в развитии РА, так как данный медиатор так же как и ИЛ-1 β , является цитокином макрофагального происхождения. При этом усиление продукции ФНО- α

рассматривается, как универсальный аутологичный стимул, для гиперсекреции других цитокинов. Высокий уровень ФНО- α в сыворотке крови у больных РА коррелирует с активностью процесса, особенно на ранних стадиях заболевания. О важной роли данных интерлейкинов, свидетельствует тот факт, что принудительное ингибирование секреции макрофагальных цитокинов приводит к стойкому снижению объема патологической симптоматики. Таким образом, два провоспалительных цитокина ИЛ-1 β и ФНО- α , регулируя экспрессию многочисленных генов, играют определенную роль в индукции и поддержании воспаления и деструктивных процессов в суставах при РА. Увеличение уровня цитокинов ИЛ-8 и ИЛ-10, также обуславливает процесс регуляции эффекторных звеньев аутоиммунной агрессии у больных РА. Под действием метотрексата на фоне применения стандартной терапии, отмечается более значимое снижение уровня цитокинов по сравнению с группой до лечения ($20,4 \pm 3,1^{**}$; $3,1 \pm 0,41$; $61,2 \pm 5,9^{**}$; $39,3 \pm 4,5^{**}$; $2,2 \pm 0,31$). Однако, несмотря на определенное уменьшение гиперсекреции цитокинов, их уровень остается высоким. Следовательно, для нормализации уровня цитокинов при РА, необходимо совмещать стандартное лечение со специальной антицитокиновой терапией.

Таким образом, при РА отмечается нарушение активности молекулярных посредников межклеточных взаимодействий приводящие к изменению функций регуляторных и эффекторных клеток. Изучение уровня цитокинов, позволило получить информацию о функциональной активности различных типов иммунных клеток, о тяжести воспалительного процесса, его перехода на системный уровень, прогнозе и стадии развития ряда аутоиммунных заболеваний.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ГИМЕНОЛЕПИДОЗЕ

И.А. Касымов, М.С. Шоисломова, Ш.Ш. Шомансурова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Целью настоящего исследования явился анализ состояния студентов и обоснование причинно-следственных факторов развития патологического процесса при гименолепидозе.

Материалы и методы: Исследования проводились на базе консультативно-диагностической поликлиники и отделений, клинической, биохимической лаборатории клиники НИИ эпидемиологии, микробиологии, инфекционных заболеваний Минздрава Республики Узбекистан, за период 2012-2013гг.

Под нашим наблюдением находились 40 студентов медицинского вуза Ташкентского педиатрического медицинского института и 20 больных с диагнозом «гименолепидоз», в возрасте от 20 до 35 лет, получавшие стационарное лечение в клинике НИИ ЭМИЗ, у всех больных диагноз был выставлен на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных данных (копрология, общий анализ крови). У всех больных диагностирован гименолепидоз (инвазия карликовым цепнем).

Результаты: Как показали результаты исследований, 70% обследованных больных гименолепидозом были городскими жителями. Этот факт можно объяснить более качественной диагностикой паразитов в городах, чем в сельских регионах республики.

Во всех случаях диагноз подтвержден паразитологически. Не были отмечены существенные различия в пораженности гименолепидозом среди студентов по гендерному признаку. Однако в групповых очагах ги-

менолепидоза преобладала инвазированность карликовым цепнем лиц студентов женского пола в возрасте до 23 лет.

Отмечено, что к основному заболеванию у 24 (60%) пациентов сопутствовали заболевания органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной и органов мочевыделительной систем. Среди студентов женского пола чаще встречались сопутствующие патологии органов дыхания и мочевыделительной системы, а у студентов мужского пола со стороны органов дыхания бронхиты которые в основном имели аллергический характер, что возможно взаимосвязано с аллергическим воздействием паразита.

Выявлено, что 35 (89%) студентов имели удовлетворительные социально-бытовые условия, вместе с тем большинство из них не соблюдали санитарно-гигиенических правил. У обследованных больных путем распространения гельминтозов является контактно-бытовой, что подтверждается высокой зараженностью среди студентов обучающихся в одной группе.

Таким образом, изучение причинно-следственных факторов развития при гименолепидозе у студентов-медиков показала, что путем распространения инвазий является контактно-бытовой, риск заражения гименолепидозом больше чем меньше возраст больных, что указывает на недостаточную профилактическую работу по дегельминтизации и оздоровлению студентов (учащихся) на местах.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕЛЬМИНТОЗОВ У ДЕТЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ

И.А. Касымов, М.С. Шоисломова, Ш.Ш. Шомансурова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Целью настоящего исследования является ознакомление с системой профилактических и противоэпидемических мероприятий при гельминтозах в Узбекистане.

Материалы и методы: Представление в данной работе суждения были сделаны на основании анализа 102 карт эпидемиологического обследования очагов гельминтных инвазий в г. Ташкента.

Результаты и обсуждения. Из зарегистрированных гельминтозов на территории Узбекистана известны около 70 видов, чаще встречаются 18-20.

Распространение гельминтозов зависит от многих факторов. Большое значение имеют климатические условия (температура почвы, воздуха, осадки, влажность), в которые попадают гельминты, яйца или личинки, выделяющиеся с экскрементами санитарно-гигиенические навыки населения.

Важным фактором служит употребление сырой воды зараженной личинками или яйцами гельминтов,

мытьё в ней овощей, фруктов, посуды. Использование фекалий в качестве удобрения приводит к заражению почвы, огородных культур и источников водоснабжения. На распространение гельминтов, передающихся с мясом, рыбой, ракообразными влияет степень обработки продуктов питания. Распространение гельминтов, проникающих в организм человека через кожу (анкилостомиды, стронгилоиды), в значительной степени зависит от частоты и длительности контакта людей с зараженной почвой, водой, насекомыми.

В последние годы в Республике диагностируются инвазии редкими видами гельминтов, что связано с расширением контактов со странами других климатических зон, где в питании широко используются продукты моря.

Таким образом, эффективность профилактики гельминтозов, в полной мере зависит от образа жизни, характера питания, санитарно-гигиенических навыков детей, а также влияния факторов окружающей среды.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОЖИРЕНИЯ В КЛИМАКТЕРИИ

Д.Т. Каюмова

Ташкентская медицинская академия

Целью исследования явилось проведение сравнительного анализа медикаментозного и немедикаментоз-

ного подходов к лечению ожирения и избыточной массы тела у женщин в климактерии.

Материал и методы исследования. Нами было проведено исследование 60 женщин в возрасте 45-60 лет (средний возраст $51,3 \pm 3,7$ года), которым проводилась коррекция одного из компонентов метаболического синдрома – избыточной массы тела и ожирения. Первая группа женщин, ($n=20$) средний возраст 51,2 лет, получала сибутрамин в начальной дозе 10 мг в сутки в течение 3 месяцев, при отсутствии снижения массы тела за первый месяц приема препарата на 5% - доза препарата повышалась до 15 мг/сутки. Вторая группа ($n=40$), средний возраст 48,1 лет, посещала шейпинг клуб, где путем индивидуального подхода была разработана программа дозированных физических нагрузок. Все мероприятия были рекомендованы в комплексе с диетой низкой энергетической ценности. Методами исследования явились: антропометрия с вычислением индекса массы тела (ИМТ), отношения окружности талии к окружности бедер в см (ОТ/ОБ), определение уровня липидов в сыворотке крови натошак, а также вычисление коэффициента атерогенности (КА). Результаты оценивались до и после проведенных мероприятий через 3 месяца. Средние показатели всех исследуемых женщин к началу лечения составили: ИМТ - 33,7, ОТ/ОБ - 0,85, Общий холестерин (ОХС) - 5,49 ммоль/л, Триглицериды (Т) - 1,88 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 0,91 г/л, ХС-ЛПНП - 3,71 ммоль/л, ХС-ЛПОНП - 0,86 ммоль/л, что свидетельствовало о дислипидемии, КА составил 5,43 при норме у женщин до 3,4.

Результаты: 1 группа женщин достигла показателей ИМТ - 31,7, тогда как группа, занимающаяся шейпингом - 26,3. Композиционный состав массы тела также был лучше у женщин 2 группы: ОТ/ОБ 0,84 в 1 группе, 0,76 - во 2й. Таким образом, показатели абдоминального ожирения были снижены в группе женщин с дозированными физическими нагрузками и достигли значений

нормы («вышли из рамок ожирения» 75% женщин), в 1 группе целевых значений ИМТ достигли лишь 50% женщин. В группе приема сибутрамина показатели липидного спектра имели достоверно положительную динамику: ОХС - 4,85 ммоль/л, Т - 1,36 ммоль/л, ЛПВП - 1,06 ммоль/л, ЛПНП - 3,16 ммоль/л, ЛПОНП - 0,62 ммоль/л, КА составил 3,59. Следовательно, у женщин 1 группы отмечалась тенденция к нормализации показателей ОХС, хотя они не достигли значений нормы, как и ЛПНП, тогда как ЛПВП и КА достигли целевых показателей нормы. У женщин 2 группы, наряду со снижением массы тела, позитивных сдвигов со стороны липидного спектра не отмечалось и показатели составили: ОХС - 5,61 ммоль/л, Т - 1,85 ммоль/л, ЛПВП - 0,97 ммоль/л, ЛПНП - 3,75 ммоль/л, ЛПОНП - 0,85 ммоль/л, КА - 4,9.

Таким образом, применение препарата комбинированного серотонинэргического и адренергического действия – сибутрамина в сочетании с диетой низкой энергетической ценности, приводит к медленному снижению массы тела, в частности абдоминального ожирения, с тенденцией к нормализации липидного спектра, тогда как применение дозированных физических нагрузок в сочетании с низкокалорийной диетой в течение 3 месяцев дает значительный положительный эффект но лишь в исключении ожирения и не оказывает влияния на липидный спектр.

Выводы. Резюмируя вышеизложенное, следует отметить необходимость проведения комплексной, в отдельных случаях более длительной, патогенетически обоснованной, сочетанной медикаментозной терапии компонента менопаузального метаболического синдрома - ожирения наряду с изменением стиля жизни – активными дозированными физическими нагрузками и низкокалорийным питанием женщинам в климактерии.

СЕКСУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕНЩИН В КОНТЕКСТЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ И ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ

Д.Т. Каюмова

Ташкентская медицинская академия

Целью исследования явилось провести сравнительную оценку сексуального функционирования у женщин позднего репродуктивного возраста и женщин, находящихся в периоде менопаузального перехода.

Материал и методы исследования. Обследовано 60 женщин позднего репродуктивного и перименопаузального периодов, которым было предложено заполнить анкету, содержащую информацию о возрасте, характере менструальной функции, семейном статусе, репродуктивном анамнезе, а также анкету качества жизни, содержащую 40 вопросов, из которых 6 – характеризовали сексуальное функционирование. Степень выраженности сексуальных нарушений женщины отмечали по 5-бальной шкале от 1 до 5. Возраст исследуемых составил от 35 до 55 лет. 1 группу составили 30 женщин от 35 до 44 года, из них 2 – были вдовами и 2 – разведены, и в момент исследования не имели половых партнеров 4 (13,3%) женщины. Во 2 группу были включены 30 женщин в перименопаузальном возрасте - 45-54 лет, 1 из них – не замужем, 1 – вдова и 4 – разведены, т.е. в момент исследования не имели полового партнера – 6 (20%) женщин. Т.о., если в позднем репродуктивном периоде сексуально не востребована каждая 8 женщина, то с переходом в климактерический период этот факт имеет место у каждой 5 женщины. Показатели измене-

ний в сексуальной жизни, диспареунии и отказа от полового контакта, либидо нами вычислялись от количества женщин, ведущих сексуальную жизнь, а показатели сексуальной неудовлетворенности и снижения сексуального влечения – от общего числа респонденток.

Результаты. Об изменениях в сексуальной жизни сообщили 14 (53,8%) женщин 1 группы и 15 (62,5%) – во второй, причем выраженность этих изменений составила в среднем 2,4 и 2,7 баллов, соответственно по группам. Диспареуния имела место в 8 (30,8%) и 5 (20,8%) случаях и в баллах составила 2,4 в обеих группах. Отсутствие разницы в базальном показателе объясняется тем, что женщины в перименопаузе в 1,4 раза чаще отказывались от коитуса - 12 (50%) по сравнению с 9 (34,6%) – в 1 группе, средний балл данного признака составил 2,4 и 2,25. Сексуальная неудовлетворенность была отмечена у 7 (23,3%) женщин 1 группы и составила 2,3 балла, и у 10 (33,3%) – 2,7 балла у 2 группы. Снижение сексуального влечения – у 7 и 14 (23,3 и 46,7%), а также 2,4 и 2,6 баллов, соответственно. Следовательно, качественные характеристики сексуального здоровья более значительно страдают у женщин в перименопаузе и проявляются изменениями в сексуальной жизни в 62,5% случаев, в 1,4 раза чаще имеет место отказ от полового контакта и сексуальная неудовлетворенность, а снижение сексуального

влечения – в 2 раза. Общие количественные показатели сексуальной дисфункции у женщин 2 группы в 1,5 раза выше, чем в 1 (6,92 против 4,57 баллов). Изменения либидо отмечали 12 из 26 (46,2%) женщин, ведущих половую жизнь, из них снижение полового влечения отмечали 6 (23,1%), отсутствие – 4 (15,4%), повышение – 2 (7,7%). У женщин в перименопаузе проблем с сексуальным влечением отмечалось намного чаще. Так, нарушение либидо во 2 группе пациенток, имеющих сексуального партнера, наблюдалось у 22 из 24 (84,6%), из них на

угнетение жаловались 13 (54,2%), отсутствие – 5 (20,8%), а повышение – 4 (16,7%).

Выводы: отсутствие полового партнера – один из важных факторов в снижении качества жизни женщин в плане сексуального функционирования. Сексуальное функционирование, являясь неотъемлемой частью качества жизни, должно определяться у каждой женщины в позднем репродуктивном и перименопаузальном периодах для определения тактики ведения и оказания психоземotionalной поддержки.

О ПРИМЕНЕНИИ МАССАЖА В ТРУДАХ УЧЕНЫХ СРЕДНЕВЕКОВОГО ВОСТОКА

Ю.Д. Каюмова

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Неотъемлемой частью реабилитационных мероприятий при многих заболеваниях является массаж. Массаж – это механическое воздействие руками или каким-либо предметом на поверхность тела, производимое с помощью специальных приемов и имеющее целью получение лечебного или гигиенического эффекта. Это эффективный способ лечения и предупреждения различных болезней. Его использование восходит к начальному этапу развития народной медицины.

На Востоке в средние века теоретическое обоснование массаж получил в трудах Ар-Рази и Абу Али Ибн Сины (Авиценны).

В больнице, открытой Ар-Рази (IX-X вв.) в Багдаде, ведущим лечебным методом являлся массаж, причем проводился он в соответствии с рекомендациями врача: для лечения и профилактики конкретного заболевания использовался определенный вид массажа (их Ар-Рази выделил девять) и конкретный набор приемов.

Особого внимания заслуживает методика Авиценны (X-XI вв.), направленная на сохранение физического здоровья. Ее основные положения изложены в знаменитых медицинских трудах «Канон врачебной науки» и «Книга исцеления». Авиценна считал, что лекарственные препараты «...истощают естество человека...», наиболее эффективными профилактическими сред-

ствами, не приносящими вреда человеческому организму, он называл физические упражнения и массаж. Естественно, все это должно сопровождаться правильным режимом питания и сна. Знаменитый врач различал лечебный и профилактический массаж, помимо этого, он выделил 6 разновидностей массажа: сильный, способствующий укреплению тела; слабый, смягчающий и расслабляющий тело; продолжительный, от которого человек худеет; умеренный, помогающий «процветанию тела»; подготовительный и восстановительный. Относительно двух последних Авиценна писал: «Чтобы подготовить себя к физическим упражнениям, вначале необходимо растереть тело грубой тканью, чтобы охватить ими все части мускулатуры (то есть применить приемы подготовительного массажа). После занятий физическими упражнениями следует произвести восстанавливающий массаж, он также называется успокаивающим. Он преследует цель рассасывания излишков, задержавшихся в мышцах и не успевших выделиться во время упражнений, и устранения этих излишков, чтобы они не создавали утомленность».

Таким образом, великий ученый привел систематизированное описание некоторых приемов массажа, методику и технику их проведения, которые остаются актуальными и в настоящее время.

РОЛЬ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А.А. Ким, А.Ф. Асатулаев, С.А. Ходжаева, У.Д. Пардаева, М.А. Саидова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить роль санитарного просвещения в комплексной реабилитации больных туберкулезом пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования. С целью изучения нами проведен анонимный анкетный опрос 60 больных туберкулезом и 60 здоровых людей. Существенного различия по образованию, половому и социальным признакам между больными и здоровыми лицами не отмечено. Больные чаще страдали инфильтративным (60%) и фиброзно-кавернозным (15%) туберкулезом, продолжительность заболевания у 63% из них составляла более года, а у 37% – более 4 лет. Однако при изучении осведомленности впервые выявленных больных о возможности выздоровления от туберкулеза отмечено, что 33% из них в выздоровление не верили. Химиотерапия, по их мнению, приводит лишь к временному затиханию болезни, а длительный прием лекарств может вызвать патологические изменения в организме.

Результаты. При анализе результатов опроса установлено, что 13% опрошенных здоровых лиц и 22% больных не считали туберкулез заразным заболеванием. Тем самым подобная убежденность формировала очаг инфекции, где больной, зная о заболевании находился в тесном контакте с членами семьи, особенно внуками. Чувство социальной неполноценности считали не только больные, но и здоровые лица по отношению к туберкулезным больным. Так неполноценными людьми считали себя 42% больных. Это усугубляла подавленность. Проведя изучения касаясь источников информации, необходимо отметить, что наиболее эффективное воздействие на формирование взглядов на туберкулез, как на болезнь, оказывает информация полученная от здоровых лиц – 40%, лекции, беседа – 38%, сведения полученные от больных туберкулезом – 10%, художественная литература – 5%, передачи, телевидения – 2%.

Выводы. Недостаточная осведомленность ведет к формированию у заболевших отрицательных психиче-

ских реакций, нарушению полезных общественных связей, тем самым увеличивая эпидемиологическую опасность и ухудшая реабилитационный прогноз. Следовательно, решающую роль в правильном осведомлении о туберкулезе, в санитарном просвещении необходимо

акцентировать внимания на контингент здоровых лиц пожилого и старческого возраста в беседах, лекциях, через специализированные печатные издания, а также радиопередач.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИГЛОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

О.А. Ким, З.Ф. Мавлянова, С.И. Индияминов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить эффективность применения иглорефлексотерапии в комплексном лечении артериальной гипертензией у больных с дисциркуляторной энцефалопатией у лиц молодого возраста.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 48 больных с дисциркуляторной энцефалопатией, страдающих артериальной гипертензией. Из них 16 больных – II ст, 32 – III ст. Больные были распределены на 3 группы в зависимости от проводимого лечения. В 3 группу сравнения вошли больные, получавшие только медикаментозное лечение.

Результаты исследования. До начала лечения больных дисциркуляторной энцефалопатией, страдающих АГ ИБС АДс в среднем составило 162/97 мм рт. ст. На фоне проводимого лечения отмечено достоверное снижение артериального давления у всех исследуемых больных. Иглоотерапия в сочетании с медикаментозным

лечением больных стойко снижала артериальное давление у больных 1 группы на 5й день, у больных 2й группы – на 6й день. В то время как в группе сравнения только при проведении медикаментозного лечения больных стойкое снижение АД наступило на 10й день. При рассмотрении качества лечения больных артериальной гипертензией отмечено стойкое снижение систолического и диастолического артериального давления у больных первой группы на 5 день терапии, что в 2раза быстрее, чем в группе сравнения, у больных второй группы произошло на 6 день терапии, что в 1,3 раза быстрее.

Выводы. Применение иглотерапии при медикаментозном лечении артериальной гипертензии у больных с дисциркуляторной энцефалопатией позволило уменьшить дозировку медикаментов и прямые расходы на лекарственные средства.

ПРИМЕНЕНИЕ ИГЛОТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ЛАЗЕРОТЕРАПИЕЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕВРИТА ЛИЦЕВОГО НЕРВА

О.А. Ким, З.Ф. Мавлянова, Н.Н. Юсупова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить эффективность применения иглотерапии в сочетании с лазеротерапией в комплексном лечении неврита лицевого нерва.

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 45 больных с невритом лицевого нерва в возрасте от 18 до 63 лет, которые были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 28 больных (62%), которым проводилась иглотерапия и лазеротерапия; вторую группу составили оставшиеся 17 человек (37,8%), которым проводился стандартный комплекс лечебных мероприятий. Исследование проводилось на базе клиники СамМИ в отделении физиотерапии с применением игл размером 40×25мм и аппарата ВТЛ-4000.

Результаты исследования. Под влиянием иглотерапии в сочетании с лазеротерапией происходит уменьшение длительности фаз воспаления, подавление экссудативной и инфильтративной реакции, уменьшение интерстициального и внутриклеточного отека, активация процессов метаболизма клеток и тканей, что приводит к усилению регенераторных процессов. Также про-

исходит стимуляция зон центральной нервной системы, благодаря чему уменьшается болевой синдром и активизируются ядра лицевого нерва. После проведенного курса лечения у больных первой группы восстановление функции лицевого нерва мы наблюдали уже на 5-й день от начала лечения. У больных 2-й группы, которым проводился стандартный комплекс лечебных мероприятий после полного курса лечения сохранилась сглаженность носогубной складки и сниженная чувствительность, а у 5 больных этой группы сохранился еще и болевой синдром.

Таким образом, на основании проведенных нами клинических исследований, можно сделать вывод о высокой эффективности иглотерапии в сочетании с лазеротерапией в комплексном лечении неврита лицевого нерва. Они не только позволяют заменить многие лекарственные препараты, но также значительно сокращают сроки восстановления. Следует отметить, что наибольшей эффективностью эти методы обладают в максимально ранние сроки от начала заболевания.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

О.В. Ким, М.М. Матлубов, Э.Г. Хамдамова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: повысить эффективность медикаментозной поддержки сердечно-сосудистой системы больных с пороками сердца после абдоминального родоразрешения.

Материал и методы: Для выполнения поставленных задач на базе родильного комплекса клиники СамМИ обследовано 97 больных с пороками сердца после абдо-

минального родоразрешения. У 73 родильниц (75,26%) диагностирована сердечная недостаточность (СН) I-II ФК, у 24 больных (24,74%) СН III-IV ФК по NYHA. У 32 больных (32,99%) - приобретенные пороки сердца, а у 65 (67,01%) - врожденные пороки сердца. У 5 больных (4,85%) состояние после хирургической коррекции порока сердца. Все больные были разделены на 2 группы:

больным I-ой (основной) группы проводилась стандартная медикаментозная поддержка сердца, включавшая: метаболическую поддержку миокарда (Инозие-Ф 400 мг, панангин 10 мл), применение β -адреноблокаторы пролонгированного действия - метопролол (25-50 мг) или бисопролол (1,25-2,5 мг), дозы которых определяли величиной ЧСС, величиной пульсового АД, данными ЭКГ и ЭхоКГ (с учетом противопоказаний к данной группе препаратов). При признаках застоя в малом круге кровообращения назначали фуросемид (40 мг). Больным II-ой (контрольной) группы проводилась традиционная медикаментозная подготовка.

Исследование проводили на следующих этапах: 1-й этап – через 2 часа после абдоминального родоразрешения. 2-й этап – на следующий день после абдоминального родоразрешения.

Учитывая риск осложнений со стороны системы кровообращения, определяли потребность миокарда в кислороде: $\text{ДП} = \text{АД}_{\text{сис}} \times \text{ЧСС} / 1000$ (норма 8-12 усл.ед.).

С целью объективизации показателей сердечно-сосудистой системы всем больным было произведено ЭхоКГ (ACCUVIXQX, Medison, Япония), ЭКГ (Геолинк ЭКЗТ-12-01, Япония), измерение ЧСС, САД, SpO_2 , ЧДД монитором Schiller-argus, Швеция. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2003 с использованием критерия Стьюдента.

Результаты: Через 2 часа после операции (1-й этап), отмечалось изменение гемодинамики в сторону эукинетического типа. При этом у беременных I-ой группы ЧСС составляла $87,2 \pm 1,3$ удара в мин, ДП $9,7 \pm 0,34$ усл.ед, САД $80,4 \pm 1,5$ мм.рт.ст., СИ $3,6 \pm 0,21$ л/(мин \times м 2), ФВ $68,6 \pm 0,5$ %, SpO_2 $98,3 \pm 0,3$ %, уровень почасового диуреза достоверно увеличился на 42,5% от исходного ($p < 0,05$). Во II-ой группе эти же показатели составили: ЧСС $111,6 \pm 1,2$ удара в мин, ДП $14,5 \pm 0,25$, САД $93,4 \pm 1,4$ мм.рт.ст., СИ $2,6 \pm 0,12$ л/(мин \times м 2), ФВ $57,4 \pm 0,5$ %, SpO_2 $93,5 \pm 0,5$ %, количество почасового диуреза увеличилось на 8,54% от исходного ($p < 0,05$).

Изучаемые показатели гемодинамики у беременных I-ой группы оставались стабильными на 2-ом этапе исследования, гемодинамический тип соответствовал эукинетическому. Также у беременных I-ой группы отмечались нормализация пульсового артериального давления, уменьшение отеков, уменьшение или полное исчезновение неприятных ощущений в области сердца и улучшение общего самочувствия. У беременных же II-ой группы гемодинамический тип соответствовал гипокINETическому, а выраженность клинических проявлений снизилась незначительно.

Таким образом, применение медикаментозной поддержки сердечно-сосудистой системы больных с ПС после абдоминального родоразрешения, предотвращает риск развития неблагоприятных исходов беременности как для матери, так и для плода.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПОЯСНИЧНЫХ ДИСКОЗОВ

И.А. Киличев, Н.Ю. Худайберганов, А.К-М. Омаров

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования: Изучить клиническую эффективность комплексного воздействия мануальной терапии и препарата «кукумазим» при поясничных дискозах.

Материалы и методы исследования: Обследованы 42 пациента в возрасте от 20-50 лет с корешковыми болевыми синдромами на фоне протрузий и грыж (размер до 5 мм) межпозвоночных дисков поясничного отдела. Больные были разделены на две группы: первая группа 20 пациентов получавших мануальную терапию (мобилизационная методика по Губенко В.П.) и электрофорез с кукумазмом на фоне лекарственной терапии с НПВС и диуретиками, вторая группа 22 обследуемых получавших только лекарственную терапию.

Результаты: В первой группе было проведено по 6 сеансов мануальной терапии и по 10 сеансов электро-

фореза с 150 ПЕ кукумазима на каждый сеанс. Больные обследовались на 5-й, 7-й, 10-й дни лечения. Эффективность терапии оценивали по шкале ВАШ и опросника Мак-Гилла.

В ходе лечения в обеих группах наблюдался регресс болевого синдрома, однако в первой группе снижением интенсивности боли по ВАШ было значительно более выраженным (с 7 до 0,8 баллов) чем во второй группе (с 7,1 до 2,4 балла). По результатам опросника Мак-Гилла отмечалось снижение рангового индекса в первой группе с 4,5 до 0,5, во второй с 4,3 до 2,1.

Выводы: На основе полученных данных можно констатировать: мануальная терапия и электрофорез кукумазмом при поясничных дискозах значительно улучшает результаты лечения, что подтверждает правильность патогенетической терапии.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА

О.Ю. Киндрацкая, А.В. Балицкий, О.П. Перебейнос

Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского

Полиэтиологичность заболевания пародонтит породило большое количество методов комплексного лечения с учетом звеньев патогенеза. Широкое распространение воспалительных заболеваний пародонта ставит поиск новых методов коррекции микроциркуляции в пародонте в качестве одной из главных проблем современной стоматологии. Система микроциркуляции является основным звеном, обеспечивающим метаболический гомеостаз в органах и тканях.

Центральным звеном в развитии микроциркуляторных нарушений является расстройство капиллярно-

го кровотока, обычно начинающееся со снижения его интенсивности, а заканчивающееся развитием капиллярного стаза в нутритивном звене микроциркуляторного русла.

В патогенезе микроциркуляторных расстройств при пародонтите доминирует снижение уровня перфузии капилляров кровью, в результате чего страдает преимущественно нутритивное звено путей микроциркуляции и нарушение кровотока в популярных отделах. Важное место в патогенезе микроциркуляторных нарушений при пародонтите занимает изменение контакт-

ных взаимодействий лейкоцитов с эндотелиальной поверхностью.

Таким образом, поиск новых эффективных способов комплексной терапии и профилактики пародонтитов представляется весьма актуальной задачей современной стоматологии.

Электрофорез лекарственных веществ – наибольшее распространенный среди физических методов лечения, так как он имеет ряд особенностей и преимуществ, выгодно отличающих его от других способов введения лекарственных веществ в организм.

Терапевтический эффект заключается в улучшении кровообращения, стимуляции лимфообращения, активации трофических процессов, увеличении в тканях АТФ и напряжения кислорода, повышении фагоцитарной активности лейкоцитов, активации ретикулоэндотелиальной системы, усилении выработки антител, повышении в крови свободных форм гормонов и усиленной их утилизации тканями, противовоспалительном и рассасывающем действии.

При хроническом генерализованном пародонтите с целью оказания противовоспалительного эффекта ра-

ционально назначать электрофорез 25 % раствора террилитина, лизоцима (25 мг последнего растворяют в 15-20 мл физиологического раствора), ацетилсалициловой кислоты (10 % водный раствор с добавлением 10 % водного раствора бикарбоната натрия). При этом используют десневые электроды, поперечную методику, силу тока - до 5 мА, длительность воздействия - 20 мин, курс лечения - 10-12 процедур. Препарат вводится с анода.

Применяется также электрофорез вазоактивных препаратов. Так, гливенол способствует повышению тонуса кровеносных сосудов, оказывает противовоспалительное действие, снижает проницаемость кровеносных сосудов; используется 2 % раствор. Содержимое одной капсулы (400 мг) растворяют в 20 мл 25 % раствора димексида (16 мл димексида + 4 мл дистиллированной воды); вводится с анода. Курс лечения - 10-12 процедур.

Применение электрофореза лекарственных веществ в комплексном лечении пародонтита позволяет добиться стойкого улучшения состояния микроциркуляции в тканях пародонта за счет стимуляции артериоло-капиллярного звена их микроциркуляторного русла.

СОВЕРШЕСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Г.Д. Клеблеева, Н.С. Ходжиева

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: Основная цель реабилитации при бронхиальной астме - купировать бронхоспазм, закрепить этот эффект на максимально длительный период, нормализовать или повысить показатели функции кардиореспираторной системы и подготовить больного к выполнению своих профессиональных обязанностей. Совершенствование современных комплексных подходов к реабилитации на амбулаторном этапе лечения.

Материалы и методы исследования: обследовано 28 пациентов (10 мужчин и 18 женщин) страдающих бронхиальной астмой средней и тяжелой степени тяжести, в возрасте от 30 до 50 лет. Общее количество больных были поделены на 2 группы. Первая группа состояла из 15 больных, которые получали медикаментозное лечение в сочетании с рефлексотерапией (иглоукальванием). Вторую группу составили 13 больных, получавшие исключительно медикаментозное лечение. Для объективной оценки состояния больных проводилось определение состояния функции внешнего дыхания (ФВД)-спирография. Больные обеих групп на фоне стандартного лечения дополнительно занимались дыхательной гимнастикой. Иглоукальвание было проведено в следующих точках: Хэ-гу – расположена в промежутке между I и II пястными костями, ближе к лучевому краю середине II пястной кости; Фэй-шу - расположена на 1,5 цуня кнаружи от промежутка между остистыми отростками III и IV грудных позвонков; Да-чжуй - расположена между остистыми отростками VII шейного и I грудного позвонков; Цзу-сань-ли – расположена на 3 цуня ниже нижнего края коленной чашечки, на уровне нижнего края гребешка большеберцовой кости; Воздействие на точку Цзу-сань-ли повышает активность надпочечников, которые выделяют в кровь адреналин, гидрокортизон и их производные. Следовательно, «оказывая воздействие на точку «долголетия» (Цзу-сань-ли), мы как

бы запускаем руку в «аптечку» организма и достаем оттуда ценный для здоровья гидрокортизон, который помогает при очень многих заболеваниях», в том числе и при бронхиальной астме. Процедуры проводились ежедневно. Средняя продолжительность курса 10-12 дней, перерыв 7 дней. Всего проводились 1-2 курса. Применяли второй вариант тормозного метода, где игла была оставлена на 20-30 минут. Результаты: Хороший эффект даёт комбинация одной или чаще 2-3 точек в заднешейной области и на спине с одной или двумя точками на руке. Для купирования приступа удушья применялся первый вариант тормозного метода с частыми повторными вращениями и пунктированием игл в точках Хэ-гу, Фэн-чи, Да-чжуй и Цзу-сань-ли. Клинические показатели в изучаемых группах были проанализированы в сравнительном аспекте. Было выяснено, что у больных получающих только медикаментозную терапию в конце курса лечения наблюдалось резкое снижение частоты клинических симптомов болезни. Больные второй группы, получавшие медикаментозное лечение с иглоукальванием практически жалоб не предъявляли. При сравнительном изучении состояния функции внешнего дыхания у больных бронхиальной астмы (от проведенного лечения с иглоукальванием) установлены более значимые изменения: ЖЕЛ- 2,8±0,6; 71,3±18,0; ОФВ₂ ±0,5 л. Индекс Тиффно- 96,3±11,9% легких.

Выводы: Разработка эффективного неинвазивного комплекса традиционных акупунктурных методов для коррекции и контроля течения БА, который можно было бы безопасно применять в амбулаторных условиях, позволит решить задачу длительного, по сути восстановительного лечения бронхиальной астмы. Результаты эффективности иглорефлексотерапии дают основание для заключения, что настоящая методика имеет большое значение для лечения и реабилитации больных БА.

ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В АСПЕКТЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Г.Д. Клеблеева, Д.Д. Алимова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Основная цель медицинской реабилитации - ускорить и достичь наиболее полного восстановления функций организма, повысить качество жизни больным и способствовать созданию условий для возможности выполнения более интенсивных физических нагрузок по сравнению с теми, которые были под силу больному в период развития болезни.

Материалы и методы исследования: В связи с неуклонным ростом частоты бронхиальной астмы (БА) методом анкетирования и спирометрии обследовано и изучено качество жизни у 60 пациентов с этим заболеванием. Пациенты отбирались сплошным методом по мере их поступления в Самаркандскую городскую клиническую больницу № 1 СамМИ при подтверждении диагноза. БА была у них тяжелая (26%) и средней тяжести. Контрольную группу составили 60 пациентов такого же возраста, госпитализированных в терапевтическое отделение с другими диагнозами и не имевшие БА.

Результаты: анкетирования свидетельствовали об ухудшении качества жизни пациентов с БА, выражавшееся в большей частоте по сравнению с контрольной группой аллергических заболеваний (пищевая аллергия, аллергический вазомоторный ринит, аллергический конъюнктивит, аллергическая контактная крапивница в анамнезе), подверженности частым простудным заболеваниям, высокой медикаментозной нагруженностью, эозинофилией, большей частотой гастроэнтерологических заболеваний, нарушений моторики кишечника и дисбактериозов. Метеоризм, бродильные процессы в кишечнике, паразитарные заболевания, лямблиоз и гельминтозы также наблюдались чаще в основ-

ной группе. Средний стаж болезни составил $6,5 \pm 2,2$ года. Пациенты основной группы чаще получали антибиотикотерапию, биопрепараты, антигистаминные препараты II-III поколений. На догоспитальном этапе жизнеугрожающие состояния: тяжелый приступ БА (status asthmaticus) имели 12 пациентов основной группы, что следует расценивать как отсутствие контроля БА и методов реабилитации у этих пациентов, и в связи с этим напрашивается вывод о необходимости обучения пациентов.

При начальном осмотре оценивалось наличие у пациентов: стридора, диспноэ, свистящего дыхания, одышки или апноэ; гипотензии или синкопе; изменений на коже (высыпаний по типу крапивницы, отеков Квинке, гиперемии, зуда); гастроинтестинальных проявлений (тошноты, болей в животе, диареи); изменений сознания. Если у больного стридор, выраженная одышка, гипотензия, аритмия, судороги, потеря сознания или шок, то данное состояние рассматривается как жизнеугрожающее.

Выводы: У больных бронхиальной астмой уровень физической работоспособности находится в достоверной корреляционной взаимосвязи с параметрами общего и специфического качества жизни (физическая активность, ролевое функционирование, общее здоровье, активность и общее качество жизни). Применение различных программ медицинской реабилитации на раннем этапе восстановительного лечения способствует улучшению уровня общего и специфического качества жизни у больных бронхиальной астмой.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА «СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ» В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

О.О. Князюк, Т.Л. Амосова, Е.В. Кривошекова

Иркутский клинический курорт «Ангара»

Цель исследования: изучение эффективности применения метода «скандинавской ходьбы» в реабилитации больных инфарктом миокарда в санаторно-курортных условиях.

Материал и методы исследования. В открытом проспективном рандомизированном контролируемом клиническом исследовании приняли участие 80 больных ИМ, поступивших на санаторный этап реабилитации после стационарного лечения. Давность заболевания составила $20,9 \pm 0,7$ дней. Были сформированы 2 группы больных, сопоставимые по полу, возрасту, длительности заболевания и сопутствующей патологии. В первую группу вошли 32 больных ИМ в возрасте от 35 до 74 лет (средний возраст $53,9 \pm 2,2$ года), которым в реабилитационный комплекс были включены процедуры лечебной физкультуры с использованием «скандинавской ходьбы». Вторая группа пациентов (сравнения) была сформирована из 48 больных ИМ (средний возраст $56,6 \pm 1,9$ лет), которым в санатории проводились классические формы лечебной физкультуры. Всем больным в начале и в конце пребывания в санатории выполняли тест 6-минутной ходьбы по общепринятой методике. По общепринятым формулам рассчитывались показатели

центральной гемодинамики, изучалось качество жизни (КЖ) с помощью компьютеризированной версии опросника «SF-36 Health Status Survey».

Результаты исследования. После курса восстановительного лечения все пациенты субъективно отметили улучшение своего состояния. При этом наблюдалась хорошая переносимость предложенного уровня физической активности. Учащения приступов стенокардии, увеличения количества принимаемого больными нитроглицерина, отрицательной динамики электрокардиограммы, неадекватных гемодинамических реакций на физическую нагрузку зарегистрировано не было.

При анализе теста с 6-ти минутной ходьбой обращает на себя внимание тот факт, что до начала реабилитационных мероприятий расстояние, которое смогли пройти больные, оказалось примерно одинаковым у обследованных 1-й и 2-й группы: $342,5 \pm 15,5$ м и $349,8 \pm 17,6$ м соответственно. После окончания санаторно-курортного лечения наименьшее расстояние было преодолено представителями 2-й группы ($363,5 \pm 18,2$ м), динамика прироста оказалась незначительной - 3,9% ($p > 0,05$). Дистанция, которую после лечения смогли преодолеть представители 1-й группы составила

420,1±16,3 м, что на 22,7% больше ($p<0,01$) по сравнению с исходными данными у этих пациентов. После окончания курса санаторно-курортного лечения у больных ИМ 1-й и 2-й группы имело место незначительное снижение АД_{ср} на 4,6% и 1,4% соответственно. Прирост индекса работы сердца у пациентов 1-й и 2-й группы составил, соответственно, 15,3% ($p<0,02$) и 9,0% ($p>0,05$). При оценке КЖ у больных ИМ положительная динамика выявлена преимущественно в группе пациентов, получавших лечебную физкультуру по методике «скан-

динавской ходьбы», причём в большей степени по шкалам, оценивающим психологическое здоровье.

Выводы. Использование у больных ИМ физических тренировок с использованием «скандинавской ходьбы» позволяет оптимизировать реабилитационные мероприятия в условиях санатория. Применение данной технологии восстановительного лечения позволяет, не оказывая существенного влияния на гемодинамические показатели, увеличить толерантность к физическим нагрузкам и повысить уровень КЖ больных ИМ.

ПРИНЦИПЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

А.О. Кобилов, Ш.Ч. Ахмедов, А.А. Ражабов

Национальный Центр реабилитации и протезирования инвалидов МТ и СЗ РУз

Цель исследования: оценить комплексное применение силовых упражнений и паравертебрального введения гомеопатического коктейля у больных с грыжами межпозвоночного диска поясничного отдела.

Материалы и методы. В исследование были включены 120 больных с межпозвоночными грыжами поясничного отдела позвоночника (60 мужчин и 60 женщин) в возрасте от 20 до 45 лет, средний возраст составил 35,1±7,2 лет. Все больные методом рандомизации были распределены на три сопоставимые по клинико-функциональным характеристикам группы: основная – 41 человек, которым применялся индивидуальный комплекс силовых упражнений с паравертебральным введением гомеопатического коктейля; сравнение – 41 человек – которым применялся индивидуальный комплекс силовых упражнений; контрольная – 38 человек, которым применялось стандартное лечение, включающее медикаментозную терапию и ЛФК, которое применялось во всех группах. Все пациенты проходили неврологическое обследование, альгологическое тестирование, которое включало Визуальную аналоговую шкалу боли (ВАШБ) и Опросник Освестри. Для диагностики и объективизации результатов клинического исследования использовали КТ/МРТ поясничного отдела позвоночника или рентгенографию поясничного отдела позвоночника. Наблюдение за больными проводили в различные сроки до 12 месяцев, а именно: до лечения (исходные данные), после 6-й процедуры, после окончания первого курса лечения (12 процедур), а также через 3, 6 и 12 месяцев после повторных курсов лечения. Комплекс силовых упражнений у больных основной и группы сравнения включал в себя 12 процедур, проводился 3 раза в неделю (1 курс), в виде индивидуально подобранной программы с учетом пола, веса, уровня физической подготовки, интенсивности болей и сопутствующей патологии, силы. Препараты Траумель С и Цель Т вводились паравертебрально по 2 мл на уровне грыжи диска 2 раза в неделю, на курс 10 инъекций; повторный курс – через 3 месяца.

В результате снижение боли в пояснично-крестцовой области уже после 6-й процедур, однако более значительно после курса лечения: значительное и

умеренное уменьшение болей в пояснично-крестцовой области у 39 (95,1%) больных основной группы, у 29 (70,7%) пациентов группы сравнения и 21 (55,3%) контрольной группы. Значительное и умеренное уменьшение болей, иррадиирующих в нижние конечности, отмечено у 20 (48,8%) больных основной группы и у 15 (36,6) и 9 (23,7%) пациентов группы сравнения и контроля соответственно. Восстановление функции позвоночника в виде устранения вертебральных рефлекторных деформаций позвоночника после 6-й процедур отмечалось лишь у больных основной группы, а после курса лечения, несмотря на достаточно высокие результаты в группе сравнения (73,2%) и в контроле (60,5%), более значимые результаты получены в основной группе – 95,1% ($p<0,05$). Уменьшение вертебральных рефлекторных деформаций позвоночника сопровождалось нормализацией мышечного тонуса и, как следствие, снижением нагрузки на межпозвоночные суставы в 36,6% случаев у 15 больных основной группы и у 29,3% пациентов группы сравнения, что достоверно более значимо, чем у больных контрольной группы (15,8%) ($p<0,001$ и $p<0,05$ соответственно). Наряду с этим, восстановление сухожильных рефлексов и уменьшение чувствительных расстройств наблюдали в среднем у 12 (29,3%) больных основной группы, у 31,7% больных группы сравнения и у 21,1% контрольной группы, т.е. статистически значимых различий между группами выявлено не было. В отличие от этого, уменьшение симптомов натяжения в основной встречалось в 2 раза чаще, чем в группе сравнения и в 2,8 раза, чем в контроле.

Таким образом, восстановление, уменьшение, темпы регресса мышечно-тонических нарушений и чувствительных расстройств, болевого синдрома, нарушений функции позвоночника, симптомов натяжения, вертебральных рефлекторных деформаций были наиболее выраженными уже после 6 процедур более чем у половины больных (53,7%) больных, получающих комплексно-восстановительное лечение. В группе сравнения и, особенно контроля, заметная динамика неврологических симптомов определялась к концу курса лечения.

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

А.О. Кобилов, Ш.Ч. Ахмедов, А.А. Ражабов

Национальный Центр реабилитации и протезирования инвалидов МТ и СЗ РУз

Цель исследования: Повышение эффективности медицинской реабилитации больных с позвоночно-спинномозговой травмой на основе раннего оптималь-

ного восстановления двигательного статуса с использованием современных хирургических и реабилитационных технологий

Материал и методы исследования: В ретроспективное исследование включен 981 пациент с различными по тяжести повреждениями позвоночника и спинного мозга, мужчин - 660 (67,28%), женщин - 319 (32,52%), средний возраст больных составил $37,09 \pm 0,5$ лет. По социальному составу преобладали рабочие - 250 (47,60%) и служащие - 217 (22,12%). Инвалиды 1 группы - 66 (6,72%), 2 группы - 49 (4,99%), 3 группы - 22 (2,24%) человек. По виду травм преобладали бытовые - 258 (26,29%), уличные - 192 (19,57%) случаи. Травмы позвоночника и спинного мозга при дорожно-транспортных происшествиях встречались в 195 (19,88%) случаях, при катастрофе - в 327 случаях (33,33%). Деление переломов мы проводили на «большие» - 566 (57,69%) и «малые» - 295 (30,07%) по классификации F.Denis (1982). В структуре «больших» повреждений преобладали компрессионные (35,57%) и оскольчатые (16,71%) переломы. Среди «малых» повреждений - переломы дуги позвонка - 27,42%, поперечного отростка - 11,11%, остистого отростка - 29,56%, краевые переломы позвонков - 19,67%. С учетом критериев включения и исключения в проспективное исследование вошло 170 больных с позвоночно-спинномозговой травмой. В зависимости от проводимой реабилитации больные были разделены на группы: пациенты I группы получали консервативное лечение, которые в свою очередь включали 2 подгруппы: у пациентов 1а (основной) подгруппы (41 пациент) реабилитация включала лечебную гимнастику и курс адаптации к стрессовой гипоксии; пациенты 1б (контрольной) подгруппы (32 пациента) получали общепринятый комплекс консервативного лечения и реабилитации. Больным II группы был проведен стабильно-функциональный остеосинтез в минимально необходимом объеме, которые были распределены на 2 подгруппы: пациентам 2а (основной) подгруппы (55 больных), проведенное оперативное лечение было дополнено ранним восстановлением двигательной активности с применением кинезотерапевтического эспандерного комплекса и курсом адаптации к стрессовой гипоксии; пациентам 2б (контрольной) подгруппы (42 человека) было проведено оперативное лечение и общепринятый комплекс реабилитации. Реабилитация начиналась с первого дня поступления пациента в стационар и заключалась в ранней активизации и реадaptации пострадавшего. При оперативном лечении нами использовались транспедикулярная фиксация, технологии передней и передне-боковой декомпрессии с наложением

межтеловым остеосинтезом, протезирование тел и межпозвонковых дисков.

В результате исследований было установлено, что значительно активизировать спинальных больных позволяет проведение современного стабильно-функционального остеосинтеза в минимально необходимом объеме. При этом шунтирующая функция внутренних фиксаторов позволяет сохранить основные структурно-функциональные стереотипы опорно-двигательной системы. Из 170 пациентов с различными по тяжести повреждениями позвоночника и спинного мозга оперативное лечение было проведено 97, консервативное - 73 пациентам. Медиана возраста составила 32,4 у пациентов получавших консервативное лечение и 37,6 у оперированных больных. Среди пациентов преобладали пациенты мужского пола, трудоспособного возраста, работающие на момент травмы, выявлено преобладание уличного и бытового травматизма. Нарушение функции тазовых органов у оперированных больных в остром периоде травмы наблюдалось в 57,1% случаев, наличие параплегии нижних конечностей в 47,6%. В группе пациентов, находившихся на консервативном лечении данных осложнений не отмечалось. Болевой синдром был выражен в остром периоде травмы у всех больных, и по визуально-аналоговой шкале составил $4,34 \pm 2,51$ балла у пациентов, которые находились на консервативном лечении и $3,6 \pm 2,17$ баллов у оперированных больных, что вероятнее всего обусловлено адекватным обезболиванием данной группы. На фоне применения разработанных реабилитационных комплексов наблюдается достоверное снижение интенсивности болевого синдрома в позднем периоде ПСМТ относительно острого ($p=0,005$), что не наблюдалось в контрольной подгруппе ($p=0,693$) при консервативном и оперативном лечении.

Таким образом, анализ полученных данных показал, что восстановительное лечение больных с позвоночно-спинномозговой травмой, основанное на сохранении двигательных стереотипов и ранней активизации начиная с острого периода травмы, стрессорной гипоксии в позднем периоде оказалось более эффективным по сравнению с группой пациентов, где проводилось традиционное лечение и выражалось в регрессе неврологической симптоматики, улучшении двигательной активности, повышении качества жизни и психоэмоционального состояния.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТОБОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Е.А. Конюх

Гродненский государственный медицинский университет

Цель исследования - изучить тактику ведения ЧБД в амбулаторных условиях.

Проанализирована поликлиническая медицинская документация 45 пациентов из группы ЧБД. Возраст детей составлял от 2 до 16 лет. Большинство пациентов были от первой беременности и/или первых родов (44% и 51% соответственно). В 95% случаев выявлена патология антенатального периода (токсикоз 1-й половины беременности, гестоз, угроза прерывания беременности, перенесенная в этот период ОРИ, хроническая внутриутробная гипоксия), в 56% - интранатальные осложнения, из них 22,2% - гипоксического характера. 46% детей родились путем кесарева сечения. При анализе возрастной структуры ЧБД выявлено, что в эту группу впервые

были отнесены 31,2% детей в возрасте до 3 лет, 48,8% - дети дошкольного и младшего школьного возраста и 20% - среднего и старшего школьного возраста.

Стартовой группой при лечении респираторной патологии у ЧБД в 59,4% случаев с первых суток заболевания являлись антибактериальные препараты. Чаще других (62,2%) применяли антибиотики пенициллинового ряда (амоксикар, аугментин, флемоксил соллютаб), в 24% случаев - парентерально цефалоспорины второго и третьего поколения (цефотаксим, цефтриаксон). Реже использовали в лечении макролиды (эритромицин, макропен, ровамицин) - 11,8% и у 2% больных - антибиотики других групп. 15,2% пациентов получали противовирусные препараты, из них 7,3% - в сочетании с анти-

бактериальной терапией. В 93 (19,4%) случаях при первых клинических проявлениях ОРИ применялось только симптоматическое лечение (жаропонижающая терапия, отхаркивающие препараты, местное лечение ринофарингита). У 13,8% больных в комплексном лечении ОРИ использовали антигистаминные препараты, при этом данных о наличии atopических реакций в амбулаторных картах пациентов нами выявлено не было. Иммунокорректирующая терапия ЧБД проводилась лишь в 17 (3,5%) случаях, при этом встречается ее назначение в острый период в сочетании с антибактериальными и противовирусными препаратами. 8,1% детей получали фитотерапию в комплексном лечении ОРИ. Практически во всех случаях отмечено назначение фитосборов, редко – монотерапия (ромашка, зверобой, чабрец). Физиолечение проводилось в 25 (5,2%) случаях ОРИ: ингаляции с минеральной водой, УФО зева, парафин на область грудной клетки. Нами не найдено данных о

назначении закаливающих процедур, советов по рациональному питанию, витаминотерапии в плане реабилитации и диспансеризации у ЧБД.

Таким образом, в 60% случаев в лечении ОРИ у ЧБД использовались антибактериальные препараты с первых суток заболевания, у четверти пациентов – их инъекционные формы. Лишь около 20% детей при манифестации респираторной инфекции получали только симптоматическую терапию. Иммунокорректирующая терапия проводилась в 3,5% случаев. Данных о назначении закаливающих процедур, советов по рациональному питанию, витаминотерапии в плане реабилитации и диспансеризации у ЧБД нами найдено не было. Около половины пациентов группы ЧБД составляют дети от 1 беременности и 1 родов. Патология антенатального и интранатального периодов встречается в 95% и 56% соответственно.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

А.В. Копыток

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации (Беларусь)

Среди медико-социальных проблем, имеющих важное экономическое значение, особое место принадлежит вопросам инвалидности и организации помощи лицам с ограниченными возможностями. Основой политики каждого государства в отношении инвалидов по созданию равных возможностей является их реабилитация, цель которой – восстановление социального статуса, трудоспособности и повышение качества жизни. Важным аспектом многогранного единого процесса реабилитации является медицинская реабилитация, так как она создает основу для всех других элементов системы реабилитации. В Республике Беларусь деятельность службы медицинской реабилитации осуществляется в соответствии с Законами Республики Беларусь «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» и «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов». На сегодняшний день в Республике Беларусь во всех ее регионах развита и четко функционирует служба медицинской реабилитации, представленная на всех уровнях: межрайонном, городском, областном и республиканском, стационарными и амбулаторно-поликлиническими отделениями медицинской реабилитации, как для взрослого, так и для детского населения. В последние годы основной акцент по развитию сети медицинской реабилитации сделан на создание областных больниц (центров) медицинской реабилитации. По состоянию на 31.12.2013г. в республике функционировало 315 отделений медицинской реабилитации (с учетом отделений республиканских учреждений медицинской реабилитации) из них 86 стационарных отделений медицинской реабилитации с коечной мощностью 4793 реабилитационных коек. Медицинская реабилитационная помощь взрослому населению в стационарных условиях осуществлялась в 51

отделении медицинской реабилитации (2403 койки), детскому населению – в 35 (2390 коек). В структуре коечного фонда отделений медицинской реабилитации для взрослого населения 41,3% составляли койки для пациентов с неврологической патологией, 22,4% – с ортопедотравматологической и ортопедоневрологической патологией, 20,8% – с кардиологической и кардиохирургической патологией, 9,4% – с онкологической, с 4,2% – терапевтической патологией. В стационарных отделениях медицинской реабилитации для детского населения койки пульмонологического профиля составляли 30,3%, психоневрологического – 13,8%, ортопедотравматологического – 11,1%, нефрологического – 8,8%, кардиологического – 8,5%, неврологического – 7,5%, гастроэнтерологического – 6,9% и т.д. Медицинскую реабилитационную помощь пациентам в амбулаторно-поликлинических условиях оказывали 229 отделений медицинской реабилитации (49 отделений медицинской реабилитации для детского населения, 180 отделений для взрослого населения, из них в 61 отделении получают реабилитационную помощь, как взрослые, так и дети). За 2013 год медицинскую реабилитационную помощь получило 1 789 325 пациентов, из них 139 478 инвалидов (7,8%). В том числе взрослых – 1 455 112 чел. (из них инвалидов – 117 032 чел.), детей – 334 213 чел. (из них детей-инвалидов – 22 446 чел.).

Таким образом, медицинская реабилитация в Республике Беларусь рассматривается как система мероприятий, проводимых учреждениями здравоохранения, направленных на выздоровление, компенсацию и восстановление нарушенных функций, формирующихся в результате болезни или травмы ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТОФОТОТЕРАПИИ КАК КОМПОНЕНТА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОКСАРТРОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ТЕРМОГРАФИИ

В.Г. Крючок, В.Г. Лещенко, Л.А. Малькевич, Ю.О. Лисковская, Н.Ф. Согомонян

Белорусский государственный медицинский университет

Цель работы: оценить эффективность применения магнитотерапии как компонента комплексного лечения коксартроза (КА) II-III степени с использованием диагностических возможностей термографии.

Материалы и методы. В двух сопоставимых по половозрастному составу и длительности заболевания группах пациентов, страдающих КА II-III степени с односторонней локализацией процесса, в течение соответству-

ющего курса физиотерапевтического лечения (ФТЛ) провели стандартное термометрическое исследование областей поражённого и условно здорового тазобедренных суставов. С этой целью использовали портативный компьютерный термограф ИРТИС – 2000М, позволяющий качественно и количественно отобразить зависящее от локальных изменений кровообращения распределение температуры на поверхности тела. В обследование включили 49 пациентов реабилитационного травматологического отделения УЗ «11 ГКБ» г. Минска, из них 29 мужчин (0,59) и 20 женщин (0,41) средним возрастом $55,33 \pm 3,94$ лет и со средней продолжительностью заболевания $5,04 \pm 1,41$ года. 27-ми пациентам основной группы с целью активизации регионарного кровообращения, дегидратации и миорелаксации, купирования явлений воспалительного и болевого характера в комплексе лечения применили новый сочетанный метод физиотерапии – магнитофототерапию с использованием возможностей современного портативного аппарата белорусского производства «ФотоСПОК». 22 пациента контрольной группы получали ФТЛ по стандартной схеме согласно протоколам. Статистический анализ данных провели с помощью программы STATISTICA 10.0. Для оценки достоверности различий, полученных при проведении термографии в опытной и контрольной группах, использовали критерий Хи-квадрат.

Результаты и обсуждение. До начала соответствующего курса терапии на термограммах всех пациентов наблюдали термоасимметрию различной степени выраженности с гипотермией на стороне КА (до $1,5-2,0^{\circ}\text{C}$ по

сравнению со здоровой стороной), свидетельствующей о нарушении микроциркуляции в области патологически изменённого тазобедренного сустава.

При выполнении термографического исследования на 3-5 сутки лечения у 11 из 27 пациентов опытной группы (0,41) и 5 из 22 пациентов контрольной группы (0,23) отмечали повышение температуры в областях гипотермии на $0,5-1,0^{\circ}\text{C}$ ($p \leq 0,05$, нулевая гипотеза о том, что различия в группах статистически незначимы, отвергнута, ее вероятность менее 5%). По окончании курса комплексной терапии у 26 из 27 (0,96) пациентов опытной группы и у 15 из 22 (0,68) пациентов группы контроля определили приближение температуры патологических очагов к температуре на здоровых симметричных участках тела ($p < 0,05$, нулевая гипотеза о том, что различия в группах статистически незначимы, отвергнута, ее вероятность менее либо равна 5%).

Выводы. Оценка эффективности ФТЛ пациентов с КА II-III степени на основании анализа динамики восстановления термографических температурных характеристик патологических очагов выявила более выраженные и быстрые изменения термографической картины при использовании в комплексном лечении нового сочетанного физиотерапевтического метода – магнитофототерапии от аппарата «ФотоСПОК». При соответствующей корреляции с клиническими критериями заболевания результаты исследования могут свидетельствовать о большей терапевтической эффективности магнитофототерапии в лечении пациентов с КА по сравнению со стандартным физиотерапевтическим подходом.

ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ И ЕЕ СВЯЗЬ СО СТАТУСОМ ВИТАМИНОВ В₉ И В₁₂ У ПАЦИЕНТОВ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

И.П. Кувикова, С.В. Шевчук

НИИ реабилитации инвалидов Винницкого национального медицинского университета им. Н. И. Пирогова

Целью работы было изучить частоту ГГЦ и статус витаминов В₆ и В₁₂ у больных с АФС.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 82 пациента с АФС и 37 практически здоровых лиц. Группы были сопоставимы по возрасту, полу и длительности заболевания. Содержание общего ГЦ, фолиевой кислоты и кобаламина в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом.

Исследованием установлено, что уровень ГЦ у больных с АФС равнялся $15,4 \pm 0,54$ мкмоль/л и был достоверно на 52,5% выше, чем в группе контроля. Среди больных с АФС выявлялись 14,6% лиц с оптимальным уровнем ГЦ, 41,5% с предельно высоким и 43,9% с ГГЦ. В контрольной группе 75,7% лиц имели нормальный уровень ГЦ, тогда как ГГЦ встречалась только в 10,9% случаев. В группе контроля оптимальная обеспеченность фолатом и кобаламином регистрировалась в 75,7% лиц, в то время как маргинальное снижение одного из витаминов оказывалось в 16,2%, а обоих витаминов – в 8,1%. В то же время, среди больных с АФС достоверно умень-

шалась доля лиц с оптимальной обеспеченностью фолиевой кислотой и кобаламином, однако вдвое возрас- тала доля лиц с комбинированной витаминной недостаточностью. Нарушение статуса витаминов В₉ и В₁₂ у больных АФС ассоциировалось с формированием ГГЦ более чем в 60% случаев. В частности, по средним величинам содержание ГЦ у больных с АФС с недостаточностью фолиевой кислоты и кобаламина оказалось достоверно на 27,5 и 35,0%, соответственно выше, чем у больных с оптимальной обеспеченностью этими витаминами. Корреляционный анализ также подтвердил наличие достоверных обратных связей средней силы между уровнем ГЦ с одной стороны и содержанием витаминов В₉ и В₁₂ в сыворотке крови с другой ($r = -0,40$ и $-0,35$ соответственно).

Выводы: Именно поэтому, по нашему мнению, высокая частота ГГЦ в сыворотке крови больных с АФС и ее тесная связь со статусом витаминов В₉ и В₁₂ диктует необходимость постоянного контроля концентрации ГЦ в сыворотке крови и возможности применения у пациентов с ГГЦ витаминных препаратов.

ПРОФИЛАКТИКА И ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ПИЕЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ

М.П. Кудратова, Ш.М. Набиева

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью исследования было клиническое наблюдение за больными с острыми и хроническими пиелонефритами у детей, их течение, лечение и противореци-

дивная терапия, а также разработка мероприятий по снижению частоты рецидивов заболевания.

Материал и методы. Проведено наблюдение больных в нефрологическом отделении 1 детской городской

больницы за период с января по декабрь 2013 года. Было изучено клиническое течение за больными с острыми и хроническими пиелонефритами у детей и проведена противорецидивная терапия.

Результаты и обсуждения. Всего за период с января по декабрь в отделении находилось 442 ребенка из них 204 мальчиков и 238 девочек, что составило 39,3% (девочек), 46,2% (мальчиков). Наибольшее количество поступивших больных составили сельские жители – 354 больных детей. Основную группу поступивших больных составили дети с острыми пиелонефритами – 75 детей из них сельские жители – 46, с хроническим пиелонефритом – 36 детей из них сельских жителей – 20. основной контингент больных с острым и хроническим пиелонефритом составили дети от 5 до 14 лет. Среднее пребывание с острым пиелонефритом составило 14-15 дней, а с хроническим пиелонефритом 20 дней. Больные поступали в основном на первой неделе в период обострения заболевания. Основными жалобами больных с острым пиелонефритом были боли в животе, пояснице, малое мочеиспускание, дизурия. Всем больным проводилось исследование клинического анализа мочи, по Нечипоренко, проба Земницкого, трехстаканная проба, морфология лейкоцитов мочи, бактериологический посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, биохимическое исследование крови, УЗИ почек и мочевого пузыря, при подозрении на аномалию развития мочевыводящих путей – экскреторная урография. У наблюдаемых нами детей первичный пиелонефрит наблюдался преимущественно у девочек, у

мальчиков чаще наблюдался вторичный пиелонефрит. У поступивших больных девочек посещающие детский сад по мазку из вульвы были выделены гарднереллы, хламидии. У 80% больных с хроническим пиелонефритом высевался E.coli, у 10-20% enterocolica, у 3,5% klebsiella, у 1-2% грибки. Больным поступившим в стационар проводилась противорецидивная терапия в динамике. Лечение проводили с посевом мочи в первый день: аминоглизидами (гентамицин, амикацин), при эффективной терапии переходили на противорецидивную: уроантисептиками, назначался фурамаг, бисептол, 5-НОК, канефрон (тутокон) для уменьшения застоя мочи. При хронических формах назначались иммуностимуляторы, (уроваксом по схеме). При остром пиелонефрите больные получали фурамаг по 2,5-3 мг/кг однократно в течение 1 месяца или бисептол 1-2 мг/кг 1 раз в месяц, после стационара, проводилась фитотерапия: чередовали прием травяных настоев ромашка, кукурузные рыльца с применением лекарственных форм.

Вывод. Учитывая проведенное исследование мы имели положительную динамику, как клинических, так и лабораторных данных на 2 неделе от начатой терапии. Использование новых методов лечения сократило пребывание койко-дней и уменьшило хронизацию процесса острых пиелонефритов у детей.

Согласно нашим данным необходимо усилить мероприятия в поликлинике по дальнейшему лечению, диспансерному наблюдению и реабилитации за детьми.

ДЕФОРМАЦИЯ ЛАНУВЧИ ОСТЕОАРТРОЗ БИЛАН ОГРИГАН БЕМОРЛАР РЕАБИЛИТАЦИЯСИНИНГ УЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Ф.М. Куylieва, Х.Д. Махмудова, А.К. Курбонов

Самарканд давлат медицина институти

Мақсад: Сийдик кислота алмашинуви бузилган деформацияловчи остеоартроз билан огриган беморлар реабилитациясида модификацияланган даволашнинг ахамиятини урганиш.

Материал ва услублар: Тадкикотта ДООА касаллиги билан хасталанган 25 та аёл ва 20 та эркак жинсидаги, касаллик муддати 3-13 йил булган, 26-66 ёшдаги 45 нафар бемор киритилди. Улар умумий клиник, биохимевий ва функционал текширувлардан утказилди. СКнинг кон ва кунлик сийдикдаги микдори Зейферт - Мюллер усулида, СК тузларнинг кристаллари эса сийдик чуқмаси микроскопиясида аниқланди. Барча беморларга базис терапия билан бирга модификацияланган даво (гипопурилли пархез, фиточойлар, нуктали массаж, магнитли игналар, эндотерапия ва кинезотерапия) утказилди.

Натижалар ва муҳокама: Олинган маълумотлар беморларнинг 76,5%да СК алмашинувининг гиперурикемия, гиперурикозурия ва уратли кристаллурия куришидаги бузилишлари мавжудлигини курсатди.

Таъкидлаш керакки, бундай беморлар чуқур клиник таҳлил килинганда уларнинг 98%да камконлик ($Hg-84 \pm 7,2g/l$), 99%да буйраклар ва ут халтасида куп микдорда туз чуқмалари, кум ва тошлар мавжудлиги, 58%да симптоматик артериал гипертония (АГ), 91%да остеохондроз, 85%да оёқлари огриб чарчаши, совкотиши ёки кизиб кетиши, бугимлари кирсиллаши, 16,0%да оксалатурия, 41%да оёқлардаги юза веналарининг варикоз кенгайиши, 60%да кучли бош огриши, айланиши, уйкуси ёмонлиги, 66%да бел, кукрак елка ва кулла-

ри огриб, уюшиб, совкотиши, 48%да ич котиши аниқланди.

Юкорида олинган маълумотлар беморларни даволашда СК алмашинувидаги бузилишларни тугрилашда базис терапияга кушимча гипопурилли пархез-гушт махсулотларини кам истеъмол килиш, дуккакли усимликларни ва баъзи кукатларни чеклаш, фиточойлар (далачойи, киркбугин, тошёрар), умуртка погонасини икки ён томони буйлаб нуктали массаж утказиш, магнитли игналар куйиш, эндотерапия ва кинезотерапиянинг кулланилиши хар томонлама илмий асосланганлигини курсатди. Эндотерапия-спазмолитик, шиш ва яллиғлинишга карши воситаларнинг биргаликда кулланилиши кон ва лимфа микроциркуляциясини яхшилаб, хужайралар фаолиятини тиклайди. Бунда моддалар алмашинуви ва регенерация жараёнлари яхшилаиб, хужайраларнинг специфик моддалар ишлаб чиқарилиши хам уз йулига тушади.

Касалликнинг I, II, III боскичларида ёши 50 гача, касаллик муддати эса 10 йилгача булган модификацияланган даво қабул килган беморларда СК алмашинуви курсаткичлари базис давога нисбатан ишончли тарзда меёрлашгани аниқланди.

Хулоса: Модификацияланган даво СК алмашинуви бузилган ДООА билан хаста беморларни даволашда базис даволашга нисбатан хар жихатдан узининг самардорлигини курсатди, яъни клиник ва биохимевий курсаткичларнинг 88% беморларда статистик ишончли ижобий томонга узгарганлиги кайд этилди.

ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

А.Г. Куликов, Н.А. Кочеткова

РМАПО (Москва, Россия)

Целью настоящей работы явилось определение возможности применения аппаратной физиотерапии для лечения детей с различными формами ДЦП.

Одним из ведущих направлений аппаратной физиотерапии, широко и успешно применяемой при лечении и реабилитации детей с ДЦП, является электролечение.

Электротерапию с различными формами тока целесообразно использовать при всех формах ДЦП. В частности, импульсные токи в большей мере улучшают трофику спастических мышц и рецепторную проводимость, снижают тонус спастических мышц, вследствие чего их следует применять преимущественно у пациентов со спастической диплегией. В сочетании с высокочастотной терапией они дают хорошие результаты при парализованных, выраженных гиперкинезах. При явлениях гидроцефалии, выраженном болевом синдроме, гиперкинетической дизартрии, при контрактурах суставов предпочтительнее постоянный ток, в том числе в виде лекарственного электрофореза. Рядом авторов отмечены положительные результаты применения интерференцтерапии при гиперкинетической форме ДЦП.

Одним из методов, используемых при всех формах ДЦП, является магнитотерапия. В последнее время широко применяется транскраниальное воздействие магнитными полями различных характеристик, например в виде магнитофореза глутаминовой кислоты и сульфата магния. Механизм лечебного действия переменного магнитного поля в субокципитальной проекции объясняется его влиянием на мозговые сосуды и гипоталамическую область, что способствует усилению метаболизма мозга, улучшению его кровоснабжения, включению в функционирование «молчащих» мотонейронов. Процедуры низкочастотной магнитотерапии усиливают тормозные процессы в ЦНС и могут применяться даже у детей с судорожным синдромом, которым другие методы физиотерапии противопоказаны.

К современным эффективным методам лечения относится низкоинтенсивное лазерное излучение. Характерным для этого метода является его способность ока-

зывать анальгезирующий, спазмолитический эффекты, что обусловлено активизацией или нормализацией крово- и лимфообращения, проницаемости биологических мембран, обмена веществ, функций нервной, эндокринной, иммунной систем. Эффективно сочетание в один день процедур внутривенного облучения крови и кожного локального воздействия.

Важным направлением в лечении детей с ДЦП является использование методов физической терапии с центральным механизмом действия. В качестве примеров можно указать мезодиэнцефальную модуляцию (МДМ), трансцеребральную магнитотерапию, трансорбитальную фототерапию, которые нормализуют соотношения процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе, снижают ее возбудимость, что приводит к уменьшению ригидности, спастичности мышц и степени выраженности гиперкинезов.

Не менее актуально применение озонотерапии у пациентов с ДЦП. Наряду с классическими методиками, в детской практике применяется введение озонированного физиологического раствора в точки краниопунктуры, позволяющими достичь стойкой ремиссии. Электростатическое поле также является современным и высокоэффективным методом, действующий фактор которого - низкочастотный искровой разряд, вызывающий у больного ритмическую фибрилляцию мышечных волокон и массаж кожи. Воздействие сопровождается усилением микроциркуляции, стимуляцией трофических процессов и клеточного обмена, обезболивающим эффектом. Метод успешно применяется, как для работы со скелетной, так и лицевой и речевой мускулатурой. У детей уменьшается спастичность мышц, слюнотечение, ослабляются гиперкинезы, улучшается качество речи.

Таким образом, в комплексном лечении ДЦП физические факторы могут играть существенную, а иногда и основную роль. Их рациональное комбинирование с базовой медикаментозной терапией, процедурами ЛФК и массажа способны существенно повысить эффективность лечения, улучшить качество жизни пациента, снизить вероятность их дальнейшей инвалидизации.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ МЕТОД РЕГЕНЕРАЦИИ ПЛАЗМЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

З.Б. Курбаниязов, С.С. Давлатов, К.Б. Саидмуродов

Самаркандский государственный медицинский институт

Исследование проводилось на базе клиники Самаркандского медицинского института. Основу исследования составили 217 больных с гипербилирубинемией, острым холангитом, билиарным сепсисом и тяжелым билиарным сепсисом доброкачественного генеза, осложненным гнойным холангитом. В нашей работе для диагностики острого холангита и билиарного сепсиса мы опирались на основные лабораторные показатели позволяющие рассчитывать степень органной недостаточности по шкале SOFA (Sepsis organ failure assessment) и выраженность системной воспалительной реакции по критериям SIRS (Systemic inflammatory response syndrome). Наиболее частыми причинами холангита являлись холедохолитиаз - 64%. Также причинами холангита явились острый панкреатит 9,7%, про-

рыв эхинококковых кист в холедохах 8,3%, стриктура терминального отдела холедоха 5,5%, стриктура большого дуоденального соска 5,5%.

У 53 больных с билиарным сепсисом и тяжелым билиарным сепсисом применяли плазмаферез, после предварительной мининвазивной декомпрессии желчевыводящих путей. После улучшения состояния больных и нормализации периферических показателей крови производили оперативное лечение. Из них у 27 больных сочетании непрямого электрохимической оксигенации (НЭХО) плазмы гипохлоритом натрия у 26 с дополнительным озонированием плазмы и последующей реинфузией детоксицированной плазмы. Нами было произведено сравнение двух видов детоксикации плазмы при плазмаферезе.

При проведении НЭХО были получены следующие показатели: снижение уровня мочевины на 75,4%; снижение уровня креатинина - 67,6%; снижение уровня общего билирубина - 85,4%; прямого - 92,6%; непрямого - 78,2%; снижение общего белка - 4%; снижение альбумина - 3,2%; увеличение транспортной функции альбумина - 123; снижение концентрации олигопептидов средней молекулярной массой - 43,9%; снижение лейкоцитарного индекса интоксикации - 60,2%; время обработки плазмы составило от 4 до 16 ч. При проведении НЭХО дополненный озонированием, были получены следующие показатели: снижение уровня мочевины на 78,1%; снижение уровня креатинина - 69,9%; снижение уровня общего билирубина - 90,4%; прямого - 93,8%; непрямого - 86,9%; снижение общего белка - 2,8%; снижение альбумина - 3,0%; увеличение транспортной функции альбумина - 132; снижение концентрации олигопептидов средней молекулярной массой - 45,1%;

снижение лейкоцитарного индекса интоксикации - 63,9%; Время обработки плазмы от 2 до 3 ч.

Как видно из вышеперечисленного, более эффективным по всем параметрам явился, методом плазмафереза НЭХО с дополнительным озонированием плазмы. По данному методу получен «Патент на изобретения» Республики Узбекистан № IAP 04630 «Способ детоксикации организма при холемическом эндотоксикозе».

Таким образом, предложенный нами способ является высокоэффективным методом детоксикации у больных с тяжелой степенью холемического эндотоксикоза. В целом, способ является дешевым и эффективным, позволяет детоксицировать плазму больных, до минимума сократить потребность в донорских белковых препаратах, снизить риск возможных иммунных реакций, риск инфицирования пациента вирусами гепатитов В и С, вирусом иммунодефицита человека, цитомегаловирусом, вирусом герпеса.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТАБОРТНОГО ПЕРИОДА ГОРМОНАЛЬНЫМ КОНТРАЦЕПТИВОМ

М.З. Курбаниязова, Г.Б. Арзиева, З.З. Аскарова

Самаркандский государственный медицинский институт

Планирование семьи является одним из приоритетных направлений государственной политики. Узбекистан - наиболее густо населенная страна по сравнению с бывшими Союзными Республиками. За последние два года темп прироста населения ежегодно составляет полмиллиона человек, и к 2030 году население приблизится до 30 млн. В настоящее время при поддержке Всемирной организации здравоохранения и министерства здравоохранения Республики Узбекистан внедряется программа по планированию семьи с целью снижения уровня абортот и нежелательной беременности. К сожалению прерывание беременности, или искусственный аборт остается одним из частых методов регуляции рождаемости. Аборты производятся во всех странах мира, причем там, где они запрещены, число их не меньше, чем в странах, в которых они разрешены. Однако если в Голландии на 1 тыс. женщин фертильного возраста у 5-6 беременность заканчивается абортот, в Германии - у 8-10, в России - у 40-50. Количество абортот по нашей республике уменьшилось с 39,0 в 1991 году до 6,5 в 2009 году. По данным социального мониторинга проведенным ЮНИСЕФ искусственное прерывание беременности происходит в республике в десять раз меньше чем в Эстонии, в 15 раз меньше чем в России, в шесть раз меньше чем в Казахстане.

Осложнения после аборта остаются нашей глобальной проблемой. Необходимость проведения профилактической и реабилитационной работы определяется теми осложнениями, которые встречаются после аборта. Частота осложнений искусственного прерывания беременности, по данным российских авторов, колеблется в широких пределах: от 1,6 до 52,3%. Особенно значимы эти осложнения тем, что они влияют в последующем на генеративную функцию женщины.

В структуре послеабортных осложнений 16,8% составляют воспалительные процессы. Нередко воспалительные процессы в органах малого таза принимают затяжное хроническое течение, являясь причиной выраженных анатомических изменений гениталий, приводящих нередко к бесплодию, невынашиванию беременности и возникновению внематочной беременности.

С этой точки зрения внимание специалистов к искусственному прерыванию беременности привлечено

не только как к хирургическому методу планирования семьи и регулирования рождаемости, но и как к сложной медицинской проблеме, всестороннее изучение которой обусловлено в первую очередь возможностью тяжелых гинекологических и эндокринных осложнений в организме женщины, которые в результате поражения механизмов регуляции в этой системе вызывают выраженные патологические изменения.

В последнее время накоплен опыт применения препарата Регулон с целью постабортной реабилитации. Регулон - монофазный оральный контрацептив (ОК), содержащий современные прогестагены и низкие дозы эстрогенов (0,15 мг дезогестрела и 0,03 мг этинилэстрадиола).

Мы наблюдали за женщинами двух групп. Пациенткам основной группы (50 женщин) на следующий день после аборта был рекомендован Регулон в контрацептивном режиме в течение 6 мес. Пациенткам контрольной группы (50 женщин) комбинированный ОК (КОК) после аборта не назначали. Женщины в основной и контрольной группах были сопоставимы по возрасту, паритету, перенесенным гинекологическим и экстрагенитальным заболеваниям. У пациенток основной группы кровянистые выделения закончились через 4-6 дней, гематометры не было. Кровянистые выделения у женщин контрольной группы продолжались от 5 до 10 дней, у 2 из них была гематометра, и для ее удаления применялось консервативное лечение, но в некоторых случаях понадобилось повторное вмешательство. Повышение температуры была зарегистрирована у одной женщины из основной группы и в течение 5 дней - у 5 женщин из контрольной группы. Увеличение температуры выше 38С отмечалось у 2 женщин с гематометрой в контрольной группе. В основной группе воспалительных заболеваний органов малого таза не выявлено. У 2 пациенток из контрольной группы наблюдалось обострение хронического сальпингоофорита. Нарушение менструаций в виде меноррагии и межменструальных кровянистых выделений отмечено у 3 женщин контрольной группы.

Пролонгированные наблюдения показали, что у 6% женщин в течение 2 - 3 лет развивается эндометриоз с маточными кровотечениями и характерной для адено-

миоза ультразвуковой картиной. Если после аборта женщина в течение 6 мес получала эстроген-гестагенные препараты, проявлений эндометриоза не было. Использование в постабортном периоде внутриматочных контрацептивов (спирали с медью) увеличивало риск заболевания эндометриозом до 10%.

После аборта наряду с использованием КОК следует соблюдать низкокалорийную диету, увеличивать физическую активность, уменьшить гипокинезию, по возможности избегать неблагоприятных экологических влияний. Опасность постабортного периода заключается в развитии нейроэндокринного синдрома и гиперпластических процессов в репродуктивной системе. Дополнительные реабилитационные мероприятия после

абортов многообразны и включают физиотерапевтические процедуры (электрофорез), антибактериальную терапию, диетотерапию, адаптогены. Существенную роль в восстановительном лечении играет психотерапия.

Таким образом, реабилитация пациенток после искусственного прерывания беременности должна не только включать стандартную терапию, лечение периперационных осложнений, но и предусматривать профилактическое назначение КОК для предотвращения новых осложнений и отдаленных негативных последствий для здоровья женщин. Только в этом случае уменьшится число осложнений, а следовательно, отдаленная заболеваемость и смертность.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

З.П. Курбанова, Г.З. Шодикулова

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью нашего исследования является изучение особенностей лечения ИСАГ у пожилых лиц и выбор оптимального препарата для коррекции.

Материал и методы. Проведено обследование 60 больных в возрасте от 65 до 80 лет на базе Самаркандской ГМО. Из них 37 женщин (62%) и 23 мужчин (38%). У 44 больных (73,3%) САД в среднем 170,3 мм.рт.ст. ДАД 80,2 мм рт.ст, у 16 больных (26,6%) показатели САД в среднем 160,4 мм.рт.ст. ДАД 70,6 мм. рт. ст. Среди обследованных 14 пациентов (23,0 %) ранее не получали антигипертензивной терапии, 26 больных (43,3 %), получали периодически медикаментозную терапию группы ингибиторов АПФ, а 20 больных (33,3%) препараты группы антагонистов кальция. Следует принять во внимание, что пожилые в сравнении с лицами среднего возраста имеют более высокую вероятность развития побочных эффектов лекарственных препаратов, нежелательных взаимодействий лекарственных средств.

Результаты ряда метаанализов показывают высокую антигипертензивную активность сартанов (антагонисты ангиотензиновых рецепторов), вполне сравнимую с активностью других групп антигипертензивных препаратов. Отмена препаратов этой группы не вызывает развития рикошетной АГ, гипотония первой дозы также отсутствует. Препараты хорошо переносятся пациентами пожилого возраста. В связи с этим, обследуемым нами больным было назначено 80, 160 мг нортиван один раз в сутки. 20% больных одновременно принимали статины (аторвакор в дозе 20 мг в сутки) так как, у данных больных была диагностирована гиперхолестеринемия. 15%

обследуемым был подключен индапамид (12,5 мг в сутки) в связи с наличием ХСН. Во время наблюдения все больные проходили обследование 1 раз в месяц на протяжении 6 месяцев. Начинали терапию с малых доз с последующим повышением. В динамике измеряли АД, проводили ЭКГ исследование, ЭХОКГ, собирали информацию о переносимости и в конце периода наблюдения оценивали эффективность терапии.

За время наблюдения у 4 пациентов (2,4 %) из общего числа пациентов отмечались нежелательные реакции (головная боль, головокружение и усталость).

К концу исследования 60 % пациентов достигли САД в среднем 140,4 мм. рт.ст. ДАД на уровне 70 мм. рт.ст. и не имели нежелательных реакций. Остальные 40 % пациенты достигли целевых уровней АД но имели умеренные побочные реакции которые не повлияли на общее самочувствие больных. Почти у всех пациентов отмечалось улучшение состояния миокарда, увеличение функции выброса и уменьшение признаков гипертрофии левого желудочка по данным ЭКГ и ЭХОКГ.

Таким образом, наряду с другими представителями группы сартанов препарат Нортиван можно рекомендовать как препарат выбора при лечении ИСА у пожилых пациентов, учитывая уникальный спектр эффектов, незначительные побочные действия и хорошую переносимость, а так же и снижение вероятности сердечно-сосудистых осложнений. Индапамид может рассматриваться как средство для лечения АГ первого выбора в группе пожилых лиц, в том числе с ИСАГ, а также у особенно пожилого контингента больных.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДЛИТЕЛЬНЫМИ СТОЙКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Ч.А. Кучимова, И.Ш. Хурсанов, Р.Б. Хаятов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: изучение особенностей реабилитации больные шизофренией с длительными стойкими нарушениями психической деятельности, включающими как продуктивные расстройства, так и черты личностного дефекта.

Материалы и методы исследования: исследовано 76 пациентов в возрасте 20-30 лет с шизофренией с длительными стойкими нарушениями психической деятельности, включающими как продуктивные расстройства, так и черты личностного дефекта.

Результаты: состояния относительной стабилизации процесса на уровне подострого или хронического течения включает в себя ряд неблагоприятных в реабилитационном плане компонентов, кроме психотических симптомов и «чистого дефекта». Это явления госпитализма, связанные с однообразной длительной жизнью в отделении больницы, ограничением контактов, скудностью впечатлений, бездейственностью, а также известными отрицательными депривационными последствиями длительного применения психотропных средств, осо-

бенно нейролептиков. Галлюцинаторно-параноидный синдром (47% пациентов), характеризующийся голосов и бред воздействиями. Депрессивно-параноидальный синдром (28% пациентов), проявляющийся тоской, отсутствием желаний, пессимистическим восприятием будущего, идеями самообвинения. Параноидный синдром (25% пациентов), проявляющийся бредовыми расстройствами. В этих случаях реабилитационные мероприятия обязательны, а отделения для таких больных должны быть прежде всего отделениями реабилитационными. Помимо комплекса общих социотерапевтических мероприятий, направленных на повышение социальной активности больных, осуществляют реабилитационные программы. С этой точки зрения внутрибольничные трудовые реабилитационные мероприятия (включая и работу в трудовых мастерских) являются частью системы поэтапной трудовой реабилитации, имеющей конечной целью трудоустройство больных шизофренией с остаточными психотическими расстройствами и явлениями дефекта на промышленных предприятиях и в сельском хозяйстве. Большое значение имеют и организационные моменты, в частности

создание дневных и ночных стационаров в структуре больниц и диспансеров, общежитий для трудоспособных, но утративших прежние социальные связи больных. Положительное значение для трудовой реабилитации и профилактики обострений имеют психиатрические кабинеты, создаваемые на крупных промышленных предприятиях в составе медико-санитарных частей. Высокие результаты у больных хронически текущими формами шизофрении достигаются методами «промышленной реабилитации», путем создания в составе крупных больниц современных цехов-филиалов промышленных предприятий. (Лифшиц А.Е., Арзамасцев Ю.Н., 2008).

Таким образом проблема реабилитационных мероприятий больных шизофренией с длительными стойкими нарушениями психической деятельности продолжает оставаться актуальной проблемой современной медицины. Необходимо обучение врачей психиатров особенностям реабилитации пациентов с шизофренией длительными стойкими нарушениями психической деятельности.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИМ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С.Х. Лапасов, Л.Р. Хакимова, М.Ш. Лапасова, Д.Х. Абдухамидова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: улучшение качества лечения часто болеющих детей на 50% посредством эффективного ведения данной категории больных, проводимого в течение 5 месяцев в условиях многопрофильной поликлиники Пастдаргомского района Самаркандской области, осуществляющего командой медицинских работников

Материал и методы исследования: данное исследование проводилось на педиатрических участках, указанной выше многопрофильной поликлиники. Количество общего населения, прикрепленного к данной многопрофильной поликлинике, составляет 12840 человек. Из них дети в возрасте до 14 лет составляет 4500 человек. Количество детей, находящихся на диспансерном учете по поводу различных заболеваний составляет 1038 человек. На проведения исследования мы отобрали часто болеющих детей в возрасте от 1 года до 5 лет. Их количество составило 181 человек. Для оценки качества лечения часто болеющих детей были разработаны и внедрены стандарты и индикаторы соответственно карте системы оказания медицинской помощи. Сбор данных осуществлялся посредством просмотра амбулаторных карт, отчетов, журнала регистрации и учета больных, проведения интервью с врачами, средним медицинским персоналом и родителями часто болеющих детей, определением наличия оборудования или инструментов в лаборатории для диагностики заболеваний у часто болеющих детей согласно контрольному перечню.

Результаты: при оценке качества лечения часто болеющих детей посредством разработанных стандартов и индикаторов, были получены следующие результаты: в поликлинике нет клинических протоколов, руководств и стандартов по диагностике и лечению часто болеющих детей, основанные на доказательной медицине, а также информационного и раздаточного материала по эффективному лечению часто болеющих детей; из 181 часто болеющих детей, находящихся на диспансерном учете лишь 115 (63,5%) получали соответствующее лече-

ние согласно клиническому протоколу; из 14 врачей общей практики, работающих в поликлинике, 7 врачей (50%) знают о методах первичной, вторичной и третичной профилактики заболеваний у часто болеющих детей.

С целью предотвращения вышеуказанных недостатков по оценке качества лечения часто болеющих детей, был разработан план внедрения изменений, направленный на улучшение качества по данной проблеме с использованием инструмента ПВИД (Планируй, Внедряй, Изучай, Действуй) по улучшению качества лечения часто болеющих детей в данной многопрофильной поликлинике, который дал положительные результаты.

Таким образом, проблема часто болеющих детей является очень актуальной, особенно на первичном звене медицинской помощи. Качество оказания медицинской помощи часто болеющим детям находится не на должном уровне. А также страдает профилактика заболеваний на уровне поликлиники. В этой связи, необходимо оценить качество оказания медицинской помощи и профилактики, часто болеющих детей на уровне первичной медико-санитарной помощи и при обнаружении недостатков внедрить план изменений по циклу инструмента ПВИД (Планируй, Внедряй, Изучай, Действуй). Необходимо обеспечить врачей учреждений первичной медико-санитарной помощи Самаркандской области клиническими протоколами, руководствами и стандартами по диагностике и лечению часто болеющих, основанных на доказательной медицине, а также клиническим информационным и раздаточным материалом по профилактике заболеваний, имеющихся у часто болеющих детей, так как это является велением времени. Улучшать и повышать знания врачей первичной медико-санитарной помощи в области рационального питания, а также теоретические и практические знания по первичной, вторичной и третичной профилактике заболеваний.

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ГАЙМОРИТОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Е.М. Ларионова

ОГАУЗ ИОККДЦ (Иркутск, Россия)

Целью исследования было изучение у больных острым и хроническим гнойным гайморитом эффективности комплекса лечения, включающего лазерную терапию и промывание гайморовой пазухи октенисептом.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 58 больных с острым и обострением хронического гнойного гайморита в возрасте от 31 до 70 лет (средний возраст $52,2 \pm 2,0$ года). Давность возникновения заболевания составила от 2-х до 5-ти суток. Все больные методом рандомизации были разделены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту и клиническим проявлениям заболевания. Исследование проводили открытым сравнительным методом с формированием группы наблюдения и сравнения. Пациенты I и II групп получали равноценную лекарственную терапию и пункционный метод лечения: два промывания полости гайморовых пазух раствором антисептика октенисепта в разведении физиологическим раствором 1:8.

В первую группу вошли 28 больных АГ, которым в лечебный комплекс (наряду с пункционным методом лечения) были включены процедуры лазеротерапии с помощью аппарата «ЛАСТ-ЛОР». Курс лечения состоял из 7-10 ежедневных процедур. Используемый нами лазерный полупроводниковый аппарат «ЛАСТ-ЛОР» специализирован для оториноларингологии. Он позволяет производить воздействие как расфокусированным излучением в красной области спектра, так и в инфракрасной области светового диапазона.

Больным из группы сравнения (30 человек) лазеротерапия назначена не была.

Для оценки эффективности лечения нами была разработана система критериев, включающих оценку динамики выраженности основных жалоб больных, состояния слизистой носа, наличия и характера секрета. Вышеназванные клинические проявления изучались до и после лечения.

Результаты исследования. После проведения физиотерапевтического лечения у большинства больных имело место уменьшение жалоб на насморк, выделения из носа, головные боли и боли в области околоносовых пазух, нормализовалось носовое дыхание, улучшалось состояние слизистой носа. Установлено, что в основной группе улучшение было отмечено уже после 1-2 процедур промывания придаточной пазухи раствором антисептика и 2-3 сеансов лазеротерапии, тогда как в группе сравнения динамика изучаемых параметров оказалась менее значимой. Лазеротерапия хорошо переносилась больными, осложнений не наблюдалось.

Выводы. Комплексный метод лечения, включающий промывание гайморовой пазухи октенисептом с последующей лазеротерапией на кожу в проекции придаточных пазух и слизистую носа у больных острым и обострением хроническим гнойным гайморитом, способствует повышению эффективности лечения и может быть рекомендован для практического применения в амбулаторных условиях.

ЛОКАЛЬНАЯ И ОБЩАЯ ГАЗОВАЯ КРИОТЕРАПИЯ В СПОРТЕ

М.Л. Левин, Л.А. Малькевич, О.А. Ярошевич

ГНУ «Институт тепло- и массообмена им. А.В. Лыкова» НАН Беларуси

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

УЗ Республиканский центр спортивной медицины (Беларусь)

Цель работы: Разработать методики локальной (ЛГКТ) и общей газовой криотерапии (ОГКТ) для повышения физической работоспособности спортсменов высшей квалификации.

Материалы и методы исследования. Для повышения физической работоспособности спортсменов нами предложена методика локального криотерапевтического воздействия на дистальные точки акупунктуры. Эта методика позволяет повысить уровень адаптации к физической нагрузке, тренированности, энергетическое обеспечение, повысить интегральный показатель спортивной формы, улучшить психоэмоциональное состояние спортсменов.

Под наблюдением находились спортсмены высшей квалификации игровых видов спорта. Гендерное соотношение испытуемых: 83 мужчины (средний возраст $24,4 \pm 5,3$ года, индекс массы тела $27,4 \pm 2,3$ кг/м²) и 81 женщина (средний возраст $22,5 \pm 4,1$ года, индекс массы тела $24,41 \pm 2,38$ кг/м²).

Локальная криотерапия проводилась от аппарата «Криоджет С200», производства Германии, газовой струей, которая может омывать поверхность тела с большой скоростью и охлаждать область обдува до $+2$ до -2 °С. При ЛГКТ кожу пациента в области проекции точек акупунктуры охлаждали струей криоагента с расстояния 2 – 4 см от сопла с регулируемой объемной ско-

ростью потока и рабочей температурой до -40 °С, время воздействия 3-4 минуты, ежедневно. Для направления охлаждающего потока по специальному запатентованному авторами алгоритму на дистальные точки акупунктуры конечностей (Хэ-Гу, Цуй-чи 11 G1, Цзу-сан-ли 36 E, Сянь-гу 43 E) на конце воздуховода применяли специальные сопла. Критерием максимальной достаточности явилось появление в области воздействия струи криоагента белого ишемического пятна. Курс ЛГКТ 10 процедур, ежедневно.

Общая криотерапия проводилась от аппарата «КриоСпейс», производства Германии. При ОГКТ спортсменов группами по 2-4 человека с термической защитой ушных раковин, органов дыхания, кистей рук и стоп помещали на 30 секунд в предкамеру установки КриоСпейс, температура в которой составляла -60 °С, затем они переходили в основную камеру с температурой -110 °С на 150-210 секунд в зависимости от индивидуальных особенностей (возраст пациента, размеры тела (рост и масса)). Курс ОГКТ состоял из 10 процедур по 5 процедур в неделю (понедельник – пятница).

Результаты. При использовании ЛГКТ на точки акупунктуры наблюдается тенденция к снижению аэробно-гликолитической мощности и емкости, повышение аэробной мощности, метаболической емкости, увеличение значения метаболического индекса на

6–11%, повышение физической работоспособности по тесту PWC170 на 10–17%. Локальная аэрокриотерапия способствует снижению вязкости цельной крови на 7–10%. При ОГКТ зарегистрировано увеличение значения метаболического индекса на 17–20% и повышение физической работоспособности по тесту PWC170 на 14–28%. Обнаружено, что скорость утилизации лактата при использовании ОГКТ возрастала в 24,4 раза у мужчин и 32,4 раза у женщин в предположении линейной

зависимости изменения концентрации лактата в крови от времени в отсутствие холодового воздействия. Следует отметить, что все процедуры переносились хорошо, побочных эффектов и осложнений не наблюдалось.

Выводы: Курсы локальной и общей газовой криотерапии можно рекомендовать в восстановительный и подготовительный периоды годичного тренировочного цикла спортсменов с целью повышения общей физической работоспособности.

КОРРЕКЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

И.А. Ли, А.Ю. Хайдарова, Т.А. Авазова

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Целью работы является изучение коррекции показателей свертывающей системы и липидного спектра у больных ИБС под влиянием использования НИПИ в комплексном лечении.

Из показателей свертывающей системы крови изучались время свертывания крови, время рекальцификации плазмы, толерантность плазмы к гепарину, концентрация фибриногена и фибринолитическая активность, а из показателей липидного спектра крови общий холестерин (ОХС), α -холестерин и β -холестерин.

Было исследовано 42 больных нестабильной стенокардией (24-прогрессирующая, 10-впервые возникшая и 8-ангиоспастическая стенокардия) в возрасте $58,66 \pm 1,74$ и 20 практически здоровых. 1-группа включала 20 человек, получавшие лазеротерапию на фоне комплексного лечения. 2-ю группу составили 22 больных, получавшие традиционную медикаментозную терапию (β -блокаторы, нитраты, антиагреганты). Лазеротерапия проводилась с помощью аппарата «Нейролаз 001» путем накожного воздействия на поля ежедневно в течение 10

дней. В результате получившего лечения у больных I группы отмечалось достоверное ($p < 0,05$) увеличение времени рекальцификации с $64,4 \pm 2,3$ сек до $79,5 \pm 2,2$ сек и снижение концентрации фибриногена с $4,44 \pm 0,3$ г/л до $3,71 \pm 0,3$ г/л, по остальным показателям также отмечалась тенденция к снижению. Однако при сравнении I и II групп больных имело место более достоверное увеличение времени рекальцификации и снижение фибриногена в I группе.

При анализе липидного спектра крови у больных I и II групп, отмечалось более выраженное уменьшение уровня ОХС, β -холестерина у больных I группы и более достоверное увеличение α -холестерина у больных той же группы.

Выводы: Данные исследования показывают, что применение лазеротерапии в кардиологической практике позволяет существенно улучшить результаты лечения нестабильной стенокардии, снижая свертывающую систему крови и атерогенные липиды.

АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ УЛУЧШЕНИЯ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ

А.В. Лукавенко

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, (Россия)

Цель работы: на теоретическом уровне изучить состояние решения проблемы, связанной с реализацией дифференцированного подхода к первокурсникам с возможностью улучшения их психофизического состояния в процессе физического воспитания в высших учебных заведениях.

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели был осуществлен анализ отечественных источников научной и специально-методической литературы за последние десять лет.

Результаты и выводы:

1. Анализ научной литературы выявил недостаточную разработанность проблемы индивидуализации физического воспитания первокурсников высших учебных заведений медицинского профиля и несоответствие его действующего содержания подходам, принципам, условиям, определенным отраслевой наукой.

2. Действующая программа физического воспитания студентов вузов вообще и первокурсников – будущих медицинских работников не учитывает требования такого важного принципа как дифференциации и индивидуализации содержания этого процесса, суще-

ственно снижает его эффективность в успешном решении различных по содержанию задач.

3. Одним из высокоэффективных критериев дифференциации и индивидуализации содержания физического воспитания студентов вузов является соматический тип конституции. Однако исследования по разработке технологий и методик индивидуализации такого содержания для первокурсников вузов медицинского профиля с различными соматотипами в аспекте решения комплекса важных задач (адаптация к обучению, повышение мотивации к систематическим занятиям физическими упражнениями, улучшение физического состояния, формирования знаний в соответствующих вопросах для реализации в будущей профессиональной деятельности) отсутствуют.

Дальнейшие исследования необходимо направить, прежде всего, на определение представительства различных соматотипов в общей выборке первокурсников вузов медицинского профиля, особенностей проявления, изменения, структуры и взаимосвязей показателей их физического состояния, а также психологических особенностей на этапах учебного года.

ТЕПЛОВИЗИОННАЯ ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ НЕЙРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

В.А. Лукашевич, С.М. Манкевич

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Целью исследования являлось проведение объективизации рефлексотерапии при нейропатии лицевого нерва посредством тепловизионного контроля.

Материалом исследования явились 20 пациентов в возрасте от 24 до 46 лет с клинически установленным диагнозом нейропатии лицевого нерва. Все пациенты проходили курс классической иглорефлексотерапии в количестве 9-15 сеансов. Всем пациентам до начала проведения лечения, в середине терапевтического курса (через 1 неделю), а также после его окончания проводилась термография лица с выделением термоасимметричных зон патологических термопаттернов в виде гиперирритативных областей, характеризующихся повышенным уровнем ИК радиации. Для объективной оценки динамического состояния вегетативно-сосудистой дисфункции использовался коэффициент термоасимметрии высокотемпературных областей (КТА) соответственно вычисляемый как процентное отношение площадей области высокотемпературной радиации здоровой стороны к площади высокотемпературной радиации заинтересованной стороны. При этом КТА₁ регистрируется до проводимой терапии, КТА₂ в середине курса и КТА₃ – по окончании медикаментозного лечения. При проведения термографии использовался тепловизор NEC 9100 (производства USA).

Результаты исследования. При проведении исследования получены следующие результаты КТА высокотемпературных областей Me[UQ/LQ]: 1) до начала лечения - 42,6[50,1/34,5]%; 2) в середине терапевтического курса - 31,4[37,9/21,7]%; 3) после проведенной терапии - 23,2[28,8/15,3]%. При этом статистически достоверно установлено (при $p=0,0001$ по критерию Уилкоксона), что проводимая терапия в течении 1 месяца является эффективной в отношении нормализации вегетативно-сосудистых нарушений, обусловленных прозопагией. Так же достоверно установлено, что вторая половина медикаментозного курса имеет большую клиническую значимость в сравнении с первой половиной, на что указывают соответствующие статистически достоверные различия КТА₁ и КТА₂ – отражающие клиническую динамику первой половины терапии ($p=0,0463$) и КТА₂ и КТА₃ – отражающие клиническую динамику второй половины медикаментозного лечения ($p=0,0128$).

Выводы. Проведенное исследование указывает на клинически обоснованный терапевтический эффект использования рефлексотерапии при лечении вегетативно-трофических нарушений при нейропатии лицевого нерва.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ш.Ш. Магзумова

Ташкентская медицинская академия

Цель работы: изучение особенностей клиники и возможностей реабилитации пожилых пациентов с тревожными расстройствами сосудистого генеза.

Материалы и методы исследования: исследовано 86 пациентов в возрасте 56 – 70 лет с тревожными расстройствами на фоне гипертонической болезни (ГБ), исследование проводилось клиническим, психологическим методами.

Результаты: больные предъявляли массу жалоб на раздражительность, головные боли, плохой сон, повышенную утомляемость и вялость, снижение работоспособности, рассеянность, мнительность, слабодушие и плаксивость, обидчивость. У 56,4% больных при этом преобладал гипостенический вариант астении, у 44,6% – астения с раздражительностью и вспыльчивостью. Для психических проявлений тревоги при ГБ характерны: беспокойство по мелочам, ощущение напряженности и скованности, усиление активности симпатического отдела вегетативной нервной системы (это учащенное сердцебиение и повышение артериального давления, ощущение «кома» в горле, нехватки воздуха, боль в груди, тошнота, понос, боль в животе), неоправданное беспокойство за свое здоровье, жалобы на разнообразные неприятные ощущения в теле, постоянно переоценка тяжести своего состояния, недоверие врачебным заключениям и рекомендациям, явное несоответствие между количеством и серьезностью жалоб пациента и истинным ухудшением состояния его здоровья, а также его чрезмерное внимание к своему здоровью. Больной без необходимости повторно измеряет артериальное давление,

стремится исследовать состояние сосудов головного мозга, глазного дна, часто обращается к врачам разных специальностей и целителям. Больные страдают от кардиофобии, испытывают навязчивый страх смерти, страх высоты, движущегося транспорта, большой толпы. Терапия больных с тревожными состояниями при ГБ, помимо лечения основного заболевания, должна быть направлена на редукцию тревоги. Терапия тревоги должна включать как медикаментозный аспект (доказана эффективность селективных ингибиторов обратного захвата серотонина), так и психологическую реабилитацию пациентов. Чрезвычайно значимо как для больного, так и для врача сохранение в период лечения привычной жизненной активности пациента. Возможно рекомендовать развить новые интересы, стимулировать к деятельности, изучению нового. При общении с такими больными рекомендуется: уважительно обращаться к больному по имени (отчеству); проявлять любовь и душевную теплоту, обнимая больного, если это его не стесняет; внимательно выслушать больного; обращать внимание на невербальные средства общения; избегать негативной критики, споров, конфликтов. Необходимо обсуждение указанных аспектов с семьей и ближайшим окружением пациента.

Выводы: изучение проблем тревожных расстройств при сосудистой патологии головного мозга продолжает оставаться актуальной проблемой современной медицины. Необходимо обучение врачей общей практики особенностям диагностики, лечения и психотерапии

пациентов с сосудистыми заболеваниями головного мозга.

АЛКОГОЛГА ҚАРАМ АЁЛЛАРДА АНТИСОЦИАЛ ХУЛҚ ШАКЛЛАНИШИГА ОЛИБ КЕЛУВЧИ КОНСТИТУЦИОНАЛ-БИОЛОГИК ВА ИЖТИМОЙ ОМИЛЛАРНИ ИНТЕГРАЛ БАҲОЛАШ

Ш.Ш. Магзумова, Г.Д. Тешабаева

Тошкент тиббиёт академияси

Тадқиқот мақсади - алкоголь қарамлиги мавжуд бўлган аёл беморларда антисоциал хулқ шаклланишига олиб келувчи омилларни ўрганиш ва уларнинг интеграл баҳолашини ўтказишдан иборат.

Тадқиқот услуби ва материаллари - текширувдаги бемор аёллар 2009-14 йиллар оралиғида алкогольга қарамлик бўйича даволанганлар. Алкоголга қарамлик ташҳиси КХТ - 10 асосида қўйилган. Умумий текширув гуруҳи асосий ва назорат гуруҳига бўлиб ўрганилган, улар Тошкент шаҳар мажбурий даволаш шифохонасида даволанганлар. Асосий гуруҳ - алкогольга қарам, криминал активликка эга бўлган антисоциал хулқли беморлар, улар ҳуқуқбузарликлар ва қонунбузарликлар содир этган бўлиб, жиноятлари (ўғрилик, наркотик воситаларни ноқонуний равишда сақлаш ва х.к.) юзасидан Қонун бўйича суд тартибида жазоланганлар. Назорат гуруҳи - алкогольга қарам асоциал хулқли беморлар ташкил этиб, улар жиноят даражасига етмаган ҳуқуқбузарликлар содир этганлар (жамиятда қабул қилинган қоидаларга риоя этмасдан асоциал гуруҳларга қўшилган ҳолда талончилик, фирибгарликлар каби ҳуқуқбузарликлар).

Тадқиқот натижалари - алкогольга қарамликда асоциал хулқ шаклланишига олиб келувчи конституцио-

нал-биологик ва ижтимоий омиллар бўйича интеграл баҳолаш (ИБ) (Байеснинг услубига асосланган) ўтказилган. Конституционал-биологик омиллар - туғилгандаги патологиянинг учраши-ИБ=2,42; алкогольга қарамлик бўйича наслий мойиликнинг мавжудлиги - ИБ=1,08; преморбид даврда экзоген патологиялардан БМЖ нинг учраши - ИБ=2,12; алкогольли оилавий муҳити -ИБ=2,33; ўғай ота-она ёки уй-интернатда тарбияланганлиги-ИБ=1,97; вояга етгандаги ноодатий ижтимоий фаолияти -ИБ=1,40; преморбидидаги пассив асоциал ҳаракатлар-ИБ=2,35. Ижтимоий омиллар-квалификациясининг йўқолиши- ИБ=4,04; тугалланмаган олий ва ўрта-маҳсус маълумот-ИБ=2,92; оиласи, ёлғиз ва фуқаролик никоҳида яшаши-ИБ=2,49; муомала доирасининг ноодатийлиги (асоциал) - ИБ=2,11.

Хулосалар: шундай қилиб, алкогольга қарамликда асоциал хулқ келиб чиқишига ва унинг антисоциал хулққа айланишига олиб келувчи ҳавф омилларини интеграл баҳолаш (ИБ) бундай беморлар учун даволаш-реабилитацион дастурларни такомиллаштириш ва шу асосда профилактик чора-тадбирларни амалга оширишга имкон беради.

ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДИСКИНЕЗИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ

Н.Э. Мадаминава, Г.У. Назарова, Т.З. Джумабоев, Ш.Б. Нурдинов, М.Б. Бойкузиева,
Ш.А. Боротова, М.М. Рахматова

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы: Изучение моторно-эвакуаторной способности желчного пузыря у больных стеатозом печени с различной степенью активности воспалительного процесса.

Материалы и методы исследования: Обследованы 80 больные с стеатозом печени с поражением желчного пузыря. С помощью серийной холецистоэхографии определяли сократительную способность желчного пузыря путем оценки изменения его размеров до и после желчегонного завтрака. Измерения производили натощак, а затем каждые 15 минут в течение часа после желчегонного завтрака, в качестве которого использовали 2 яичных желтка (по методу О.С. Антонова 1986 г.). При условии уменьшения площади желчного пузыря на 1/2—2/3 первоначальной, двигательную функцию его расценивали как нормальной; при сокращении желчного пузыря более чем на 2/3 своего первоначального объема-гиперкинетической, при сокращении желчного пузыря менее чем на 1/2 -гипокинетической.

Результаты исследования: Выявлено, гипокинетический тип дискинезии при хроническом гепатите мини-

мальной степени активности у 11 больных, при слабо-выраженной степени активности - у 11, при умеренной степени - у 18 и при высокой степени активности - у 40 больных. Ускоренное опорожнение желчного пузыря после желчегонного завтрака у больных стеатозом печени при минимальной степени активности выявляли у 6 при слабовыраженной степени - у 4 при умеренной активности - у 7 и при высокой активности - у 4 пациентов.

Выводы: Гипокинетический тип дискинезии желчного пузыря чаще отмечается у больных хроническим холециститом с поражением паренхимы печени, и имеет тенденцию к увеличению с повышением активности воспалительного процесса печени, нами доказано точность и чувствительность и экономическая эффективность предложенного способа при лечении больных в условиях стационара и амбулаторно-поликлиническом этапе лечения.

Данный способ диагностики, дискинезии билиарного тракта принято как рационализаторское предложение. Удостоверение №163.

РОЛЬ ФИЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Ф.Ш. Мавлянов, Ю.М.Ахмедов, Ш.Х. Мавлянов, И.А. Ахмеджанов, И.Ю. Ахмедов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: с помощью применения физиотерапии в комплексной терапии улучшить результаты

хирургического лечения гнойных заболеваний мягких тканей и костей у детей.

Материал и методы: на базе кафедры детской хирургии в отделении гнойно-септической хирургии на лечении находилось 596 детей с различными гнойными заболеваниями мягких тканей. Из них с флегмонами различной локализации было 378 больных, псевдофурункулез наблюдался у 154 детей. У 64 больных был парапроктит с различной локализацией. 79 детей было с гематогенным остеомиелитом, из них острая форма была у 47 и хроническая у 32 пациентов. Возраст детей колебался от 2 месяцев до 15 лет.

Результаты: При поступлении в стационар или во время операции у больных производился посев экссудата для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. Течение гнойного процесса контролировалось клиническими и лабораторными данными. При лечении гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей в стадии инфильтрации, а также при гнойном расплавлении после санации очага для купирования явлений воспаления в остром периоде назначали электрическое поле УВЧ, УФ-облучение очага воспаления коротким или интегральным спектром. При этом УФ-облучение способствовало снижению вирулентности инфекционного агента в очаге. Хороший лечебный

эффект после хирургической обработки гнойного очага оказывало – электрическое поле УВЧ в атермической или олиготермической дозе. Для рассасывания инфильтрата нами применялся электрофорез йодида калия или лидазы.

В комплексе хирургического лечения острого гематогенного остеомиелита для уменьшения перифокального отека применяют электрическое поле УВЧ в атермической дозе средними конденсаторными пластинами. При хронических формах местно с целью создания оптимальных условий для регенерации костной ткани назначали аппликации парафина или озокерита.

Выводы: активная комплексная терапия способствовала улучшения результатов лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей и костей у детей. Сочетанное применение хирургического и этиопатогенетического лечения с применением физиотерапевтических процедур в зависимости от вида и стадии воспаления, позволило улучшить эффективность и результаты лечения, сэкономить лекарственные препараты. Использование данного метода позволило сократить срок пребывания в стационаре на 4,3 дня.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

А.Г. Мадашева, У.Д. Дададжанов, К.М. Абдиев, Ф.Х. Маматкулова

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью данного исследования является изучить эффективность лечебного плазмофереза в комплексном лечении больных с системными заболеваниями соединительной ткани.

Материалы и методы исследования: За 2011-2013 годы Самаркандском ОММЦ методом экстракорпоральной очистки крови пролечено 36 больных с системными заболеваниями соединительной ткани. Из них системной красной волчанкой (СКВ)-25 больных, дерматомиозитом-3 больных, системной склеродермией -8. Больные в возрасте от 17 до 45 лет. Средний возраст $27,12 \pm 3,02$. Женщин- 29(76,5%), мужчин- 7(23,5%). Характерно генерализованность процесса, поражения сердца, легких, почек, кожи и суставов. Всем больным проводили исследование гемограммы, иммунного статуса, общего белка и фракции до и после лечения. Мембранный плазмоферез проводили в условиях малой операционной с помощью аппарата «ГЕМОФЕНИКС» Российского производства. Использовались одноразовый фильтр «Роса» с магистральями. Объем удаляемой плазмы 700-800 мл, на каждый сеанс. Три-пять сеансов через день. В

качестве замещающей жидкости использовали 0,9% хлорид натрия по 800,0 мл. Из них 25- больным с СКВ проведена пульса терапия солумедрол (метилпреднизолон) по 0,5-1,0 г/сут, циклофасфан по 800,0г в/в капельно по схеме. Фоновая терапия нестероидные противовоспалительные препараты. 11 больным пульстерапия не была проведена по противопоказаниям.

Результаты исследования: После проведенной комплексной терапии у больных наблюдались снижение активности процесса, явления артрита, кардита, нефрита и поражения кожи. При сочетании лечебного плазмофереза и пульстерапии у больных отмечались уменьшение отеков, явлений почечной недостаточности. Установлено улучшение лабораторных данных: гемограммы, иммунного статуса, общего белка и фракции).

Вывод: в заключении можно отметить, что применение мембранного лечебного плазмофереза в комплексном лечении диффузных заболеваний соединительной ткани значительно улучшает течение и прогноз заболевания.

ЗРИТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Ё.Н. Маджидова, И.К. Абдукадырова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Целью работы явилось изучение клинико-неврологических и клинико-офтальмологических особенностей зрительных расстройств у больных с детским церебральным параличом.

Материал и методы исследования. Под клиническим наблюдением находились 35 больных в возрасте от 2 до 10 лет. В период с 2013 по 2014 гг. получали лечение в отделении детской неврологии 3-й городской детской больницы, а также в РПНДБ имени Курбанова. Для оценки тяжести состояния больных и определения со-

стояния зрительных расстройств у всех больных были проведены клинико-неврологические и клинико-офтальмологические исследования.

Результаты и обсуждения. Нами было обследовано 45 детей, из них 20 мальчиков, 25 девочек, в возрасте от 2 до 10 лет. Анализ этиологических данных выявил, что в 30 (65 %) случаях заболевания было врожденным из-за различных тератогенных факторов (TORCH инфекции, вредные привычки, прием медикаментов, экстрагениальные заболевания матери). В 15 (35%) случаях дет-

ский церебральный паралич развился вследствие постнатальных инфекций. У обследуемых больных были выявлены следующие отклонения: косоглазие - 27 (45%), миопия - 10 (15 %), гиперметропия - 3 (15%), близорукость - 5 (20%), астигматизм - 2 (11%), атрофия зрительного нерва - 4 (10%).

Вывод. По результатам нашего обследования было выявлено, что у преобладающего количества детей с детским церебральным параличом наблюдаются зрительные нарушения. В структуре заболеваний зрительных органов лидируют такие заболевания как косоглазие, миопия и атрофия зрительного нерва.

РОЛЬ СВОЕВРЕМЕННОЙ ПРОТИВООТЕЧНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Ё.Н. Маджидова, Ф.У.Сафарова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Материалы и методы исследования: нами было обследовано 15 детей в возрасте от рождения до 1 года, находящихся в отделении реанимации ГКДБ 3, с диагнозом инфекционно-токсическая энцефалопатия. У больных отмечались по данным нейросонографии признаки гипоксии и ликворно-сосудистой дистензии в виде пульсации и набухание большого родничка, беспокойства, плача с запрокидыванием головы. У 27% детей отмечался судорожный синдром. В невростатусе отмечалось симптомы церебральной возбудимости, повышение тонуса (67 %) повышение сухожильных рефлексов, мраморность кожных покровов, повышенная гипермоторность, спонтанные безусловные рефлексы,

срыгивание. У 34 % больных наблюдался синдром церебральной депрессии: снижение двигательной активности, снижение сосательного рефлекса, снижение тонуса мышц и снижение сухожильных рефлексов. Всем больным проводилось борьба с отеком мозга-дегидратационная терапия, противосудорожные препараты, метаболическая и сосудистая терапия, коррекция ацидоза.

Выводы: своевременная противоотечная терапия, дегидратационная и симптоматическая терапия приводит к заметному положительному результату и улучшает прогноз ППНС.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ОБЩЕСТВЕННАЯ ПАРАДИГМА

Ш.Ф. Мажидов, Д.А. Орипова

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью работы является исследование феномена здорового образа жизни как основополагающего принципа (парадигмы) в обществе. Актуальность настоящего явления диктуется идущими в обществе процессами по воспитанию гармонично развитой личности, одним из главных залогов которого является ведение здорового образа жизни, или жизни без вредных привычек.

В настоящее время в Республике Узбекистан всё большее внимание уделяется здоровью населения, в том числе и здоровью подрастающего поколения. Всё это находит воплощение в различного рода государственных программах по сохранению и укреплению здоровья населения. Кроме того, распространению понятия «здоровый образ жизни» способствует популяризация спорта и физической культуры, в противовес пропаганде вредных привычек, и в частности наиболее распространённой из них – курения.

Курение является одним из факторов, оказывающих отрицательное воздействие на здоровье человека. По последним данным ВОЗ, настоящее время в мире насчитывается более 1,1 млрд. курильщиков, что составляет 1\3 всего населения старше 15 лет. Согласно оценке экспертов ВОЗ, в мире от заболеваний, связанных с курением, ежегодно умирает более 4 млн. человек, и к 2025 году такие потери должны составить уже 10 млн. человек.

Курение можно определить как вид аддиктивного поведения, отличающегося образованием зависимости (психологической и физической), а также нанесением вреда практически всем органам и функциональным системам организма. Особенно большую опасность курение представляет для лиц молодого возраста, в частности подростков, возраст которых представляет собой возраст перехода от детства к взрослой жизни.

В литературе имеется ряд данных о влиянии на курение подростка некоторых его психологических особенностей. Так, эффективная модель образования, со-

гласно которой предполагалось, что рост самоуважения и самооценки приведет к снижению курения, не получила подтверждения на практике. В свою очередь модель жизненных умений, объединившая в себе элементы социально-воздействующего подхода, методы обучения умению принимать решения, разрешать проблемы, самоконтролю и поддержке, а также методы развития большой независимости, самоуважения и уверенности в себе, зарекомендовала себя очень высоко. Данная модель в большей степени уделила внимание помощи подросткам в разрешении проблем разного рода.

Опросы показывают, что ведущими мотивами приобщения к аддиктивному поведению для подростков, которые курят, стали мотив преодоления однообразия (49%) и мотив получения неизведанных ощущений (37%) и для них курение явилось единственным способом преодолеть это однообразие и скуку.

Результаты исследований показывают необходимость учета всех социально-психологических характеристик курения в ходе составления и дальнейшего внедрения программ по профилактике курения у подрастающего поколения. Несомненно, что главным элементом здесь является внесение в их жизнь интересных, безопасных и полезных элементов жизнедеятельности (к примеру, спорт), которое явится одним из профилактических факторов противодействия курения, и соответственно формированию здорового образа жизни как основополагающей парадигмы/принципа жизнедеятельности молодёжи Узбекистана. Здесь большую помощь государству должны оказывать социальные институты, прежде всего образовательные учреждения, средства массовой информации (к примеру посредством социальных роликов и статей), телевидение и кино (через распространение «некурящих» героев), различные общественные движения, политические партии и махалли.

К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕНИИ ВОСТОЧНЫХ ЕДИНОБОРСТВ

Ш.Ф. Мажидов, Д.А. Орипова

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью работы является исследование феномена популяризации восточных единоборств в настоящих условиях республики, их роль и значение для ведения здорового образа жизни, и, в конечном счёте, для воспитания гармонично развитого поколения.

Актуальность определяется той важной ролью, которую единоборства, как имеющие многомиллионную социальную базу, институциональные системы и направления организации массовой жизнедеятельности людей, играют и, несомненно, будут играть в истории человечества и в жизни общества.

Как известно, широкое развитие физической культуры и спорта является одним из приоритетов государственной политики. Свидетельством этому является деятельность созданного за годы независимости специального фонда по развитию детского спорта, активное участие страны на международных спортивных мероприятиях, победы узбекских спортсменов на международных турнирах и состязаниях. Распространение восточных единоборств в независимом Узбекистане, хотя и является по существу ровесником независимости республики, практически сразу получило мощную поддержку в обществе. Причиной этого выступила тяга подрастающего поколения к занятием спортом, распространение фильмов, книг и иного рода информации, о таких единоборствах как карате, ушу, таэквондо, муай-тай и др. Единоборства, являющиеся по сути производной от самых древних родовых типов человеческой деятельности, например, производной от деятельности воинской или военной. Но в то же время, единоборства выступают квинтэссенцией, сосредоточием того творческого, развивающего личность, созидającego начала, которое диалектически противостоит разрушительному, деструктивному в этой деятельности, т.е. они формируют

мируют мощный стимул для становления идеала целостной и жизнеспособной личности. Этот идеал объединяет в себе представления о таких фундаментальных функциях, как стремление к самосовершенствованию, самоконтролю, самозащите от агрессивных и разрушающих воздействий.

Единоборства не только пронесли через всю свою историю неизбывное и инвариантное представление об идеале человеческого совершенства как о единстве совершенства биосоматического, психофизического и духовного, но и предлагают конкретные методологические и методические формы, методы и средства решения подобных задач.

Недостаточно рассматривать единоборства только в качестве составной (хотя и специфической) части современного спорта. Культура единоборств включает самые различные традиции и модели, начиная от ранних религиозно-магических протоединоборств, боевых или воинских древних и средневековых единоборческих систем, до современных спортивных единоборств и единоборческих направлений. Эти последние в силу своего универсализма или в результате тяготения к высокому, почти запредельному уровню мастерства, сближающего единоборства с искусством, не могут удовлетвориться специальными рамками спортивной модели.

Таким образом, восточные единоборства выступают как целостный социальный институт, программа мер и действий по духовному и физическому самосовершенствованию человека, могут являться идейно-практической базой в борьбе с такими общественными явлениями, как алкоголизм и наркомания в контексте развертывания общекультурного потенциала и гуманистических возможностей в условиях независимого Узбекистана.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА

Ё.Н. Маджидова, Д.Д. Усманова

Ташкентский педиатрический медицинский институт,

Цель работы: изучить состояние когнитивных функций у больных с хронической ишемией мозга (ХИМ) I – II стадий гипертонического и атеросклеротического генеза в динамике лечения нивалином.

Материал и методы исследования: в исследованиях участвовали 80 больных ХИМ, находившихся на стационарном лечении в отделениях неврологии городской клинической больницы №6, Центральной Клинической Больницы Государственной Акционерной Железнодорожной Компании «Узбекистон темир йуллари» и семейной поликлинике №56 в 2010-2013 гг. Обследованные больные были разделены на 2 группы. 1 группу составили 40 (50%) больных с ХИМ гипертонического генеза, во 2 группу вошли 40 (50%) больных с ХИМ атеросклеротического генеза. Пациенты обеих групп получали препарат нивалин в дозе 0,5%-1,0 мл в/м в течение 10 дней на фоне базисной терапии. Длительность терапии составила 10 дней. Обследование проводилось до лечения и после 10 дней терапии. В динамике лечения мы оценивали показатели когнитивной сферы по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE), по

таблицам Шульте, с помощью пробы «Запоминание 10 слов» и корректурной пробы Бурдона.

Результаты: В 1 группе показатели умственного состояния по шкале MMSE до лечения выявило сумму баллов равной $23,1 \pm 0,3$, после лечения $26,3 \pm 0,3$ ($P < 0,001$). У больных 2-й группы сумма баллов до лечения составила $20,1 \pm 0,4$, после - $21,3 \pm 0,4$ ($P < 0,05$). Улучшение динамики у больных 1-й группы составило 13,8%, 2-й - 5,9%. По корректурной пробе Бурдона концентрация внимания до лечения у больных 1-й группы равнялась $133,3 \pm 5,6$, устойчивость внимания - $3,5 \pm 0,01$. Концентрация внимания равнялась $255,2 \pm 12,1$ (91,4%), а устойчивость внимания - $4,0 \pm 0,01$ (14,3%) ($P < 0,001$). Во 2 группе концентрация внимания до лечения равнялась $89,0 \pm 10,5$, а устойчивость внимания $3,1 \pm 0,1$. Концентрация внимания увеличилась до $107,3 \pm 9,7$ (20,6%), устойчивость внимания $3,3 \pm 0,1$ (6,5%). Анализ темпа сенсомоторных реакций и внимания по таблицам Шульте показал, что у больных 1-й группы до лечения затраченное время составило $43,8 \pm 0,6$ с., а у больных 2-й группы - $48,5 \pm 1,0$ с. После лечения у больных 1-й группы оно равнялось $33,9 \pm 0,6$ с. ($P < 0,001$), а у больных 2-й группы -

44,4±1,0 с. (P<0,01). У больных 1-й группы динамика улучшения составила 22,6%, 2-й - 8,5%. Далее мы провели пробу на запоминание 10 слов. У больных 1-й группы до лечения кратковременная память равнялась 3,7±0,1, долговременная память 4,9±0,1, а продуктивность запоминания составила 50,5±4,3. После лечения эти показатели равнялись соответственно 6,2±0,1 (P<0,001), 7,7±0,1 (P<0,001) и 76,5±2,39 (P<0,001). У больных 2-й группы до лечения кратковременная память равнялась 5,2±0,1, долговременная память 5,8±0,1, продуктивность запоминания - 65,1±4,2. После лечения кратковременная память увеличилась до 6,2±0,1

(P<0,001), долговременная память до 7,7±0,1 (P<0,001), продуктивность запоминания - до 76,8±2,3 (P<0,01).

Выводы: У пациентов с ХИМ гипертонического генеза наблюдалось улучшение показателей когнитивной сферы по сравнению с пациентами с ХИМ атеросклеротического генеза. Это выражалось в увеличении суммы баллов по шкале MMSE, ускорении темпа сенсомоторных реакций и скорости переключения внимания по таблицам Шульте, улучшении показателей концентрации и устойчивости внимания по корректурной пробе Бурдона, отмечалось улучшение показателей как кратковременной, так и долговременной памяти, а также продуктивности запоминания.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ СКОЛИОЗА У ШКОЛЬНИКОВ

Д.Э. Мазина, К.М. Саломов

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: Изучить частоту встречаемости сколиоза у школьников разных возрастных групп.

Материалы и методы исследования: Нами были обследованы 60 детей общеобразовательной школы Шайхонтаурского района г.Ташкента на предмет выявления сколиоза. 33 ребенка были учениками 1 класса, 27 ученики 6 класса. Из 33 детей 1 класса были 15 девочек и 17 мальчиков, а из 27 детей 6 класса 11 девочек и 16 мальчиков. Мы применяли четырехступенную систему оценки величины искривления позвоночника В.Д. Чаплина. А также оценивали по опросу учеников их занятость физкультурой, спортом и временем, проведенным за компьютером.

Результаты: По результатам наших исследований выяснилось, что в старшей возрастной группе частота сколиоза возрастает в 2 раза, доходя у девочек до 37,5%. Мальчиков же со сколиозом значилось меньше 22,7%. Путем опроса мы выяснили, что среди девочек занимающихся спортом в младшей возрастной группе % со-

ставляет - 73,3%, т.е. 11 девочек из 15. Помимо 40 минутных школьных занятий физкультуры, эти дети посещают дополнительные секции художественной гимнастики и танцы. Среди девочек старшей возрастной группы, занимающихся спортом уже меньше - 36,4%, т.е. 4 девочек из 11 занимаются танцами. Остальные девочки старшей возрастной группы не занимаются спортом и нерегулярно посещают школьные занятия физической культуры. Среди мальчиков младшей возрастной группы 89,5% помимо занятий физкультурой в школе посещают спортивные кружки, секции - гимнастики, бокса, карате. В старшей возрастной группе этот процент несколько ниже - 77,3%. Остальные дети вели сидячий образ жизни.

Таким образом, по результатам опроса и работы с медицинскими данными, выводы подтверждают общую статистику - динамика заболеваемости сколиозом и общего физического состояния подростков положительна.

КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКОЙ АБСАНСНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Х.Н. Максудова, М.А. Мустафулов

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Целью исследования явилось изучение клинко - нейрофизиологических особенностей ДАЭ.

Материал и методы исследования: исследованы 40 больных детей с ДАЭ, пролеченных стационарно в отделении неврологии клиники ТашПМИ и амбулаторно в поликлинике ТашПМИ. Все больные разделены на 3 группы по возрасту: первая от 1 до 3-х лет (7), вторая от 3-х до 7 лет (23) и третья от 7 до 16 лет (10). У всех больных исследованы: клинко - неврологический статус, определение характера приступа с выявлением формы абсанса, рутинная электроэнцефалография (ЭЭГ) и видео-ЭЭГ мониторинг, которое проводилось в медицинском центре «IntermedNeuro».

Результаты и их обсуждение: в результате проведенных исследований выявлена распространенность ДАЭ больше у детей в возрасте от 3 до 7 лет составляя 57%. В клинко-неврологическом статусе детей с ДАЭ

особых патологических изменений во всех 3-х группах не выявлены. При анализе типа абсансов выявлена наиболее частая встречаемость атипичных абсансов во всех группах составляя 4 атипичных и 3 типичных в первой, 13 и 10 во второй, 6 и 4 в третьей группе соответственно. При анализе ЭЭГ в наших исследованиях варианты возрастной нормы наблюдались у 3 (43%) детей 1 группы и у 2 детей 3 группы (20%). Выраженные изменения ЭЭГ данных наблюдались у детей 2 группы выражаясь при записи регистрацией билатерально-синхронных пароксизмов, которые учащались при фотостимуляции на 17%, при гипервентиляции на 45%.

Выводы: 1. ДАЭ встречается чаще у детей от 3-х до 7 лет в виде атипичных сложных абсансов.

2. Видео-ЭЭГ мониторинг выявило у больных с ДАЭ эпилептиформную активность чаще исходящих из лобных и височных отделов коры головного мозга.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ПИРАЦЕТАМ «ИНТЕГРА»

Х.Н. Максудова, Ш.Ш. Дадамухамедова, М.Н. Ханова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: Изучить клиническую эффективность и переносимость препарата Пирацетам 20% по 5 мл в ампулах производства ООО "INTEGRA DD" Узбекистан.

Материалы и методы исследования: в основу исследования были положены данные обследования 40 больных с ДЭ, из них 20 пациентов получали Пирацетам производство ООО "Integra DD" (основная группа) и 20

пациентов Пирацетам ОАО «Борисовский завод», (контрольная группа). Возрастная градация больных составила от 45 до 70 лет. Средний возраст больных с ДЭ составил $55,0 \pm 3,4$ года.

Препараты были назначены на основе проведенных клиническо-неврологических обследований, в процессе которого обращали внимание на жалобы (головная боль, головокружение, снижение памяти и нарушение сна) и анамнез, наличие органической микросимптоматики и умеренных неврологических синдромов, свидетельствующих о наличии ДЭ. Выраженность головных болей и головокружения исследовали по 3х балльной шкале до и после лечения. Также исследовали параметры АД и ЧСС до и после лечения. Из параклинических методов, исследования анализа крови с определением гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов, СОЭ, АЛТ и АСТ и билирубина до и после лечения.

Результаты исследования: после проведенного лечения, препаратами Пирацетам производство ООО «Integra DD» и Пирацетам ОАО «Борисовский завод» выраженность головных болей уменьшились на 20% в основной группе и на 22% в контрольной, а головокружение на 18% и 15% соответственно. В показателях АД и ЧСС особых изменений не наблюдалось в обеих группах. данные анализа крови в обеих группах после лечения остаются в пределах нормы. Побочных эффектов не наблюдалось. При проведении тестов выявлено снижение показателей по тесту на запоминание 10 слов и те-

сту MMSE. При выписке количество жалоб резко снижается: на головную боль и головокружение больные не жалуются, остальные жалобы резко уменьшались (динамика субъективных симптомов до и после лечения составила 50,8%). При проведении тестов после лечения выявлено значительное улучшение показателей по тесту на запоминание 10 слов (динамика показателей до и после лечения составила 27%) и тесту MMSE (динамика 9%).

Закключение: Пирацетам раствор для инъекций ампулы 20% по 5 мл производства ООО «Integra DD» РУз является эффективным нейропротективным препаратом для лечения больных с дисциркуляторной энцефалопатией. Препарат улучшает интегративную деятельность головного мозга, способствует улучшению памяти, оказывает защитное действие при различных формах церебральной гипоксии, облегчает процесс обучения.

Пирацетам раствор для инъекций 20%» ампулы по 5 мл производства ООО «Integra DD» РУз хорошо переносятся пациентами и не вызывает побочных реакций, сопоставим по критериям эффективности и переносимости с препаратом Пирацетам раствор для инъекций 20% производства «Борисовский завод медицинских препаратов», Беларусь и может быть рекомендован в качестве нейропротекторного препарата к широкому применению в медицинской практике Республики Узбекистан.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТом МИОКАРДА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.Э. Маликова, М.Л. Аграновский

Андижанский государственный медицинский институт

Цель: Изучение психопатологических расстройств у больных с инфарктом миокарда с целью реабилитации методом применения средств психопрофилактики в виде фармакотерапии и психотерапии.

Материал и методы: было проведено клинико-психопатологическое обследование больных с острым инфарктом миокарда, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении клиник АГМИ. Психопатологические расстройства были обнаружены у 88 больных (м-57, ж-31), что составляет 75,2% от этого числа.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что наиболее часто встречались следующие расстройства: тревожная мнительность (38 больных, 43,2%) аффективные нарушения невротического круга (28 больных, 31,8%) и кардиофобия (22 больных, 25,0%). Аффективные нарушения невротического круга (31,8%, $p < 0,05$) укладываются в рамки тревожной депрессии или субдепрессивных состояний со сверхценными идеями и уходом в болезнь на фоне соматогенной астении. Ипохондрические расстройства

после перенесенного инфаркта миокарда формируются всегда в структуре астенических и астено-депрессивных состояний с аффективной неустойчивостью, интеллектуальной истощаемостью. Причем, тревожная боязливость, ожидание повторного ангинозного приступа сохраняется длительное время. У этих больных (43,2%, $p < 0,05$) появляются неуверенность в себе, своих силах, повышена мнительность в отношении своего состояния и будущего здоровья. Особую клинику имеет кардиофобия (25,0%, $p < 0,05$). При этом сужаются интересы больного, весь внутренний мир фокусируется в области больного сердца. Эти больные эгоцентричны, бояться малейшего движения, отказываются даже от дыхательной гимнастики.

Выводы: Применение рациональной психотерапии, антидепрессантов группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в сочетании с терапевтическим лечением ускоряет выздоровление больных, уменьшает осложнения в стационаре, предупреждает инвалидизацию, способствует социальной реабилитации больных с инфарктом миокарда.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

А.Э. Маликова, М.Л. Аграновский

Андижанский государственный медицинский институт

Цель: изучение психопатологических расстройств у больных с хроническими нарушениями мозгового кровообращения с целью разработки оптимальных мер реабилитации.

Материал и методы: было проведено клинико-патопсихологическое обследование 83 больных (муж-

чин-50, женщин-33), находившихся на стационарном лечении в геронтологическом отделении Андижанского областного центра охраны психического здоровья в 1999-2000 годах. По возрасту тематические больные распределились следующим образом: до 40 лет – 3, 41-50 лет – 14, 51-60 лет – 18, 61-70 лет – 28, старше 71 лет – 20

пациентов. Все пациенты страдали хроническим расстройством мозгового кровообращения различной степени выраженности, подтвержденным клинико-параклиническими обследованиями – невротатус, МРТ и КТ головного мозга, МР-ангиография.

Результаты: Психические изменения у тематических больных были очень полиморфны: от невротозо- и психопатоподобных состояний (35 больных, 42,2%); острых психозов (16 больных, 19,3%); подострых и хронических психозов (20 больных, 24,1%); до различных синдромов деменции (12 больных, 14,5%), сопровождающихся (5 больных, 6,1%) или не сопровождающихся (7 больных, 8,4%) неврологическими нарушениями. Наиболее удобной в практическом отношении представляется следующая систематика психических расстройств: начальные («непсихотические», невротоподобные, псевдоневрастические) синдромы; различные синдромы сосудистой деменции; психотические синдромы (синдромы экзогенного типа, аффективные, бредовые и др.), которой мы и придерживались.

Клиническая картина личностных изменений определялась преморбидным складом личности, а также

особенностями сосудистого процесса. При этом в течении сосудистого заболевания у всех больных наблюдались утрата тонких нюансов в характере, сглаживание преморбидных особенностей личности.

При прогредиентном течении сосудистого заболевания стойкое общее обеднение психики и симптомы выпадения достигали такой степени, что начальные расстройства стирались и переходили в сосудистую деменцию.

Таким образом, психические расстройства при хронических нарушениях мозгового кровообращения отличаются большой полиморфностью и требуют дифференцированного терапевтического подхода при назначении психотропных средств, а также, в назначении препаратов базовой терапии сосудистых расстройств, особенно на начальных этапах проявления недостаточности мозгового кровообращения с целью устранить, либо минимизировать осложнения, связанные с данной распространенной патологией головного мозга.

ВЛИЯНИЕ ОБЩЕЙ АЭРОКРИОТЕРАПИИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Л.А.Малькевич, М.Л.Левин

*Белорусский государственный медицинский университет,
Институт тепло - и массообмена им. А.В. Лыкова НАН Беларуси*

Цель работы: Оценить влияние общей аэрокриотерапии (ОАКТ) на психоэмоциональное состояние студентов-медиков.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились студенты (добровольцы) с первого по третий курс медицинского университета, в возрастном диапазоне от 18 до 22 лет. Основная группа состояла из 26 человек (юноши и девушки), группа контроля – 15 человек. Из исследования исключались студенты с острыми респираторными заболеваниями. Общая аэрокриотерапия (ОАКТ) – воздействие на все тело человека криогенной газообразной средой в пределах субдеструктивных значений - проводилась с помощью комплекса аэрокриотерапевтического КАЭКТ-01 «КРИОН» производства НПП «Крион» г. Санкт-Петербург, Россия при температуре -130° С - 150° С, экспозиция 60-120-150 секунд, ежедневно, курс лечения 10 процедур. С целью изучения влияния общей аэрокриотерапии на психоэмоциональное состояние студентов до и после курса лечения использовался метод анкетирования с помощью опросников В.В. Бойко (диагностика уровня личностной невротизации, диагностика эмоциональных барьеров в межличностном общении) и Т.И. Балашова (определение уровня депрессии), а также тест САН (самочувствие, активность, настроение).

Результаты. У студентов в клинической картине преобладали: повышенная раздражительность, нарушение сна, работоспособности, эмоциональные стрессы, слабость, недомогание, у студентов с сопутствующей вегето-сосудистой дистонией - нестабильность АД. Про-

веденные исследования показали, что уровень личностной невротизации был повышен у 20 (76,9%) студентов основной группы и у 9 (60%) – группы контроля, у всех студентов выявлены эмоциональные барьеры в межличностном общении (эмоции «на каждый день» осложняли общение между собой). После проведения курса общей аэрокриотерапии все студенты отмечали подъем психоэмоционального состояния, что проявлялось в улучшении сна, настроения, исчезновении тревожности и ажитации, повышении физической активности, наблюдалось снижение уровня личностной невротизации у 18 человек, стабилизация артериального давления. Проблемы во взаимодействии с окружающими людьми уменьшились у 15 человек. Следует отметить, что все процедуры хорошо переносились, не отмечалось побочных эффектов. У студентов с вегето-сосудистой дистонией клинический эффект проявился в стабилизации артериального давления, уменьшении или исчезновении головных болей и болей в области сердца. У больных отмечалась нормализация психоэмоционального состояния, что проявлялось. У больных контрольной группы регресс симптоматики был менее выражен, сохранялось чувство тревожности, наблюдалось снижение фона настроения, уровень АД был менее стабилен.

Таким образом, общая аэрокриотерапия способствует снижению утомляемости, уровня невротизации и депрессии и может применяться для улучшения психоэмоционального состояния студентов.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЬЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

А.М. Мамадалиев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель нашего исследования включает в себе изучение значения реабилитационных особенностей боль-

ных с опухолью головного мозга в послеоперационном периоде.

Нами были изучены 465 оперированных больных в клинике нейрохирургии Самаркандского медицинского института по поводу опухолей головного мозга. Проведенный нами анализ гистологических особенностей больных с опухолями головного мозга, находившихся в период с 2002 по 2013 гг. показал, что наиболее часто встречаются нейроэктодермальные опухоли – у 52,9% больных, второе место занимают опухоли оболочек мозга – у 38,2% больных, в третьем месте опухоли костей черепа – у 4,6% больных, далее холеастомы – у 2,6% больных и невриномы слухового нерва – у 1,7% больных. За последние 13 лет в нашей клинике оперировано 328 больных с первичными опухолями головного мозга и 125 больных рецидивами опухолей. Из числа рецидивов у 102 больных были нейроэктодермальные опухоли, у 23 менингососудистые. Нарушение движения в виде моно-, геми- или тетрапарезов, парезов встречались у 382 больных, нарушение чувствительности – у 241 больного, нарушение сознания – у 167 больных, эпилептические судороги – у 308 больных, речевые расстройства – у 196 больных, психические нарушения – у 147 больных. Важно отметить, что в большинстве случаев из-за локализации опухолей в жизненно важных и труднодоступных областях головного мозга, у больных данной категории наблюдается ухудшение неврологической симптоматики раннем послеоперационном периоде. Для раннего восстановления неврологического дефицита в этом периоде необходимо тщательный уход за больными с активацией моторной, сенсорной, психической и речевой функций. Коматозные больные нуждаются в своевременной поддержке и восстановлении функций сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной

и пищеварительной систем. Обеспечение удобного положения тела для нормальной деятельности сердца, массаж конечностей, щадящий поколачивающий массаж грудной клетки, тщательный туалет рта и верхних дыхательных путей, при необходимости ИВЛ – терапия, трахеостомия, катетеризация и антисептическая обработка мочевого пузыря, зондажное обеспечение энтерального питания, своевременное опорожнение кишечника от фекалий и профилактика пролежней способствовали более ранней реабилитации послеоперационных больных с нарушениями сознания. Эти проведенные реабилитационные мероприятия дополнялись необходимыми медикаментозными средствами после динамической оценки жизненно важных функций и состояния сознания по Московской шкале комы и шкале балльной оценки состояния больных.

Разработанные нами комплексные реабилитационные процедуры, на основании шкалы балльной оценки состояния больных и Московской шкалы комы позволяли раннему восстановлению деятельности не только нервной системы, но и других жизненно важных систем у нейроонкологических больных с различными нарушениями состояния сознания в послеоперационном периоде.

Таким образом, проведение комплексных реабилитационных мероприятий основанных на динамической оценке общего состояния больных по шкале балльной оценки состояния больных и Московской шкале комы дают возможность ранней реабилитации пациентов в послеоперационном периоде и дальнейшей стабилизации жизнеспособности организма в отдаленном периоде.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ УДАЛЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

А.М. Мамадалиев, М.А. Алиев, С.А. Мамадалиева

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью настоящей работы являлась – изучение эффективности реабилитации больных с грыжами межпозвонковых дисков на уровне пояснично-крестцового отдела позвоночника в послеоперационном периоде.

Нами были обследованы 126 оперированных больных по поводу грыж межпозвонковых дисков на уровне пояснично-крестцового отдела позвоночника в период с 2012 по 2013 гг. в клинике нейрохирургии Самаркандского медицинского института. Возраст больных колебался от 16 до 65 лет; из них мужчин было 85 (67,4%) и женщин – 41 (32,6%). Всем пациентам перед операцией были проведены наравне с клинико-неврологическими исследованиями, также магнитно-резонансная томография (МРТ).

У обследованных больных наблюдались различные неврологические нарушения в отдельности или в совокупности: чувствительности, движения, трофики, функций тазовых органов, а также некупируемый болевой синдром на уровне пояснично-крестцовой области иррадиирующий в нижние конечности, которые становились причиной ограничения трудоспособности больных. При МРТ исследованиях были обнаружены грыжи межпозвонковых дисков размерами 5-6 мм у 36 больных (28,6%), 7-8 мм у 58 больных (46%) и более 8 мм у 32 больных (25,4%). У 53 больных (42,1%) грыжи межпозвонковых дисков были определены между пятого поясничного и первого крестцового позвонков, у 45 больных

(35,7%) между четвертого и пятого поясничных позвонков и в остальных случаях (у 28 (22,2%) больных) грыжи были обнаружены в наиболее высших уровнях поясничного отдела позвоночника.

Обследованным больным были произведены минимально инвазивные операции – интерламнарная дискэктомия или дискэктомия с гемиламинэктомией, которые обеспечивали сохранение стабильности пояснично-крестцового отдела позвоночника. Как нам известно, после таких операций требуется ряд мероприятий, которые обеспечивают постепенную реабилитацию больных.

Реабилитация этих больных была осуществлена поэтапно и было направлено на восстановление двигательной, чувствительной и трофической функций, а также функций тазовых органов. С этой целью было рекомендовано ношение временного люмбального или люмботоракального корсета для обеспечения стабильности позвоночного столба и восстановления функций локальных нервных корешков в оперированной области. Больным разрешали вставать на ноги на 3-день после операции и постепенное увеличение расстояния ходьбы ежедневно. Были назначены такие физиотерапевтические процедуры как диадинамические токи, электрофорез, фонофорез, УВЧ для улучшения местного кровообращения и проведения нервных импульсов. Для постепенного восстановления стабильности позво-

ночника больным было рекомендовано долго не находиться в сидячем положении в течении определенного времени, от 1 до 2 месяцев. Всем больным проводили щадящий массаж нижних конечностей с целью восстановления мышечного тонуса и трофики мягких тканей. Этим больным были назначены хондропротекторы, витаминно-минеральный комплекс, антихолинэстеразные средства, метаболики, а также по показаниям нестероидные противовоспалительные средства и антибиотики.

После проведенных нами комплексных реабилитационных мероприятий у оперированных больных по поводу удаления грыж межпозвонкового диска пояснично-крестцового отдела позвоночника отмечались

следующие результаты: у 63 больных хороший результат, у 58 больных удовлетворительный результат и только у 5 больных отмечался неудовлетворительный результат. Здесь нужно учесть то, что больные с неудовлетворительным результатом не соблюдали назначенные нами режим реабилитации.

Таким образом, комплексное применение адекватных реабилитационных мероприятий позволяет раннему восстановлению двигательной, чувствительной и трофической функций пояснично-крестцового отдела спинного мозга у больных, оперированных по поводу удаления грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Х.М. Маматкулов, О.А. Шарипова, Д.Х. Маматкулова, Н.И. Ахмеджанова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: оценка эффективности комплексного методов лечения хронических неспецифических заболеваний лёгких у детей с использованием физических методов лечения.

Материал и методы исследования: нами проведено катamnестическое обследование (срок 4-5 лет и более) 110 больных детей в возрасте 7-14 лет.

Изучались данные анамнеза, клинико-рентгенологических, функциональных и лабораторных исследований, а также социальной адаптации и физической работоспособности. 56 больных детей получала аппаратную физиотерапию (УВЧ, магнито терапию, ИКЛ, электрофорез различных лекарственных средств) и контрольная группа детей 56 больных детей получала лечебную гимнастику, индивидуальные режимы двигательной активности, постуральный дренаж с вибрационным массажем. Занятия лечебной физкультурой назначались индивидуально каждому ребенку с учётом фазы и формы заболевания, возраста и его общего физического развития. Наряду с ЛФК широко применялись аэрозольные ингаляции муколитических препаратов, способствующих разжижению мокроты.

Результаты: как показали наши исследования, применение физических методов лечения на фоне общепринятой терапии оказывало выраженный положительный клинический эффект, было установлено, что с возрастом особенно при регулярном проведении фи-

зиолечения у более чем 2/3 больных наблюдались снижение частоты обострений и меньшая выраженность основных симптомов болезни.

При обострении бронхолегочного процесса на фоне указанных методов проводилась антибактериальная терапия под контролем исследования микрофлоры мокроты и ее чувствительности к антибиотикам. Применялись максимальные возрастные дозы антибиотиков в течение 2-3 недели. Применение физических факторов (УВЧ, ИКЛ, магнитотерапии) при хронических неспецифических заболеваний лёгких у детей по данным клинических, специальных исследований наблюдалось значительное улучшение у 71% больных (в сравнительной группе – у 44%). Положительная динамика клинических симптомов свидетельствовало о стихании обострения, сопровождалась уменьшением обструктивного компонента. Наши исследования показали, что 3/4 больных хроническими заболеваниями легких удовлетворительно адаптированы к социальным условиям.

Таким образом, применение комплексных методов лечения больных детей с хроническими заболеваниями легких у детей с применением физических факторов с учетом специфики их действия исходного состояния организма повышает эффективность лечения у детей, увеличивает резервные возможности аппарата дыхания, улучшает регионарное кровообращение, что ускоряет процесс репарации, улучшает исход заболевания.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ И ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ФАЗЕ РАСПАДА

Н.Т. Маматова, А.А. Ким, С.А. Ходжаева, Д.Н. Аджаблаева

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Изучить эффективность метода ультразвуковой терапии у больных с инфильтративным и диссеминированным туберкулезом в фазе распада.

Материалы и методы. Процедуры проводят в положении больного сидя, в постоянном режиме работы аппарата, по подвижной методике; контактная среда - вазелиновое масло; интенсивность ультразвука - от 0,2 до 0,8 Вт/см². Продолжительность проводимых ежедневно или через день процедур от 2 до 5 мин на поле. Курс лечения 15-20 процедур. При наличии полости распада и вяло текущем процессе рассасывания инфильтрации воздействие ультразвуком проводилось на две зоны: на область, соответствующую проекции ту-

беркулезного процесса на грудную клетку, которая определяется при многоосевом рентгенологическом исследовании и на паравerteбральную зону на стороне поражения.

Результаты и их обсуждение. К концу 2-го месяца после воздействия ультразвука полости распада закрылись у 83 из 139 больных (при инфильтративном туберкулезе у 63 из 113, при диссеминированном - у 20 из 26 больных). Эффективность лечения ультразвуком зависела также от размера полости распада и предшествующей терапии на раннем этапе стационарного лечения. Небольшие полости распада (диаметром до 2 см) закрылись у 66,7 % больных, средние (диаметром 3-4 см) - у

12,9 % больных. После химиотерапии, применявшейся в сочетании с электрическим полем УВЧ (ЭПУВЧ), полости ликвидировались у 95,2 % больных, при сочетании химиотерапии с УЗ-ингаляциями гордокса - у 71,4 %, в случаях проведения только химиотерапии - у 68 % больных.

Выводы. На основании исследований было сделано следующее заключение: ультразвуковая терапия должна проводиться при наличии длительно (более 5-6 мес.) не

заживающей полости распада диаметром не более 2 см на фоне достаточно напряженной антибактериальной терапии. Применение ультразвука значительно повышает эффективность лечения, что выражается в быстром исчезновении симптомов интоксикации, катаральных явлений в легких, рассасывании перифокального воспаления, абациллировании, увеличении частоты закрытия полостей распада и уменьшении остаточных изменений в легких.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОЯСНИЧНОГО РАДИКУЛЯРНОГО СИНДРОМА

Ч.Б. Маматханова

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель работы: Разработать эффективных индивидуальных, а так же общих профилактических и реабилитационных мер при вертеброгенных радикулопатиях, с учетом этиологических и патогенетических факторов повреждений корешков спинномозговых нервов.

Материал и методы исследования: Был проведен анализ 60 клинических случаев вертеброгенных поясничных радикулопатий, с применением инструментальных методов исследования: МРТ, МСКТ и ЭМГ. Среди обследованных, лица мужского и женского пола составили по 30 случаев.

Результаты: Анализ возраста больных показал, что средний возраст обследованных лиц соответствовали наиболее активному в физическом и/или в трудовом плане, возрасту и составил $36,8 \pm 4,4$ лет. Заслуживает внимания и тот факт, что возраст больных мужского пола было на 6,6 лет моложе по сравнению с лицами женского. Такое расхождение в возрастном аспекте указывает, по крайней мере, на два фактора, обладающих разным патогенетическим потенциалом среди лиц мужского и женского пола: 1. Роль внешнего (физического) фактора, эпизодического или постоянного характера, связанного с трудовой деятельностью. Сила данного фактора было значительно выше среди лиц мужского пола ($p=0,01$). 2. Роль внутреннего (обмен кальция, гормонов и ожирение) фактора, значение которого было выше у лиц женского пола. Непосредственное начало признаков радикулопатий на фоне таких обстоятельств, как беременность и родовая деятельность, лактация, эстрогенные сдвиги, ожирение, так же указывают на роль этих факторов в патогенезе повреждения корешков спинномозговых нервов.

Анализ МРТ и МСКТ исследований показал следующие особенности: среди лиц мужского пола наиболее часто выявлялись грыжи межпозвонковых дисков (по убывающей частоте наблюдений L5-S1, L4-L5 и L3-L4), за тем гипертрофия желтой связки и протрузии. Тогда как среди лиц женского пола грыжи выявлялись не столь часто как в случаях с мужчинами, а такие факторы как узость спинномозгового канала, протрузии, явления остеопороза, наличие отека и клинические признаки спинального стаза, выявлялись значительно чаще ($p=0,01$).

Особый интерес представляет анализ конституциональных особенностей обследованных. Так, например, грыжи межпозвонковых дисков чаще имело место среди лиц мужского пола с астеническим вариантом телосложения (63%). Мы выявили у них дефицит общей и мышечной массы, не меньше 15-18%. Тогда, как среди лиц женского пола лица с профицитом массы тело составили большую часть (70%).

Выводы: Патогенетические механизмы радикулопатий у лиц женского и мужского пола имеют принципиальные отличия. Так, для лиц мужского пола в развитии радикулопатий имеет решающее значение влияние внешних физических факторов, особенно на фоне слабо развитого мышечного корсета. А среди лиц женского пола, влияние внутренних факторов и периодов жизни, избыточной массы тело, имеют решающее значения в патогенезе радикулопатий. Учет вышеизложенных факторов поможет заметно улучшить профилактику радикулопатий и оптимизировать реабилитацию больных.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

М.С. Мамбеткаримова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: изучить особенности неврологического статуса и нейросонографических показателей новорожденных у женщин с эпилепсией.

Материалы и методы. В основу проспективного исследования были положены данные 25 беременных женщин с эпилепсией и рожденных от них детей. Всем новорожденным было проведено общепринятое клинико-неврологическое обследование.

Результаты исследования. Согласно полученным данным у 4% женщин с эпилепсией рождались недоношенные дети. В остальных случаях были рождены доношенные дети (96%). Одним из важных методов оценки состояния новорожденных является оценка по шкале Апгар. Так у новорожденных, рожденных от матерей с

эпилепсией средний балл по данной шкале на 1-ой минуте составил $7,8 \pm 0,29$, на 5-ой минуте $8,2 \pm 0,33$. В 14% случаях отмечалось состояние легкой асфиксии, в 2% случаях - средняя тяжесть асфиксии. В остальных случаях 84% асфиксия не наблюдалась. Средний вес доношенных детей составил $3450,2 \pm 153,2$ гр, а недоношенных - $2233,3 \pm 218,3$ гр.

При сравнении показателей перинатальных исходов прослеживается высокая частота рождения новорожденных с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР), поражением ЦНС и другие, особенно в группе женщин с эпилепсией, которые не были под наблюдением соответствующих специалистов. В результате частого развития у беременных с эпилепсией фетопла-

центарной недостаточности (52%) наиболее частыми осложнениями со стороны плода являются: хроническая внутриутробная гипоксия - 40%, синдром ЗВРП — 12%. Гипоксические изменения нервной системы были выявлены у 28% новорожденных, рожденных от матерей с эпилепсией.

Согласно нашим исследованиям у 10 (40%) обследованных детей выявлялись стигмы дизэмбриогенеза: гипертелоризм, короткопалость, гемангиома, низко расположенные ушные раковины, сходящееся косоглазие, паховая грыжа, короткая шея, дефект межпредсердной перегородки.

Среди врожденных пороков развития у 8% новорожденных встречались: расщепление верхней губы и неба, пороки сердца (дефекты межжелудочковой перегородки), дефекты нервной трубки и мочеполовой системы.

Микроаномалии в виде лицевого дизморфизма обнаружены у 4 новорожденных; в единичных случаях

выявлены: дополнительная хорда в предсердии, незаращение межжелудочковой перегородки, папиллома ушной раковины; у 1 новорожденного – сочетание лицевого дизморфизма и гемангиомы (на фоне приема матерью во время беременности вальпроатов 1500 мг/с). Частота микроаномалий у новорожденных составила 10% от всех родивших женщин с эпилепсией.

Таким образом, прием противосудорожных препаратов во время беременности, вероятно, вносит свой вклад в развитие плода и стигм дизэмбриогенеза. Так у 10% новорожденных была зарегистрирована ЗВУР, а у 28% гипоксические изменения нервной системы. У детей, рожденных от матерей, страдающих эпилепсией, имеется больший риск развития соматических мальформаций или аномалий и достигает в наших исследованиях 10%. Врожденные пороки развития встречались у 8% новорожденных.

ВЛИЯНИЕ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЙ МИОРЕЛАКСАЦИИ СЕГМЕНТОВ C₃-Th₈ В ВОДНОЙ СРЕДЕ НА ОПЕРАТИВНОЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СПОРТСМЕНОВ

О.Б. Маметова

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Цель: Изучить влияние паравертебральной миорелаксации на оперативное состояние тонуса паравертебральных мышц в рефлексогенной кардиореспираторной зоне (сегменты C₃-Th₈) и на работоспособность спортсменов с разной направленностью тренировочного процесса.

Материалы и методы: Проведены исследования 60 спортсменов в возрасте 18-25 лет (30 – футболисты и 30 – тяжелоатлеты), имеющих квалификацию от I разряда до Мастера Спорта. У всех спортсменов проводили коррекцию тонуса паравертебральных мышц зоны C₃-Th₈ методом постуральной фиксированной тракции (ПФТ) в бассейне с применением нудла. Для определения физической работоспособности была применена проба PWC₁₇₀. Для функциональной диагностики состояния мезодермальных образований сегментов C₃-Th₈ применяли метод электромионометрии.

Результаты: До сеанса паравертебральной миорелаксации величина ЛМГ у обследованных группы-1 составляла в среднем 36,91±3,22 ед., а у спортсменов группы-2 была существенно больше и составила в среднем 50,43±6,16 ед. После сеанса ПФТ данные величины

были следующие: у спортсменов группы-1 – 25,63±3,71 (p<0,05), у спортсменов группы-2 – 27,12±4,06 (p<0,05). Показатели уровня физической работоспособности до сеанса ПФТ были следующие: у футболистов – 12,11±0,09, а у тяжелоатлетов – 11,93±0,06, после сеанса ПФТ показатели значительно улучшились, соответственно: 14,14±0,08 (p<0,01) и 15,32±0,09 (p<0,01)

Выводы:

1. После сеанса паравертебральной миорелаксации было обнаружено существенное снижение выраженности гипертонусов в сегментах C₃-Th₈ у спортсменов в обеих группах.

2. Гармонизация тонуса паравертебральных мышц в области рефлекторных зон кардио-респираторной системы приводит к увеличению аэробной работоспособности у всех спортсменов.

3. Прирост относительной аэробной работоспособности пропорционален величине снижения паравертебрального мышечного гипертонуса в сегментах C₃-Th₈ до уровня физиологической нормы в фоновом состоянии (коэффициент корреляции 0,57), независимо от направленности тренировочного процесса спортсменов.

МАГНИТОЛАЗЕРОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ И ФАРМАКОАКУПУНКТУРА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ТУННЕЛЬНОЙ НЕВРОПАТИЕЙ СРЕДИННОГО НЕРВА

С.М. Манкевич, А.П. Сиваков, В.А. Лукашевич, Л.В. Подсадчик, Т.И. Грекова

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Цель - изучить эффективность лечения КИТН срединного нерва комбинированным методом магнитолазерной рефлексотерапии (МЛРТ): лазеропунктуры и надвенозного магнитолазерного облучения крови в комплексе с фармакоакупунктурой.

Материалы и методы. 30 пациентам с диагнозом КИТН проводилась комбинированная МЛРТ: надвенозное магнитолазерное облучение крови (НЛОК) и лазеропунктура с использованием корпоральных и аурикулярных точек. Лечение осуществлялось терапевтическим лазерным аппаратом «Родник-1». Облучение крови выполнялось в течение 7-15 минут над кубитальной веной (чередовались правая и левая через день) излуча-

телем непрерывного инфракрасного лазера с длиной волны 0,78± 0,02 мкм мощностью 20 мВт с магнитной насадкой (магнитная индукция не менее 50 мТл) для надвенозного воздействия. Лазеропунктура проводилась излучателем непрерывного красного лазера с длиной волны 0,67± 0,02 мкм мощностью 20 мВт с насадкой для лазеропунктуры с экспозицией 25-30 секунд на проксимальные точки акупунктуры (ТА) противоболевой и вегетативной направленности (GI₄, TR₅, E₃₆, VB₃₄, RP₆), точки воротниковой зоны сегментарного уровня симметрично или на стороне поражения (VG₁₃, I₄, V₁₁, IG₁₄, IG₁₅, GI₁₅, GI₁₆, VB₂₁, TR₁₅). Воздействие в зоне n.medianus начинали со здоровой, конечно-

сти с дистальных точек с мягким седативным действием (МС5, МС6, Р5, Р7), со2-3сеанса переходили на сторону поражения (МС4, МС5, МС6, Р5, Р6, Р7, Р9). Воздействие на аурикулярные точки (13, 26а, 25, 28, 34, 51, 55) проводили с экспозицией 10секунд. Суммарное время воздействия лазеропунктуры на корпоральные точки – до 3-4 минут и не более 1 минуты – на аурикулярные. В точки акупунктуры паретичных мышц (Р6, 10, МС 4,8) проводили фармакоакупунктуру (1мл 1% раствора нейромедина) по 0,5 мл в точку через 1-2 дня, всего 6 инъекций. Курс комбинированного лечения МЛР и фармакоакупунктуры составлял 10-12 дней. Пациентам до и после лечения проводилась стимуляционная электронейромиография (ЭНМГ), позволяющая определить степень поражения функции нерва, а также степень восстановления на фоне проводимого лечения.

Результаты исследования. Ведущим клиническим признаком поражения срединного нерва у наблюдаемых пациентов являлся болевой синдром (100%)с симп-

томами как ноцицептивной, так и нейропатической боли («смешанная боль»). Интенсивность боли варьировала от слабой до невыносимой и в среднем составила по ВАШ 7,0±3,0 баллов. Данные ВАШ после окончания лечения выявили снижение интенсивности болевого синдрома на 64,2% и составляли в среднем 4,5±1,5баллов. По данным ЭНМГ отмечалось нарастание амплитуды М-ответа (от 3,2 ± 0,8 до 4,8 ± 1,2) и скорости сенсорного проведения возбуждения по нерву (от 44 ± 3,7 до 50 ± 2,1), соответственно на 50 и 14%. Двигательные нарушения (парез радиальных сгибателей кисти) уменьшились на 59%.

Выводы. Комбинированная магнитолазерная рефлексотерапия - сочетанное применение ПМП, НИЛИ и фармакоакупунктуры носит характер синергически-резонансного воздействия и является высоко эффективным методом реабилитации при компрессионно-ишемической туннельной невропатии срединного нерва.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРИГИНАЛЬНОГО ПРОТИВОСУДОРОЖНОГО ПРЕПАРАТА КАРБАМАЗЕПИНА У БОЛЬНЫХ С КОМПУЛЬСИВНЫМ ВЛЕЧЕНИЕМ К НИКОТИНУ

С.А. Маннабов

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: Изучена клиническая эффективность противосудорожного препарата карbamазепина в терапии больных табачной зависимостью и уровень нейтроактивного гормона кортизола у этих пациентов под влиянием проводимой терапии.

Материалы и методы исследования: исследовано 68 пациентов - мужчин в возрасте от 23 до 52 лет, страдающих табачной зависимостью 2-й стадии, находившихся на лечении в городском наркологическом диспансере г.Ташкента. Диагноз табачной зависимости поставлен по МКБ-10: F17.242. Карbamазепин назначали в дозировке 800 мг в сутки в течение 21 дня. Уровень кортизола в плазме крови определялся стандартным методом иммуноферментного анализа. Контрольную группу составили 20 мужчин с табачной зависимостью 2 стадии, не проходивших лечение карbamазепином.

Результаты: у мужчин обеих групп отмечались симптомы органического поражения головного мозга в виде астенических расстройств, лабильности настроения, аффективных вспышек, вегетативной нестабильности, расстройств сна. Применение карbamазепина при осложненных формах табачной зависимости у больных с коморбидным органическим поражением головного мозга вызвало редукцию симптомов, характерных для синдрома отмены никотина, а также некоторую стабилизацию настроения, нормализацию сна,

улучшение общего самочувствия. Это связано с вегетостабилизирующим эффектом карbamазепина, существенным компонентом которого является его симпатиколитическое действие с нормализацией ритма сердечных сокращений и снижением повышенного артериального давления у 63% больных.

Уровень кортизола в плазме крови у больных алкоголизмом до лечения составил 661,31±108,27* нм/л (p<0,05) по сравнению с контрольной группой - 491,59±68,23 нм/л. После применения терапии карbamазепином в течение 21 дня (800 мг в сутки) уровень кортизола у обследуемых больных составил 478,52±77,13 нм/л. Уровень кортизола у обследуемых пациентов, страдающих табачной зависимостью, был достоверно повышен. Применение карbamазепина достоверно снижало содержание кортизола в плазме крови у пациентов.

Выводы: Применение карbamазепина у больных табачной зависимостью на 2 стадии позволяет преодолеть симптомы, связанные с отменой никотина, а также способствует смягчению симптомов органического поражения головного мозга. Эффект карbamазепина может быть обусловлен регуляторным влиянием на нейроэндокринную реактивность гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы.

ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ТАБАКА

С.А. Маннабов

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: выявление особенностей характера женщин с табачной зависимостью и психологических факторов риска развития этого заболевания.

Материал и методы исследования: обследовано 33 женщины в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст 41,8±4,3) с синдромом табачной зависимости и с различными особенностями характера, госпитализированные в стационар Республиканского наркологического центра (с курением в анамнезе) с наличием акцентуи-

рованных черт характера и темперамента. Обследование пациенток проводилось после купирования острой никотиновой интоксикации. Использованные методы: клинико-anamnestический метод - структурированное интервью по разработанной клинико-психопатологической карте; психометрический метод с помощью методик: многофакторный личностный опросник - MMPI; пятифакторный личностный опросник - «большая пятерка»; опросник Клонингера для определения

темперамента и характера – ТСИ; тест смысловых ориентаций – СЖО; тест уровень субъективного контроля – УСК; методика диагностики акцентуаций характера Леонгарда-Шмишека, тест для измерения уровня интеллектуального развития Векслера.

Результаты исследования: Были выделены следующие подгруппы: с преимущественным наличием циклоидных, гипертимных, истероидных или лабильных черт. В анализируемой выборке не встречались пациентки с астено-невротическими или шизоидными чертами характера. В обследуемой группе определен средний уровень интеллекта и обнаружена тенденция к хорошей норме (по тесту Векслера). При исследовании эмоционально-волевой сферы и личностных особенностей с помощью опросника ММРІ установлено следующее: усредненный личностный профиль характеризуется высокими пиками по шкалам «импульсивность», «ригидность» и «оптимистичность» на фоне низких значений по шкалам «интроверсия» и «сверхконтроль». Данные этого теста в общей массе коррелируют со шкалой «экспрессивность-практичность» опросника «большая пятёрка». По опроснику ТСИ показано, что у обследованных женщин наблюдается связь факторов «импульсивности/поиска новизны» и «нейротизма/негативной эмоциональности» с состоянием табачной зависимости. Зарегистрированы также низкие показатели по фактору «настойчивость», что указывает на пониженную стойкость к фрустрации и утомлению. По

тесту СЖО наблюдается низкая оценка женщинами пройденного отрезка жизни, то есть неудовлетворенность прожитой частью жизни и самореализацией, они также испытывают неудовлетворенность своей жизнью в настоящем, не воспринимают процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом. Они не верят в возможность контролировать события собственной жизни. По тесту УСК выделяется преимущественно экстернальный тип локализации субъективного контроля, пациентки в основном полагают, что происходящие с ними события являются результатом действия внешних сил, случая, судьбы или влияния других людей, особенно в области неудач, в производственных отношениях и семейных отношениях, они склонны приписывать ответственность другим людям или считают эти события результатом невезения, считают не себя, а своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в их семьях.

Выводы: Детальное изучение личности зависимых от табака женщин позволяет выявлять особенности акцентуаций характера и темперамента, «места наименьшего сопротивления» в их характере, которые можно связать с развитием табачной зависимости и мотивами злоупотребления им. Это необходимо для оценки риска возникновения зависимого поведения, выявления особенностей клиники и прогноза исходов табачной зависимости у данной группы пациентов.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТАВА ТЕЛА У СТУДЕНТОВ ПРИ ИНДИВИДУАЛЬНОМ ПОСТРОЕНИИ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВ ОФК

Т.В. Маринич, В.В. Маринич, В.А. Лукьянович

Полесский государственный университет (Беларусь)

Цель исследования: на основании оценки морфологических (компоненты состава тела), психофизиологических (сила НС, подвижность нервных процессов) показателей и личностных особенностей студентов «не физкультурных» специальностей разработать методику оздоровительной аэробики для коррекции избыточной массы и повышения адаптационного резерва организма.

Методы и организация исследования. В исследовании принимали участие 28 студентов, обучающихся на 1-3 курсах факультетов «не физкультурных» специальностей. Экспериментальную группу (ЭГ) составили 15 студентов, контрольную группу (КГ) – 13. Группы комплектовались из студентов, имеющих индекс массы тела более 25 кг/м². Исследование проводилось с использованием теста Люшера, индивидуально-типологического опросника и тестинг-теста. Студенты с высоким уровнем экстраверсии и лабильности были отнесены к группе, занимающейся степ-аэробикой, которая отличается высокой эмоциональностью, быстрой сменой двигательных действий, а также возможностью импровизации. Занимающиеся с ярко выраженными интроверсией, ригидностью, тревожностью были отнесены к группе тай-бо-аэробики, которая характеризуется более высоким физическим и психическим напряжением, необходимостью более точно выполнять двигательные задания.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что студенты экспериментальных и контрольной групп до эксперимента имели избыточную массу тела. ИМТ во всех группах превышал значение

25,0 кг/м². Значения фазового угла, являющегося показателем уровня общей работоспособности и интенсивности обмена веществ у 33 % занимающихся ЭГ, а также у 38 % занимающихся КГ находились ниже нормальных значений. После эксперимента масса тела, окружности талии и бедер студенток во всех группах уменьшились. Однако в экспериментальных группах наблюдались более заметные изменения, чем в контрольной. Так, масса тела в ЭГ снизилась на 3,31 %, в то время, как в контрольной на 0,55%. У студентов ЭГ, занимающихся по программе тай-бо-аэробики, доля жировой массы снизилась в меньшей степени, а доля скелетно-мышечной массы увеличилась в большей степени, чем у студентов ЭГ, занимающейся по программе степ-аэробики. У занимающихся контрольной группы увеличился уровень тревожности и возбудимости.

Выводы. В результате применения разработанной методики оздоровительной аэробики были выявлены качественные изменения антропометрических показателей и показателей состава тела занимающихся экспериментальных групп, что свидетельствует об эффективности применяемой методики.

При этом, учет психологических и психофизиологических показателей занимающихся экспериментальных групп при разработке методики и проведении занятий позволил максимально индивидуализировать тренировочный процесс, что, в свою очередь, содействовало улучшению состояния эмоционально-волевой сферы занимающихся в ЭГ по сравнению с занимающимися КГ.

ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ-ПОДРОСТКОВ (ГРЕБЛЯ НА БАЙДАРКАХ И КАНОЭ) КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФЕНОТИП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

В.В. Маринич, Ю.Л. Мизерницкий, В.В. Шантарович, Е.Г. Каллаур

Полесский государственный университет, Пинск, Республика Беларусь

Научно-Исследовательский Клинический Институт Педиатрии РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Управление национальных команд Министерства спорта и туризма Республики Беларусь

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие спортсмены юниоры по гребле на байдарках и каноэ. Всего обследовано 16 человек, из них 10 юношей, 8 девушек в возрасте 14-16 лет. Исследование проводилось 4-хкратно: утром натощак, после разминки (в режиме аэробной нагрузки), после выполнения тренировочной дистанции (в режиме субмаксимальной анаэробной нагрузки), в периоде раннего восстановления с использованием портативного электрохимического NO-анализатора («NObreath», Bedfont Scientific Ltd.).

Результаты. Средний уровень NOex в покое составил $12,3 \pm 0,9$ ppb, после разминки - $25,2 \pm 0,9$, при нарастании интенсивности физической нагрузки - $14,3 \pm 0,4$, в периоде восстановления - $18,9 \pm 0,6$. Достоверных гендерных различий в показателях не выявлено.

При нарастании физической нагрузки отмечается достоверное увеличение продукции NO, при восстановлении - сохранение гиперпродукции оксида азота с выдыхаемым воздухом. Однако следует отметить, что у нескольких обследованных спортсменов получены высокие значения NOex, как в покое, так и при выполнении тренировочной нагрузки ($35-29-22-56$ ppb, $42-41-46-25$ ppb, $51-41-41-18$ ppb соответственно) по сравнению с остальными обследованными. Данная динамика отра-

жает колебание NOex в области патологических значений, вероятно ассоциированных с аллергическим воспалением. При оценке ФВД у данных пациентов не было отмечено диагностически значимого снижения показателей ОФВ1, МОС25-75 в динамике физической нагрузки.

Выводы. Проведенный однократный скрининг динамики изменений концентрации оксида азота в выдыхаемом воздухе при нарастании интенсивности физической нагрузки у спортсменов выявил волнообразную динамику продукции NO, достоверно связанную с интенсивностью анаэробной работы. Повышение значений NO у них выше 20 ppb у отдельных спортсменов свидетельствуют о возможном риске гиперпродукции данного биологического маркера на фоне субклинически протекающего аллергического воспаления в респираторном тракте. Отсутствие значимого падения ОФВ1 у обследованных спортсменов свидетельствует о достаточной степени компенсаторных изменений и высоком респираторном потенциале атлетов, тренирующих качество выносливости. Выявленные пациенты со средним и высоким уровнем продукции оксида азота должны быть отнесены в группу высокого риска формирования бронхиальной астмы.

АНАЛИЗ ИММУНОТРОПНОСТИ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ

Н.В. Матвеева, О.Б. Матвеев, А.В. Матвеев

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Цель работы: Анализ изменений, возникающих при проведении пелоидотерапии разной продолжительности воздействия.

Материалы и методы: Использовалась стандартная иловая сульфидная грязь Сакского озера. Пелоидотерапия производилась в виде аппликаций по типу «перчаток», курсом 10 процедур, температура грязи соответствовала 38°C при продолжительности воздействия - 15 минут (контрольная группа - 10 человек), 30 минут (1-я опытная группа - 15 человек) и 60 минут (2-я опытная группа - 15 человек). Во всех группах с участием волонтеров (волонтерами являлись студенты Крымского медицинского университета обоего пола в возрасте 18-25 лет), исследовали цитологические показатели периферической крови, применяя стандартную клиническую методику проведения общего анализа крови (ОАК), иммуноферментным методом (StatFax 2100, США) определяли концентрацию α -ФНО и уровни стресс-ассоциированных гормонов: кортизола и АКТГ.

Результаты: Установлено, что при продолжительности экспозиции грязи в течение 15 минут курсом 10 процедур, изменений показателей периферической крови, по сравнению с контролем, выявлено не было. При продолжительности экспозиции грязи 30 минут были получены недостоверные данные. После проведения курса пелоидотерапии продолжительностью 60 минут количество лейкоцитов, по сравнению с показателями контрольной группы, увеличилось:

$7,86 \pm 1,13 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$). При изучении лейкоцитарной формулы мы отметили достоверный сдвиг формулы влево - палочкоядерные нейтрофилы - $4,37 \pm 1,94\%$ ($p < 0,05$), лимфопения $34,37 \pm 2,95\%$ ($p < 0,05$) и небольшая эозинофилия - $2,93 \pm 0,29\%$ ($p < 0,05$). После курса грязевых аппликаций, продолжительностью воздействия 15 и 30 минут, достоверного изменения показателей, определяемых иммуноферментным методом, по сравнению с контролем не наблюдалось. Во второй опытной группе волонтеров, после проведения курса пелоидотерапии продолжительностью 60 минут, концентрация кортизола достоверно увеличилась - $362,1 \pm 14,49$ нмоль/л, в контрольной группе - $335,3 \pm 8,42$ нмоль/л, на фоне возрастания концентрации АКТГ в опытной группе - $26,71 \pm 1,16$ пг/мл, в контроле - $23,28 \pm 1,17$ пг/мл. Отмечалось также достоверное повышение уровня α -ФНО - $1,06 \pm 0,07$ пг/мл по сравнению с контролем $0,51 \pm 0,02$ пг/мл.

Выводы: Полученные результаты, позволяют говорить о том, что грязевые аппликации вызывают комплексные изменения в состоянии организма, которые развиваются при участии стресс-лимитирующих механизмов. Проведенные нами исследования позволили установить корреляцию длительности экспозиции лечебных грязей, их эффективности и уровней иммунобиохимических и морфофункциональных показателей, что позволяет контролировать терапевтическое воздействие пелоидотерапии на организм пациентов.

УМУРТҚАЛАРАРО ДИСК ЧУРРАЛАРИНИ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ВА МЕДИКАМЕНТОЗ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ КЛИНИК - НЕВРОЛОГИК УСУЛЛАР БИЛАН БАХОЛАШ

М.О. Матёкубов

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ишдан мақсад: умуртқалараро диск чуррасини даволашда медикаментоз даво билан бирга иглорефлексотерапия қўлланилишининг самарадорлигини ўрганиш.

Материал ва услублар: умуртқалараро диск чурраси билан касалланган 34-65 яшар 36 бемор кузатилди (16 эркак ва 20 аёл). Касаллик давомийлиги 2 (5,5%) та беморда 3 ойгача, 3 (8,3%) та беморда 3 ойдан 6 ойгача, 3 (8,3%) та беморда 6 ойдан 12 ойгача, 20 (55,5%) та беморда 1 йилдан 5 йилгача, 8 (22,2%) та беморда 5 йилдан 10 йилгача. Касаллиқнинг сўнгги қўзиш давомийлиги ўртача 10 кундан 2 ойгача. Шундан 25 (69,4%) та фақат рефлексор синдром- люмбалгия, люмбаишиалгияси бор беморлар; 11 (30,6%) таси компрессион радикулопатияли беморлар.

Беморлар икки гуруҳга бўлиб даволанди; 1-гуруҳга фақат медикаментоз даволанган 18 (50%) та бемор, 2-гуруҳга медикаментоз даво билан бирга иглорефлексотерапия орқали даволанган 18 (50%) та бемор кирди. Беморларнинг неврологик статуслари текширилди ва клиник ўзгаришлар даволаниш давомида кузатиб турилди. Даволаш самарадорлигини аниқлашда асосан

Лассег симптомидан фойдаланилди: оёқ ва белдаги оғриқ кўтарганда 45⁰ гача пайдо бўлса мусбат, 45⁰ дан кейин пайдо бўлса кучсиз мусбат деб қабул қилинди. Бундан ташқари Вассерман, Мацкевич, Дежери, Нери тортилиш симптомлари ҳам текшириб борилди.

Игна санчиб даволаш тормозланиш вариантида ўтказилди.

Бир сеансга 4-8 биологик фаол нуқта олинди, даволаниш курси 10 сеансда ўтказилди.

Натижа ва таҳлит: Клиник аҳволнинг яхшиланиши даволашнинг 3-4 куни фақат медикаментоз даволанган беморлардан 8 (44,4%) тасида, медикаментоз даво билан бирга иглорефлексотерапия орқали даволанган беморлардан 10 (55,6%) тасида кузатилди. Даволашнинг 5-6 куни фақат медикаментоз даволанган беморлардан 14 (77,8%) тасида, медикаментоз даво билан бирга иглорефлексотерапия орқали даволанган беморлардан 17 (94,4%) тасида кузатилди.

Хулоса: Шундай қилиб умуртқалараро диск чуррасини даволашда иглорефлексотерапияни медикаментоз даво билан бирга қўллаш даволаш самарадорлигини оширади.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ И НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

М.М. Матлубов, А.А. Семенихин, О.В. Ким

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования. Определение эффективности медикаментозной поддержки сердечно-сосудистой системы больных с ожирением и НК после абдоминального родоразрешения.

Материал и методы исследования. В исследование включены результаты комплексного обследования 32 женщины с ожирением 2-3 ст в возрасте от 25 до 32 лет перенесших абдоминальное родоразрешение. У всех пациентов имело место НК (II, III ФК по NYHA), которая расценена нами как следствие кардиопатии ожирения. Диагноз НК устанавливали кардиологи после соответствующих клинико-функциональных исследований. Помимо ожирения и НК у 9 пациенток имела место преэклампсия легкой степени, у 16 - фетоплацентарная недостаточность, у 6 - бронхо-легочная патология, у 6 - ИБС.

Всем пациентам выполняли стандартные клинические исследования, включающие в себя сбор жалоб, данные анамнеза, клинико-лабораторно-биохимические исследования, ЭКГ. Центральную гемодинамику изучали методом интегральной реографии по М.И. Тищенко. Рассчитывали разовую (УИ) и минутную производительность сердца (СИ), коэффициент резерва (КР), удельное периферическое сосудистое сопротивление (УПСС). Среднее динамическое давление (СДД), частоту сердечных сокращений контролировали монитором Schiller-argus (Швеция). О функциональном состоянии почек и периферического кровообращения судили по диурезу, который рассчитывали из суточного количества выделенной мочи. Сохранность адаптационно-приспособительных возможностей сердечно-сосудистой системы оценивали по результатам 6 минутной шаговой пробы и пробы с задержкой дыхания.

Проводилась комплексная медикаментозная терапия, включавшая сочетание метаболической поддержки миокарда (Инозие-Ф 400 мг, панангин 10 мл) с применением β-адреноблокаторов пролонгированного действия – метопрололом сукцинатом (12,5-100 мг × 1 раз в сутки) или бисопрололом (1,25-10 мг × 1 раз в сутки), низкомолекулярного гепарина (эноксапарин 40 мг каждые 12 ч). При признаках застоя в малом круге кровообращения назначали торасемид (5-20 мг). Также с целью профилактики ДВС-синдрома и предупреждения развития неблагоприятных влияний, связанных с применением низкомолекулярного гепарина назначали фолиевую кислоту в дозе 5 мг в сутки.

Результаты. Исследования, проведенные после курса метаболической поддержки миокарда показали незначительное улучшение общего состояния беременных – исчезновение акроцианоза губ, уменьшение выраженности одышки сердцебиения после физической нагрузки.

УИ в покое увеличился на 25,8 %, СИ – на 18,8 % и составил 2,65±0,11 л/м²/мин, УПСС снизилось на 19,1 %, составляя 1098,6±44,2 дин×с/см⁵/м², что свидетельствует о переходе гипокинетического режима кровообращения в эукинетический. Регистрировали также достоверное урежение ЧСС и ЧД, повышение КР с 0,69±0,05 до 0,82±0,03 усл. ед, четкую тенденцию к снижению СДД. Часовой диурез увеличился на 40,7 %, составляя 0,76±0,05 мл/кг/час, что свидетельствует об улучшении периферического кровотока и функции почек в целом.

Обращает на себя внимание улучшение результатов функциональных проб, наглядно свидетельствующих об увеличении коронарных резервов.

Таким образом, применение медикаментозной поддержки сердечно-сосудистой системы больных с ожирением и НК после абдоминального родоразрешения

уменьшает проявления НК, повышает коронарные резервы, тем самым снижая сроки послеоперационной реабилитации.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ

Д.Э. Махкамова, Д.Х. Хаджаева, А.Ю. Юлдашев

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: Исходя из вышеизложенного, мы поставили перед собой цель изучить состояние микрофлоры полости рта и неспецифических факторов защиты у детей с острым герпетическим стоматитом. Наряду с микробиологическими исследованиями у больных изучали иммунологические показатели.

Материал и методы исследования: Для определения фагоцитарной активности нейтрофилов в слюне ее забор и обработку осуществляли по методу М.А. Темурбаева. Отобранную слюну очищали, промывали забуференным раствором и центрифугировали при 1500 оборотах в минуту в течение 10 минут, надосадочную жидкость сливали, а к осадку добавляли 0,5 мл физиологического раствора. К 0,1 мл полученной лейкоцези в пробирку добавляли 0,05 мл микробной взвеси суточной культуры *Staphylococcus aureus* (штамм 13) в концентрации 0,5 млрд. микробных тел/мл. Пробирки с реактивной смесью встряхивали и помещали в термостат при 37°C на 30 минут. После инкубации пробирки вновь встряхивали и готовили мазки, которые фиксировали смесью Никифорова 20 мин, а затем окрашивали по Романовскому - Гимзе. Затем под микроскопом определяли фагоцитарный показатель.

Результаты: Многочисленными исследованиями доказано, что в подавляющем большинстве случаев патологические процессы в полости рта сопровождаются дисбиотическими изменениями в микрофлоре ротовой жидкости, что, в свою очередь, приводит к нарушению состояния показателя системы иммунитета. Учитывая ассоциативный характер «микробного пейзажа» при различных процессах в полости рта, закономерно воз-

никает вопрос о роли отдельных представителей микрофлоры в развитии и течении заболевания. Выяснить это нам поможет изучение количественного и качественного соотношения отдельных представителей микробной флоры. Одним из существенных отличий флоры детей от таковой у взрослых является постоянное наличие эшерихий и возрастание более чем в 2 раза количества грибов рода *Candida*. Видимо, это закономерный эволюционный процесс, характерный для детского организма.

Необходимо отметить, что сдвиги оказывают определенное влияние на течение основного заболевания, которое приводит к появлению осложнений в виде наложения вторичных инфекций.

Больных детей, страдающих острым герпетическим стоматитом, в полости рта развивается дисбиотическое состояние, характерной особенностью которого является существенное увеличение количества стафилококков, эшерихий и грибов рода *Candida*.

У детей с острым герпетическим стоматитом в ротовой жидкости отмечается иммунодефицит, характерной особенностью которого является достоверное снижение уровня лизоцима, секреторного иммуноглобулина класса А и показателя фагоцитоза.

Выводы: Основываясь на проведенных исследованиях, можно заключить, что у детей с острым герпетическим стоматитом в полости рта происходит развитие дисбиоза и иммунодефицитного состояния, еще более усугубляющих клиническое течение болезни. Это необходимо учитывать при оказании терапевтической помощи больным.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИСКРИВЛЕНИЕМ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

М.И. Махмудназаров, А.А. Алиев, С.Г. Мехмондустов

Таджикский государственный международный институт им. Абу Али ибн Сино

Цель работы - улучшение послеоперационного течения больных с искривлением перегородки носа.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 30 больных с диагнозом: искривление перегородки носа. Пациенты методом рандомизации были разделены на две группы, контрольную (17 больных) и основную (13 пациентов). Всем пациентам было выполнено оперативное вмешательство – септумоперация. Возраст больных колебался от 16 до 43 лет, из них мужчин было – 21, женщин – 9. В контрольной группе ведение послеоперационного периода осуществлялось по стандартной методике: туалет полости носа, анемизация слизистой носа 0,1% раствором нафтизина и назначение масляных капель в нос. В основной группе пациенты дополнительно к традиционной терапии проводили самостоятельное орошение обеих половин носа препаратом аквамарис по схеме: 2 дозы 3 раза в день в течение 14 дней, начиная со второго дня операции. Эффективность лечения оценивалась по

динамике субъективных ощущений больного и объективной оценке картины носа. Для объективной оценки течения послеоперационного периода проводили ежедневную эндоскопию полости носа.

Результаты исследования и их обсуждения. На 7-е сутки после операции выраженность основных клинических симптомов уменьшилась в обеих группах, однако в основной группе они были меньше. Затруднение носового дыхания у пациентов контрольной группы было более выражено, чем в основной группе. Сравнение данных эндоскопии полости носа показало, что на 7-е и 14-е сутки после операции гиперемия и отек слизистой оболочки и образование корок у пациентов основной группы были намного меньше, чем в контрольной группе. Восстановление двигательной активности мерцательного эпителия пациентов основной группы происходило в более ранние сроки, чем у пациентов контрольной группы.

Выводы. Результаты проведенных исследований позволяют предположить, что оптимальный состав солей и микроэлементов препарата аквамарис улучшает биохимические процессы в эпителиальных клетках слизистой оболочки носа, препятствует высыханию носово-

го секрета и нормализует его реологические свойства, способствует восстановлению структуры и функций слизистой оболочки и может быть рекомендован для послеоперационной реабилитации больных с искривлением перегородки носа.

РАЗРАБОТКА ВОПРОСНИКА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИЕЙ

А.Т. Махмудов, У.А. Абдуфаттаев, Ж.Ф. Алиджанов, Д.Х. Мирхамидов, Ф.А. Акилов

Ташкентская медицинская академия

Цель. Разработать узбекскую версию опросника узбекского индекса преждевременной эякуляции и оценка его валидности, надежности и дискриминантной способности.

Материалы и методы исследования. Процесс перевода осуществлен с использованием рекомендуемых руководств. 29 узбекскоязычных респондентов мужчин были включены в исследование. Надежность переведенного опросника оценивался при помощи коэффициента альфа Кронбаха. Определили чувствительность и специфичность опросника. В сравнительном анализе использован непараметрический тест U Mann-Whitney.

Результаты. Средний возраст респондентов составил 35,6±9,3 лет. 12 респондентов включены в группу пациентов. У 9 из них (75%) преждевременной эякуляцией расценена как приобретенная, у остальных 3 пациентов

(25%) - как первичная. Коэффициент альфа Кронбаха для переведенной версии составил 0,97. Чувствительность переведенного опросника составила 91,7%, специфичность - 76,5%. Определили, что адаптированная версия опросника обладает достаточной дискриминантной способностью (дискриминантной валидностью), позволяющей разграничивать больных ПЭ и здоровых лиц. При сравнительной оценке результатов исследования, по индексу ПЭ, между группами пациентов, различия были статистически значимыми ($P < 0.001$).

Вывод. Переведенный на узбекский язык опросник «Узбекский индекс преждевременной эякуляции» продемонстрировал высокий уровень валидности, надежности, чувствительности и специфичности в диагностике ПЭ.

СТРУКТУМ - ОСНОВА БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ

М.С. Махмудова, Н.А. Нармухамедова

*Учебный центр по повышению квалификации и переподготовки ВОП,
Ташкентская медицинская академия*

Целью нашего исследования было изучение эффективности Структума в лечении болевого синдрома и улучшении функционального состояния суставов больных ОА.

Материалы и методы. В исследование были включены 132 пациента с гонартрозом, среди них 81,8% женщин и 18,2% мужчин. Средний возраст пациентов 58,4 лет, средняя длительность гонартроза 4,1 года. Структум назначали внутрь по 1,0 г в течение 3 недель, совместно с НПВП в течение 10 дней.

Результаты. При этом установлено, что при лечении больных ОА коленных суставов в течение трех месяцев Структумом в дозе 1000 мг/сут. происходит достоверное снижение изучаемых параметров альгофункциональному индексу Лекена. А совместное применение структурмаса НПВП позволило снизить дозу этих препаратов и даже отменить их прием, учитывая побочные эффекты последних на желудочно-кишечный тракт. В большинстве клинических исследований, в которых сравнивался эффект Структума и НПВП, отмечалось, что структурм в дозе 1 г/сут. так же эффективен, как большинство НПВП в терапевтических дозах. Дополнительным фактором, объясняющим противовоспалительное действие хондроитин сульфата, может быть его антитромботический эффект. Ввиду структурной близости к гепарину хондроитин сульфат способствует улучшению синовиальной и субхондральной микроциркуляции. Хондропротекторы уступали НПВП лишь по времени достижения эффекта - действие НПВП обычно наступало на 1-2-й неделе лечения, а структурма - на 4-6-й неделе лечения, но после прекращения лечения он сохранялся более длительно. Немаловажным преимуществом структурма является хорошая

переносимость и отсутствие токсичности. Побочные проявления их применения незначительны, тогда как прием НПВП (согласно данным литературы) в 30-40% случаев сопровождается осложнениями (прежде всего желудочно-кишечными изъязвлениями и кровотечениями).

Согласно полученным результатам, на первом этапе лечения ОА (2-4-я неделя) структурм следует сочетать с НПВП. В последующем доза НПВП может быть снижена за счет нарастающего эффекта структурма, либо НПВП могут быть отменены, что повышает безопасность лечения. Продолжительность приема структурма, учитывая особенности их действия, должна быть не менее 10-12 недель. Наилучшие результаты дает прерывистая схема лечения длительностью до 1-3 лет. Проведенные исследования по влиянию структурма на прогрессирование ОА коленных суставов показали, что Структум оказывает стабилизирующее влияние на ширину суставной щели и метаболические процессы в субхондральной кости и хряще, предотвращают нарастание числа эрозий. Эти данные свидетельствуют, что Структум оказывает защитное действие в отношении суставного хряща и способен оказать благоприятное "модифицирующее" влияние на течение ОА, что позволяет расширить диапазон их лечебного применения.

Заключение. По современным представлениям, хондропротекторы должны использоваться как основа длительной базовой терапии ОА и других болезней суставов. Хороший клинический эффект, отсутствие токсичности и благоприятный профиль переносимости дают основания для их широкого применения при патологии суставов.

НИЗКОИНТЕНСИВНАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Ф.О. Мизамов, К.Р. Тагаев, И.Ш. Шоназаров

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи*

Цель работы. Изучить результаты лечения больных с эхинококкозом печени с применением низкоинтенсивной лазеротерапии.

Материалы и методы исследования. Для проведения работы было проанализировано лечение 27 пациентов с эхинококкозом печени, которым в качестве основного лечебного пособия в послеоперационном периоде была проведена низкоинтенсивная лазеротерапия. Мужчин было 19 (70,4%), женщин – 8 (29,6%).

Результаты: Показания и виды оперативных вмешательств у исследованных больных:

- При прорыве эхинококковой кисты в брюшной полости в экстренном порядке выполнялась срединная лапаротомия, эхинококкэктомия, ликвидация ложе кисты и дренирование брюшной полости.

- При нагноении кисты с лихорадкой проводилось радикальное оперативное лечение – эхинококкэктомия.

- В послеоперационном периоде УЗИ контроль брюшной полости ч/з 1-2 дня. Удаление дренажа производилась на 3-4-е сутки после операции при ликвидации ложе кисты или производилась по месту жительства при остаточных полостях после УЗИ контроля.

- Объем инфузионно-трансфузионной терапии решался индивидуально в каждом отдельном случае.

- Цефалоспорины: цефтриаксон 1,0 × 2 раз в день в/м или в/в 7 дней.

- Анальгин 50% 2 мл + димедрол 1% 2 мл. в/м каждые 6 часов 2-3 дня.

- Антихолинэстеразные препараты по показаниям.

В послеоперационном периоде (на 2-е сутки) всем больным проводилось физиотерапевтическое воздействие на остаточную полость и послеоперационную рану низкоинтенсивным лазером МИЛТА-Ф. Сеансы проводили 2 раза в сутки в течение 2 мин. на 5-6 зон, всего 7-10 сеансов. Режим сканирующий, длина волны -

0,89 мкм, импульсная мощность - 3 Вт, частота импульсов - 5000 Гц.

Для объективной оценки влияния лазерного облучения определяли сроки нормализации числа лейкоцитов, СОЭ, активности ферментов трансаминаз, а по данным динамического УЗИ в раннем послеоперационном периоде – сроки ликвидации остаточных полостей в печени. Так, у больных, получавших лазеротерапию в раннем послеоперационном периоде, достоверно наблюдалась нормализация исследуемых показателей (сокращение длительности лейкоцитоза, СОЭ, активности ферментов печени – АЛТ, АСТ, уменьшались сроки ликвидации остаточной полости печени) по сравнению с традиционным послеоперационным ведением.

Результаты проведенного обследования свидетельствуют о положительном влиянии низкоинтенсивного лазерного облучения на послеоперационный период, что обусловлено, по-видимому, непосредственным действием лазерного облучения на регенераторные процессы в печени с повышением уровня адаптивных защитных и компенсаторных реакций организма. Клинически это проявлялось в более раннем исчезновении слабости, тошноты и болей в правом подреберье и области операционного доступа, уменьшении симптомов интоксикации и диспепсических явлений.

Сроки пребывания в стационаре больных в среднем составило 7-8 койко-дней.

Таким образом, использование низкоинтенсивных лазеров, оказывающих бактерицидное, противовоспалительное действие и стимулирующих репаративные процессы в тканях, позволяет ускорить заживление остаточных полостей в печени, а также уменьшить сроки заживления послеоперационных ран и число осложнений, что обеспечивает улучшение результатов лечения больных после эхинококкэктомии, способствует сокращению сроков пребывания больных в стационаре.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНСУЛЬТНЫМ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ

Э.М. Мирджуроев, А.Р. Сагатов

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель работы: Оптимизировать реабилитационный процесс с помощью препарата рексетин, у больных с тревожно-депрессивным синдромом в постинсультном периоде.

Материал и методы исследования: Обследовано 28 больных с тревожно-депрессивным синдромом после перенесенного инсульта в раннем и позднем восстановительном периодах. Из них 16 мужчин и 12 женщин в возрасте от 36 до 59 лет (средний возраст $53,2 \pm 4,5$ года). В раннем восстановительном периоде (РВП) мозгового инсульта (МИ) обследовали 10 (35,7%) человека, в позднем восстановительном периоде (ПВП) – 18 (64,3%) человек. В бассейне правой каротидной системы мозговой инсульт перенес 12 (42,9%) человек, в бассейне левой – 16 (57,1%) человек. Тяжесть депрессии и динамику депрессивных расстройств оценивали с использованием 18-пунктной версии объективной шкалы Гамильтона (ШГ). Для оценки тревожности была использована шка-

ла Кови. Шкала заполнялась нами во время расспроса и осмотра больного. Лица основной группы (15 человек) получали рексетин по 20 мг 1 раз в день в течение 2 мес., а лица контрольной группы (13 человек), наблюдавшие-ся в те же сроки, не получали его.

Результаты: Установлено, что в клинической картине обследованных больных с ПИТДС преобладали жалобы на плохое настроение, расстройства сна, проявления соматической тревоги. У больных обеих групп были выявлены основные депрессивные симптомы, на основании которых диагностировалось ПИТДС (с учетом МКБ-10). Существенных различий по частоте выявления этих симптомов между группами не было. Заметное улучшение состояния пациентов отмечено на 10–14-й день приема препарата. В начале лечения умеренные депрессивные расстройства отмечались у 11 (78,6%) больных, ко 2-й неделе лечения уже преобладали легкие депрессивные нарушения, которые наблюдались у 8

(57,1%) пациентов. Наиболее существенные отличия от фонового состояния наступали у больных к 3-й неделе лечения: состояние 4 (28,6%) больных было расценено как нормальное, 5 (35,7%) пациентов — как пограничное, у 3 (21,4%) больных сохранялись умеренные депрессивные расстройства. К 30-му дню лечения наблюдалось дальнейшее улучшение состояния больных: у 10 (71,4%) — депрессии выявлено не было, у 4 (28,6%) — диагностировали только пограничные расстройства (слабовыраженные депрессивные симптомы). Наряду с этим, к завершению этапов реабилитационного лечения, при оценке шкал Кови в обеих группах, особенно в основной группе, обнаруживались отчетливые позитивные изменения эмоциональной сферы: уменьшались соматические симптомы тревоги, проявления эмоциональной неустойчивости, склонность тревожным формам реагирования на жизненные трудности, снизились, а нередко и полностью исчезли признаки подавленности, беспокойства и слабодушия. Так, показатели тревоги различались в 2-х группах пациентов: у больных ос-

новной группы до и после реабилитационного лечения в РВП составили соответственно $6,9 \pm 2,0$ и $4,3 \pm 1,4$ (динамика 37,2%), в то время как в ПВП — $6,7 \pm 2,0$ и $5,4 \pm 2,1$ (положительная динамика 24,1%). В то же время у больных контрольной группы в РВП наблюдалось улучшение на - 11,7% и в ПВП на 6,3%. Исследованиями установлено, что более выраженная динамика показателей тревоги получена у больных основной группы. Анализ полученных нами результатов позволяет считать, что рексетин является достаточно эффективным препаратом у больных с постинсультным тревожно-депрессивным синдромом.

Таким образом, проведенное исследование дает основание о целесообразности включения селективных антидепрессантов, в том числе рексетина, в комплексную восстановительную терапию больных, перенесших инсульт. Применение антидепрессантов, позволяя улучшить самочувствие и настроение больных, может оптимизировать проведение реабилитационных мероприятий.

РОЛЬ АБСОРБЦИОМЕТРИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ ОСТЕОПОРЕТИЧЕСКИХ БОЛЯХ В СПИНЕ

Э.М. Мирджураев, Д.Х. Акилов

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Одной из частых причин возникновения болей в спине, является остеопороз, который уже сейчас по данным ВОЗ занимает третье место в списке медико-социальных проблем современности после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. Остеопороз — системное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы и микроструктурной перестройкой костной ткани, приводящей к повышенной ломкости костей и риску переломов.

Одной из основных жалоб у больных с остеопорозом позвоночника является боль в спине. Именно с этой жалобой больные зачастую обращаются не к травматологам, а к неврологам. В течение последних десятилетий достигнут значительный прогресс в развитии неинвазивных методов оценки состояния скелета. "Золотым стандартом" костных денситометров на современном этапе медицинской науки является метод двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA). Принципы работы денситометров этого типа основан на трансмиссии рентгеновских лучей через кость к детектору. Детекторная система регистрирует интенсивность пропущенных через кость 2-х узких рентгеновских пучков высокой и низкой энергии, что значительно повышает точность исследования. Методом DXA можно те-

стировать различные участки скелета, в зависимости от возможностей аппарата.

В качестве метода исследования состояния костей скелета нами была применена двухэнергетическая абсорбциометрия на аппарате DXA (УзНИИТиО). Объектами исследования стали 63 больных в возрасте от 40 до 65 лет (42 женщины и 21 мужчина) с болями в спине различной степени тяжести.

Двухэнергетическая рентгеновская денситометрия выявила следующие нарушения минеральной плотности кости: у 32 (50,7%) больных после исследования в области поясничного отдела позвоночника был диагностирован остеопороз, у 19 (30,2 %) — остеопения и только у 12 (19,1 %) пациентов была обнаружена нормальная МПК.

Данный метод исследования является весьма эффективным и должен применяться в комплексном обследовании больных с болью в спине для дальнейшей реабилитации при выявлении остеопороза или остеопении. Выявление у больных остеопороза или остеопении на стадии реабилитации требует коррекции лечения, назначения необходимых препаратов и подбора соответствующей диеты.

РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОЯСНИЧНЫМИ РАДИКУЛОПАТИЯМИ

Э.М. Мирджураев, Ч.Б. Маматханова

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель работы: Разработать методы реабилитации инвалидов с поясничными радикулопатиями.

Материалы и методы исследования: Были обследованы 120 пациентов различного пола: 50 случаев составили лица женского пола и 70 — мужского. Все обследуемые пациенты обратились в Национальный центр реабилитации инвалидов с жалобами на боли в области поясницы. Средний возраст больных составил $45 \pm 15,6$ лет. Кроме неврологического и соматического осмотра им были произведены инструментальные исследования: МРТ или КТ поясничного отдела позвоночника. В качестве этиологического фактора поражения СМН были

выявлены следующие патологии: 1. Протрузии и грыжи межпозвонковых дисков. 2. Остеофиты задней продольной связки (ЗПС). 3. Гипертрофия желтой связки. 4. Смещения тел позвонков. Все пациенты были разделены на две группы: 1. Основная группа 2. Группа сравнения. В группе сравнения обследовалось 50 больных. Были применены: традиционное медикаментозное лечение, ЛФК, физиотерапия. В основной группе обследовалось 70 больных. Были применены: медикаментозное, ЛФК, Физиотерапия, гирудотерапия, иглорефлексотерапия и электронейростимуляция с помощью аппарата ЭНМГ.

Анализ результатов: Как у лиц мужского, так и женского пола, протрузии дисков и их грыжи, являются основной причиной компрессии корешков СМН (63% и 46% соответственно). Не зависимо от полового различия, всегда превалировала правосторонняя латерализация поражения. Затем, как фактор поражения корешков СМН, по частоте выявления, стояли остеофиты ЗПС (20% и 18% соответственно у лиц мужского и женского пола). Среди лиц мужского (56%) и женского пола (54%), чаще всего выявлялись поражения L5 корешков, преимущественно справа. На втором месте, по частоте поражения стоял L4 корешок, так же с правой стороны (соответственно 18% и 20% случаях, среди лиц мужского и женского пола). Компрессия корешка L4 проявлялась снижением и/или выпадением пателлярного рефлекса, снижением чувствительности на соответствующей дерматоме. Третье место по частоте поражения относится к S1 корешку. Предрасполагающими факторами поражения S1 корешка внутри позвоночного канала, можно отнести наличие медиальной грыжи диска, гипертрофию желтой связки и смещение позвонка L_v относительно крестцовой кости. Клинически, у этих больных наблюдались боли ягодичной и крестцовой локализации, гипестезия по наружному краю стопы и мизинца.

Имело место снижение или выпадение Ахилова рефлекса. L3 корешок, вероятно, в следствии высокого уровня выхода и меньшей функциональной значимости данного позвоночно-двигательного сегмента (относительно нижележащим сегментам), имеет четвертое место по частоте поражения. Поражение этого корешка в полтора раза чаще отмечалось у лиц мужского пола, по сравнению с женским (5,5% против 4%). При этом, когда у лиц мужского пола явно превалировало правостороннее поражение данного корешка, у лиц женского пола, мы выявили одинаковое поражение с двух сторон. Изолированные поражения L2 и S2 корешков СМН носили единичный характер, как среди лиц мужского, так и женского пола (3% и 2% соответственно). Поражение L1 корешка носил спорадический характер, и был выявлен только у одного пациента мужского пола. По результатам лечения у больных сравнения боли прекратились на 70 %. У больных основной группы на 95%.

Выводы: Полученные данные позволяют сделать следующие выводы: Разработанные нами методы реабилитации оказались наиболее эффективными и улучшили состояние больных, снизили количество инвалидов. По этому эти методы могут быть применены в дальнейшем.

МОДЕЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ К РАБОТЕ СО СПОРТСМЕНАМИ

В.Д. Мойсюк

Буковинский государственный медицинский университет

Укрепление здоровья и совершенствование системы его охраны, как мировая проблема современности, находит отражение в национальных и официальных документах Всемирной организации здравоохранения. Учитывая это, украинская политика XXI в., Определяя стратегию и тактику развития региональных систем, предусматривает, прежде всего, уменьшение заболеваемости, инвалидности и смертности населения, увеличение продолжительности качественной жизни.

Проблема профессиональной подготовки специалистов по физической реабилитации нашла отражение во многих исследованиях. В частности, разработан понятийный аппарат подготовки специалистов по физической реабилитации, освещены общие вопросы профессиональной подготовки будущих специалистов по физической реабилитации в высших учебных заведениях; конкретизированы отдельные аспекты медицинской и социальной реабилитации.

Процесс подготовки специалиста по физической реабилитации отмечается необходимостью разностороннего подхода. Несовершенство такой подготовки заключается в том, что при работе со спортсменами реабилитологам необходимо определять оптимальные средства физической реабилитации, правильно планировать и осуществлять реабилитационное вмешательство, а знания и навыки, необходимые для этого, почти не рассматриваются в процессе их профессиональной подготовки.

Модель профессиональной подготовки специалистов по физической реабилитации к работе со спортсменами предусматривает учет образовательных потребностей, наклонностей и способностей студентов и создание условий для обучения в соответствии с их профессионального самоопределения, обеспечивается путем реализации изменений в целях, содержании,

структуре и организации учебно-воспитательного процесса.

При разработке модели профессиональной подготовки специалистов по физической реабилитации к работе со спортсменами были учтены взаимосвязи между различными составляющими структуры системной организации, базирующихся на таких принципах: непрерывности, междисциплинарности, комплексности, многоуровневости, модульности, универсальности, профессиональной направленности, стадийности.

Структурная схема модели профессиональной подготовки специалистов по физической реабилитации к работе со спортсменами состоит из следующих элементов: внешняя среда, мотивационный, содержательный, операционный компоненты, процессуальная и оценочно-результативный составляющая и учебная дисциплина «Физическая реабилитация в спорте». Каждый элемент данной модели является целостностью, организационной из подсистем, входящих в ее состав.

Подсистемы внешней среды существуют в социальном пространстве учебно-воспитательного процесса как постоянно действующие социально-педагогические отношения, которые определяют особенности функционирования и развития системы профессионального образования.

Названные выше особенности функционирования и развития системы профессионального образования обусловлены существованием подсистем ценностных ориентаций, социально-экономических условий общества, социокультурных организаций, рынка труда. Такие особенности необходимо учитывать при проектировании мотивационного, содержательного, операционного компонентов и оценочно-результативного элемента модели.

СОСТАВЛЯЮЩИЕ МОДЕЛИ ПОДГОТОВКИ КВАЛИФИЦИРОВАННОГО РЕАБИЛИТОЛОГА

В.Д. Мойсюк

Буковинский государственный медицинский университет

Современные демографические, экономические и общественно-политические трансформационные процессы обусловили коренное административно-правовую перестройку системы медико-социальной реабилитации, развитие инновационных специализированных реабилитационных учреждений, возникновение разновидностей коррекционно-реабилитационных служб нового типа - центров комплексной социальной реабилитации, центров раннего вмешательства, профессиональной и трудовой реабилитации.

Важность использования физической реабилитации в спорте подчеркивают многие ученые, ведь выполнение большой физической нагрузки приводит к травмам и повреждениям практически всех органов и систем организма спортсмена.

Процесс подготовки специалиста по физической реабилитации отмечается необходимостью разностороннего подхода. Структурная схема модели профессиональной подготовки специалистов по физической реабилитации к работе со спортсменами состоит из следующих элементов: внешняя среда, мотивационный, содержательный, операционный компоненты, процессуальная и оценочно-результативный составляющая и учебная дисциплина «Физическая реабилитация в спорте».

Подсистемами мотивационного компонента является модель квалифицированного физического реабилитолога или специалиста, определяющая совокупность требований к студенту, профессиональной подготовки, цели системы подготовки. Важным для проектирования следующих за мотивационным компонентов является его собственное восприятие и общественное значение профессии лежат в основе проектирования процесса стимулирования и мотивации учения, развивающей и воспитательной деятельности студентов. Подсистемы мотивационного компонента имеют прочный фундамент политеоретических основ профессиональной подготовки специалистов по физической реабилитации к работе со спортсменами.

Содержательный компонент состоит из следующих подсистем: источников содержания образования и интеграционно-дифференцированных комплексов знаний, умений, навыков, норм, ценностей, опыта деятельности. Подсистема источников содержания образования предполагает социально-экономические изменения, научно-технический прогресс, концепцию развития профессионального образования, концепцию становления, формирования и развития личности, профессионально-квалификационные характеристики специальности «Физическая реабилитация», а также стандарт образования и предопределяет уровень и взаимосвязи интеграционно-дифференцированных комплексов.

Уровни интеграционно-дифференцированных комплексов образуют иерархию образовательных ценностей, направленность учебно-познавательной и научно-методической деятельности студентов и преподавателей на целостность процессов овладения ценностями профессиональной и общественной культуры, логику педагогического взаимодействия, технологии обучения, развития и воспитания.

Состав элементов подсистемы мотивации таков: профессиональные отношения, ориентация на социально-профессиональный статус, познавательные и профессионально-квалификационные интересы, профессиональная карьера, развитие творческого мышления. Кроме того, он определяет собственно смысл учебной деятельности студента и преподавателя, место каждого из них в процессе реализации личностно-ориентированного обучения.

Подсистема форм подготовки обеспечивает четкое взаимодействие преподавателя и студента на основе и традиционных, и инновационных методов обучения. Формы подготовки специалистов по физической реабилитации к работе со спортсменами - это лекции, практические занятия, самостоятельная работа, различные виды практик. Подсистема принципов подготовки предусматривает базовые положения, соблюдение которых обеспечивает функционирование всей модели подготовки.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАПЫ САКСКОГО СОЛЕНОГО ОЗЕРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ КОЖИ

Г.А. Мороз, О.В. Маркович, Н.В. Матвеева

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Цель работы: изучить влияние рассолов Сакского соленого озера различной концентрации на течение раневого процесса у больных с хроническими дефектами кожи.

Материал и методы исследования: Обследовано 54 больных с пролежнями пояснично-крестцовой области. Группы больных: I (контрольная) – антисептик+сухая асептическая повязка (11 чел.), II (основная) – антисептик+повязка с рапой (31 чел.), III (сравнения) – антисептик+повязка с антисептиком (12 чел.). После обработки раны антисептиком выполнялась аппликация марлевыми салфетками, пропитанными рассолом в концентрации: 20 г/л (11 чел.), 40 г/л (10 чел.) и 60 г/л (10 чел.), получаемые путем разведения рапы с исходной концентрацией 270 г/л дистиллированной водой. Во II группе дополнительно применяли погружение больного в ван-

ну с рапой (концентрация – 20 г/л) на 10-15 минут при температуре 37°C и очистительные клизмы с использованием минеральной воды Сакского месторождения с целью элиминации эндотоксинов из кишечника. Контроль за течением раневого процесса составлял 45 дней. Оценивали: клинические симптомы, характер отделяемого и состояние грануляций, вычисляли скорость эпителизации по Л.Н. Поповой. Изучали цитологические мазки-отпечатки с поверхности раны, полученные по методике Покровской-Макарова. Результаты обработаны методом вариационной статистики.

Результаты: Сравнительный анализ результатов показал, что некролизис во II группе наступал в 1,7 раз быстрее, а появление грануляций и начало эпителизации в 1,4 раза быстрее, чем в контрольной группе.

В I фазе раневого процесса наиболее эффективным оказался рассол с концентрацией 60 г/л, максимально проявив свойства физического антисептика. Вследствие изменения осмоса и диффузии жидкости из ткани в сторону гипертонического р-ра улучшался обмен межтканевой жидкости. По мере удаления наружу содержимого раны в нее поступает межтканевая жидкость, содержащая питательные вещества, готовые антитела, ферменты и другие физиологически активные вещества, при этом уменьшается всасывание токсинов микробов и продуктов тканевого распада. В условиях гипертонической среды микробы теряют воду, сморщиваются, становятся инактивными и подвергаются воздействию антител, ферментов и фагоцитозу. При цитологических исследованиях на раневой поверхности обнаруживали клетки вазогенного происхождения: нейтрофилы, эозинофилы, моноциты и лимфоциты; среди этих клеток преобладали нейтрофилы на разной стадии фагоцитоза и дегенерации, большое количество микробов.

В фазу пролиферации наиболее эффективным был рассол с концентрацией 20 г/л. Он, сохраняя свойства гипертонического раствора, в меньшей степени угнетал рост молодой соединительной ткани, содержащей большое количество фибробластов, обеспечивающих пролиферацию. Улучшается трофика тканей, происхо-

дит вращение новых капилляров во вновь образованные ткани, улучшаются процессы микроциркуляции, уменьшается отек. При появлении в ране грануляционной ткани обнаруживаются молодые, округлой формы полибласты, выраженный фагоцитоз и фагоцитоз, дегенерированные нейтрофилы и меньшее количество микробных тел. В процессе очищения ран от мертвых тканей и появления сплошного грануляционного барьера в мазках-отпечатках обнаруживается много полибластов, сгруппированных по 10-15 клеток, среди которых большое количество фагирующих макрофагов. Резко уменьшается число дегенерированных форм нейтрофилов и микробов. При полном очищении раны от мертвого субстрата и наличии нормальных грануляций полибласты приобретают вытянутую форму, превращаясь в фибробласты.

Таким образом, положительный эффект действия сакской рапы на интенсификацию раневого процесса у больных с пролежнями очевиден и подтверждается клинико-цитологическим исследованием. Для эффективного применения рассолов различной концентрации необходимо учитывать фазу раневого процесса. Рассол с концентрацией 60 г/л максимально эффективен в I фазе раневого процесса, рассол с концентрацией 20 г/л максимально проявил свои регенеративные свойства в фазе пролиферации.

РОЛЬ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ МОЗГА

Д.С. Муродова, Г.А. Алиходжаева, М.М. Ахмедиев

*Ташкентская медицинская академия,
Республиканский научный Центр нейрохирургии,
Ташкентский институт усовершенствования врачей*

Цель исследования: Анализ и оценка результатов лечения при использовании данных ДТ - трактографии в выборе объема хирургического вмешательства с сохранением проводящих путей белого вещества головного мозга.

Материалы и методы: ДТ - трактография выполнялась на магнитно-резонансном томографе мощностью от 1,5 Тл. Обследовано 68 пациентов с опухолями головного мозга в возрасте от 17 до 62 лет. Всем пациентам выполнялась традиционная МРТ T1- и T2- взвешенных изображений, и затем МРТ в 3-DPI режиме с построением карт фракционной анизотропии и трактографии в режиме трехмерного синтеза.

Использование метода ДТ - трактографии при опухолевом поражении головного мозга обеспечивает получение информации о нарушении структуры проводящих волокон белого вещества вблизи границ опухоли.

Операции выполнялись под контролем интраоперационного мониторинга в виде механограммы с использованием игольчатых электродов в m.bicepsbrachii, m.quadricepsbrachii и m. quadricepsfemoris, установленных с гетеролатеральной стороны. Использовалась компьютерная система SYNAPSIS с программным обеспечением «Нейротех», Россия.

При описании степени радикальности оперативно-го вмешательства мы придерживались классификации, в которой применяются термины тотального, субтотального удаления и биопсии.

Результаты исследования. Исследование состояния диагностики опухолей супратенториальной локализации показало, что к моменту выявления новообразова-

ния, более чем у половины (53,9% случаев) пациентов опухоль имела размеры от 35 до 60 мм, что визуально доказывалось трактографией и поражением проводящих путей белого вещества головного мозга. Данные ДТ-трактографии установили, что почти половина (52,7%) первичных оперативных вмешательств заканчивалась субтотальным удалением опухоли, тотальное удаление опухоли оказалось возможным в 39,4% случаев, биопсия в 8,9% случаев. Во всех случаях резекции опухоли выполнялась её гистологическая верификация. Результаты нашего исследования показали, что улучшение исходов хирургического лечения пациентов с новообразованиями супратенториальной локализации зависит от оценки изменений белого вещества головного мозга в плане визуализации проводящих путей ДТ-трактографией. Из числа прооперированных нами больных отмечался регресс неврологического дефицита до 47,3%, что способствовало протеканию послеоперационного периода без осложнений и улучшению качества жизни и ее продолжительности. В интересах результатов хирургического лечения изменилась тактика и объем удаления опухолей супратенториальной локализации, что привело к незначительному улучшению качества жизни больных. Изучение функционального статуса, семейной и социальной адаптации (качества жизни) пациентов также показало значительную зависимость результатов лечения от морфологических характеристик опухоли и минимальной травматизации проводящих путей головного мозга во время хирургического вмешательства. Результаты лечения у больных с опухолями головного мозга супратенториальной лока-

лизации показали, что степень компенсации пациента при поступлении в стационар имеет значительное влияние на дальнейшее качество жизни.

Выводы: Анализ данных ДТ-трактографии позволяет выбрать оптимальный хирургический подход к опухоли, определить доступные для удаления участки и выполнить резекцию в адекватном объеме с сохранением проводящих путей белого вещества головного мозга.

Радикальность удаления интратимозговых опухолей с использованием интраоперационного мониторинга моторных путей, позволяет минимизировать хирургическую травму, способствует снижению риска возникновения неврологического дефицита, что предопределяет эффективность операции и хорошее качество жизни больных.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВПРАВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА

У.К. Муродов, Э.Ш. Жабборов, А.А. Эргашев, Ш.З. Ишонкулов

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью настоящего исследования является изучение эффективности реабилитационных процедур у больных после оперативного вправления врожденного вывиха бедра.

Материал и методы исследования: Наше сообщение основано на результатах лечения 82 больных (124 сустава), лечившихся по поводу врожденного вывиха бедра в отделение детской ортопедии Самаркандской областной травматологической больницы в 2012 – 2014 гг. Больные были в возрасте от 2 до 5 лет. В возрасте до 3 лет прооперированно 32 больных – 54 сустава, в возрасте от 4 до 5 лет 50 детей – 70 суставов. Мальчиков было 14, девочек 68. Показания к оперативным вмешательствам ставились на основании рентгенографии. При незначительных изменениях проксимального конца бедренной кости и вертлужной впадины применяли простое открытое вправление, которое было произведено у 21 больных. У 35 больных с изменениями проксимального конца бедренной кости в виде антеверзии и вальгизации, со скошенной вертлужной впадиной применена операция открытого вправления с корригирующей подвертельной остеотомией бедренной кости и ацетабулопластикой. У 24 больных с выраженной недостаточностью крыши вертлужной впадины применена операция открытого вправления с подвертельной корригирующей остеотомией и остеотомией таза по методике клиники (рационализаторское предложение № 1795).

Курс реабилитации, период реабилитации начинается через 4-6 недель после операции, когда ребенку меняем гипсовую повязку на отводящую шину Вилен-

ского с применением манжеточного вытяжения с грузом 1-2 кг. Ребенку разрешается сидеть. Все мероприятия направлены на достижение максимальной амплитуды движений в оперированной конечности, профилактику контрактур, наращивание силы и выносливости мышц, дальнейшее укрепление организма. Конечность в этот период должна находиться в положении сгибания, умеренного отведения и обычно внутренней ротации. Ежедневно с помощью валиков оперированная нога укладывается в положение максимального сгибания.

Результат. Результаты лечения были изучены у всех больных. Результаты лечения оценивали по трехбалльной системе оценки. Отличные результаты были у 60 больных (73,1%). У них было полное восстановление объема движений, отсутствие болей, восстановление мышечной массы. Хорошие результаты были у 17 больных (20,7%). У них наблюдалось небольшое ограничение движений, незначительные боли. Удовлетворительные результаты лечения были отмечены у 5 больных (6,2%).

Выводы. Эффективность восстановительного лечения контролируется изучением в динамике рентгенологических, биомеханических и электрофизиологических данных. Оптимальной целью является достижение максимальной амплитуды движений в оперированном суставе, укрепление разгибателей, отводящих мышц бедер, внутренних ротаторов бедра, укрепление мышц спины, живота, особенно косых, тренировка супинаторов стоп, подготовка тазобедренных суставов к осевой нагрузке.

РОЛЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА МИОМЫ МАТКИ

Н.Д. Муратова, Ш.А. Зуфарова, Д.С. Юлдашева

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы. Определить эффективность реабилитационного лечения после консервативной миомэктомии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в течение двух лет находились 29 женщин в возрасте от 21 до 37 лет, которые были разделены на две группы: в 1 группу входили 17 женщин, которым была произведена консервативная миомэктомия путем лапароскопии или лапаротомии, после чего в реабилитационном периоде они получали препарат Кукумазим 50 МЕ в виде электрофореза на область малого таза. Во 2 группу вошли 12 женщин, которые не получали реабилитационной терапии после консервативной миомэктомии. Для реабилитационного лечения применяли препарат Кукумазим - природный комплекс протеолитических ферментов, выделяемый из млечного сока (латекса) *Carica papaya*.

Кукумазим обладает протеолитической активностью широкого спектра действия: некролитической, фибринолитической, противовоспалительной. Препарат применяли следующим образом: Кукумазин 50 МЕ разводили в физиологическом растворе 0,9% – 5,0. Препарат вводят с анода в течение 15 мин. Салфетку в 4-6 слоев смоченную в 1 мл получившегося раствора накладывали на низ живота, а на область поясницы накладывали салфетку, смоченную физиологическим раствором. Процедуру проводили по пять дней в 3 курса, с перерывом 10 дней.

Результаты: все женщины, включенные в исследование, имели субсерозные и/или интрамуральные миоматозные узлы тела матки. Максимальное количество узлов составляло 7 у одной пациентки, размеры узлов были от 1,5-3 см до 4-5,5 см в диаметре. В реабилитаци-

онное лечение входило назначение низкодозированных оральных контрацептивов в течение 3-х месяцев и физиолечение в виде электрофореза с кукумазимумом через 2 месяца после оперативного лечения. Мониторинг эффективности реабилитационного лечения проводился путем УЗИ контроля в течение первых 6 месяцев, а затем 1 раз в 3 месяца в течении 2х лет. Так в 1 группе образования новых узлов в реабилитационном периоде не наблюдалось ни у одной пациентки в течении обследуемого времени, чего мы не можем сказать о пациентках 2 группы – образование новых узлов наблюдалось уже с

14-го месяца послеоперационного периода в количестве от одного до трех, размерами 7-12 мм.

Таким образом, применение Кукумазина 50 МЕ в виде электрофореза является профилактикой риска образования новых миоматозных узлов.

Выводы. Применение протеолитических препаратов для лекарственного электрофореза, как профилактика риска рецидива миомы матки является неотъемлемым этапом современного органосохраняющего лечения, которое позволяет сохранить репродуктивную функцию женщин.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ПЕЧЕНИ

И.Б. Мустафакулов, З.Г. Ганиев, А.А. Авазов, З.И. Жаббаров, З.И. Набиев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Улучшение лечения больных с травмами печени.

Материалы и методы исследования. За период с 2005-2013 гг. в Самаркандский филиал РНЦЭМП были обследованы 159 пострадавших с травмой печени. Из них прооперированы 131, 28 пациентам проведено консервативное лечение. У всех пострадавших, находившихся при поступлении в сознании, получено информированное согласие на исследование и лечение. Возраст исследованных пострадавших от 17 до 89 лет ($33,8 \pm 13,4$), при этом большую часть пострадавших (75,7%) составляли лица трудоспособного возраста.

Результаты и обсуждение: Тактика ведения определялась в зависимости от тяжести состояния пациента, объема гемоперитонеума, интенсивности кровопотери, гемодинамических показателей. Из 131 оперированных больных у 10 человек с разрывами печени 4 и 5 степени по Moore кровотечение остановлено по “demege-controle”. Им на 3-4 сутки после стабилизации гемодинамики произведена повторная операция, у 9 больных разрывы печени ушиты, а у 1 наложен повторный “demege-controle” при последующей через 72 часа операции разрыв печени ушит с благоприятным исходом. Использовали следующие способы остановки кровотечения из ран печени: ушивание раны, тампонада салником на ножке, хирургическая обработка раны с последующим ее зашиванием. Во всех случаях область зашитой раны печени дренировали хлорвинильной трубкой (0,8 см).

При повреждениях паренхиматозных органов важным является переливание аутокрови излившейся в брюшную полость (у 100 больных) от 200 до 1250 мл без осложнений. Реинфузия крови при повреждениях паренхиматозных органов живота является мощным противошоковым и патогенетически обоснованным методом лечения.

В последние годы у 28 больных с травмой печени (14) и селезенки (у 14) по классификации Moore I-II степени при поступлении в клинику отмечены четкие признаки внутрибрюшинного кровотечения. При УЗИ исследовании объем гемоперитонеума составлял у этих больных от 200 до 350 мл. Больные госпитализировались в реанимационное отделение, и за ними велось постоянное наблюдение за состоянием артериального давления, частоты пульса, гематологическими показателями, ежедневное УЗИ и КТ при поступлении и в динамике. И только у 1 больного (объем кровопотери 1200мл) нами проведена лапароскопическая эвакуация крови.

Всем больным потребовалось переливание криопреципитата соответствующей группы крови в среднем по $3,5 \pm 0,3$ дозы, 12 больным – свежемороженой плазмы по $350,80 \pm 55,8$ мл каждому пациенту, и 7 больным $250,5 \pm 40,0$ мл донорской эритроцитарной массы.

К 7 дню лечения при сонографии и компьютерной томографии свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Послеоперационные лечебные мероприятия включают в себя щадящий режим, диету с исключением жирных, острых, консервированных продуктов, блюд с добавками уксуса. Не рекомендуется употреблять крепкий чай, кофе. Назначают антигистаминные препараты, средства, регулирующие моторику желудочно-кишечного тракта и ускоряющие эвакуацию желудочного содержимого, гепатопротекторы, витамины. Наряду с этим лечением, следует проводить антибактериальной терапии с использованием антибиотиков широкого спектра действия и лазеротерапию в область операционной раны по схеме лечения.

Выводы: Решающее значение в определении эффективности лечения больных с травмами печени приобретают правильное комплексное ведение послеоперационного периода и реабилитация больных.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ И РЕЦИДИВНЫМИ ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

И.Б. Мустафакулов, Х.Ж. Самиев, С.Х. Захидова, З.И. Жаббаров, А.А. Авазов, З.И. Набиев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Улучшить результаты лечения больных с послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки с применением лазеротерапии.

Материал и методы исследования: Нами проанализированы результаты лечения 191 пациентов с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки.

Больные были прооперированы с использованием сетчатых эндопротезов и аутопластическим способом. Все больные в зависимости от способа послеоперационного ведения были разделены на две группы: у 91 пациента основной группы после грыжесечения введена низкоинтенсивная лазеротерапия, у 100 больных группы сравнения – лазеротерапия не была проведена.

Результаты и обсуждение: Со второго дня больным основной группы проведена низкоинтенсивная лазеротерапия по одному сеансу в течение 5-7 дней (МИЛТА - 5000Гц, ИМПУЛЬС 100 - 500Гц). Режим воздействия на рану дистанционный. Головка терминала находится на расстоянии 1 см. от облучаемой поверхности. Время экспозиции лазерного воздействия, и количество зон воздействия устанавливается в зависимости от длины послеоперационной раны, от 120 до 240 секунд. Среди исследованных больных у 21 пациентов (23,1%) основной группы и у 27 пациентов (27,0%) группы сравнения, в ближайшем послеоперационном периоде возникали ранние местные послеоперационные осложнения, такие как серома (9,5 и 14,8% соответственно по группам), гематома (4,8 и 11,1%), краевой некроз (4,8 и 14,8%), инфильтраты (14,3 и 22,2%), нагноение раны (4,8 и 14,8%), поверхностный абсцесс (не наблюдался и 11,1%), расхождение краев раны (4,8 и 14,8%) и псевдокиста после длительной серомы (4,8 и 11,1%). У 5 больных основной группы и у 14 - группы сравнения отмечено сочетание двух местных осложнений. Общие послеоперационные осложнения наблюдали у 7 (7,7%) больных основной группы и у 8 (8,0%) - группы сравнения. При этом у 4 больных основной группы и у 6 - группы сравнения, отмечали сочетание общих и местных послеоперационных осложнений. Из общих послеоперационных осложнений имело место тромбофлебит вен нижних конечностей (1 и 2 наблюдений соответственно по группам), пневмония (2 и 3), дыхательная недостаточность (1 и 2), парез кишечника (2 и 7), а в единичных наблюдениях -

нарушение мозгового кровообращения, сердечная недостаточность, цистит, обострение хронического бронхита и рожистое воспаление нижней конечности. Общие осложнения возникали в основном у больных большими и гигантскими грыжами и сопутствующими общими заболеваниями в сочетании с ожирением различной степени тяжести. Так, общие осложнения имели место у 63,5% (у 47 из 74) пациентов большими и гигантскими грыжами, у 22,1% (21 из 95) - средними и у 9,1% (2 из 22) - малыми грыжами. У 42 (21,9%) больных было ожирение очень тяжелой степени, у 33 (17,3%) - средней степени и у 37 (19,4%) пациентов отмечена избыточная масса тела. Отдаленные результаты оперативного лечения изучены путем непосредственного осмотра 91,2% больных (83 из 91) основной группы и 91,0% больных (91 из 100) - группы сравнения, в сроки от 1 года до 5 лет после операций. Среди осмотренных пациентов рецидив грыжи возник в 1 наблюдении (1,2%) основной группы пациентов и в 18 наблюдениях (19,8%) у пациентов группы сравнения. Среди пациентов с рецидивными грыжами сочетанное наличие лигатурного свища отмечена в 2 наблюдениях (2,4%) в основной группе и в 6 случаях группе сравнения (6,6%). Невралгия отмечена по 1 наблюдению в каждой группе.

Выводы: Применение лазеротерапии в послеоперационном периоде у больных с грыжами передней брюшной стенки способствует к снижению послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания, и улучшает результаты лечения.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИОКСИДОНИЯ НА ФАКТОРЫ ЗАЩИТЫ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Л.А. Мухамадиева, Х.М. Маматкулов, Г.А. Мелиева, О.А. Шарипова, Д.Х. Маматкулова, Н.А. Тураева
Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: разработать профилактический комплекс восстановительного лечения детей с хроническим бронхитом.

Материалы и методы. Обследовано 54 детей в возрасте от 4 до 15 лет, 1 группа - 26 детей вне обострения, получавшие физиотерапевтическое лечение в сочетании с препаратом полиоксидоний, 2 группа - 28 детей получавшие только физиотерапевтическое лечение. Концентрацию сывороточных иммуноглобулинов А, G, М в периферической крови определяли по методу Manchini G. Et al (1965); Полиоксидоний - синтетический иммуномодулятор широким диапазоном иммуностимулирующего действия - N-оксидированное производное полиэтиленпиперазина. Препарат Полиоксидоний разработан в Институте иммунологии Минздрава РФ, обладает иммунокорригирующим, детоксицирующим и мембраностабилизирующим свойствами, увеличивает резистентность организма в отношении локальных и генерализованных инфекций. Основой механизма иммуномодулирующего действия Полиоксидония является прямое воз-

действие на фагоцитирующие клетки и естественные киллеры, а также стимуляция антителообразования.

Результаты. Анализ эффективности реабилитации детей с хроническим бронхитом показал, что у больных 1 группы частота обострений было достоверно ниже ($p < 0,05$), а длительность обострения заболевания короче, чем во 2 группе и составил 11,5 % и 21,4 % соответственно. Анализ полученных данных показал, что исходно низкие значения таких гуморальных факторов защиты, как иммуноглобулины А, G, достоверно изменились после полученного лечения только в 1-й группе ($p < 0,05$), также изменился уровень иммуноглобулина М, $p < 0,05$ в 1-й группе, во 2-й группе отмечалась тенденция к нормализации аналогичных показателей.

Таким образом, Полиоксидоний снижает частоту обострения во время восстановительного лечения детей с хроническим бронхитом, оказывает положительное влияние на состояние иммунитета верхних дыхательных путей за счет нормализации IgA, G, укорачивает длительность обострения.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Л.А. Мухамадиева, Х.М. Маматкулов, Г.А. Мелиева
О.А. Шарипова, Д.Х. Маматкулова, Н.О. Тураева, Ш.С. Бахранов
Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: разработка лечебно-реабилитационных мероприятий для ЧДБД раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Обследовано 35 детей раннего возраста часто болеющих респираторными заболеваниями. Исследование состава микрофлоры мазков из зева.

Результаты. Установлено, что тяжесть течения ОРЗ у обследованных ЧДБД обусловлена доминированием в мазках из зева *Staph. aureus.*, грибов рода *Candida*, увеличением частоты обнаружения и спектра энтеробактерий и других грамотрицательных микробов на слизистой ротоглотки на фоне значительного уменьшения уровня представителей резидентной микрофлоры. На основании полученных результатов для реабилитации ЧДБД со склонностью к ОРЗ были разработаны лечебно-реабилитационные мероприятия: селективная деконтаминация выделенных микроорганизмов и нормализация микрофлоры организма ребенка, а также по-

вышение иммунитета: 1 курс — цефикс и противогрибковый препарат флузамед; 2 курс — орошения ротоглотки раствором фурацилина, 3 курс — комбинация пробиотик\инулин-ротабиотик и витаминный комплекс сановит (1 месяц), антианемический препарат мальтофер (3 месяца) и полиоксидоний 1 курс.

Заключение. В результате проведенных реабилитационных мероприятий отмечалось значительное уменьшение кратности (в 2 раза) и продолжительности (в 2–3 раза) ОРЗ у обследованных пациентов, которые протекали с поражением только верхних дыхательных путей и характеризовались благоприятным течением.

РАЗВИТИЕ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Н.С. Мухамедова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы заключается в изучении развития спортивной медицины в Республике Узбекистан.

По литературным данным до настоящего времени в Узбекистане хорошо развивается спортивная медицина. Республиканский врачебно-физкультурный диспансер – ведущее учреждение Узбекистана по спортивной медицине, имеет более чем 60-летнюю историю существования.

Республиканский научно-практический центр спортивной медицины при Национальном олимпийском комитете имеет статус головного специализированного медицинского учреждения, который осуществляет единую политику в сфере спортивной медицины и обеспечивает медико-биологическую и медико-психологическую подготовку к соревнованиям спортсменов – членов национальных сборных.

Высококвалифицированные специалисты Республиканского врачебно-физкультурного диспансера оказывают медицинскую помощь членам олимпийских и паралимпийских сборных команд Узбекистана, спортсменам, тренерам, ветеранам и инвалидам спорта, жителям и гостям столицы, включая нерезидентов, занятых активной жизнедеятельностью, детям и взрослым, занимающихся физкультурой и спортом. Персонал диспансера осуществляет медико-биологическое сопровождение крупных спортивных соревнований республиканского и международного уровня, а также других мероприятий, имеющих отношение к спорту.

На Республиканский научно-практический центр спортивной медицины при Национальном олимпийском комитете возложены также функции национальной антидопинговой службы. В соответствии с ролью

головной организации Центр будет проводить подготовку, переподготовку и повышение квалификации медицинских кадров по специализации «спортивная медицина». Центр будет исследовать влияние лекарственных средств, режима и рациона питания на физиологическое состояние спортсменов. Разрабатывать программы создания и использования недопинговых средств, для повышения их возможностей, проводить работу по оптимизации индивидуальной спортивной физической нагрузки спортсмена с учетом планируемых соревнований и тренировок, обеспечивать его психологическую подготовку к соревнованиям, внедрять современные методы отбора молодых, одаренных и перспективных спортсменов, эффективные системы антидопингового контроля.

Таким образом, развитие спортивной медицины в Узбекистане создаст необходимые условия для дальнейшего развития спортивной медицины в республике и широкого внедрения ее передовых достижений в процесс комплексной физической и психологической подготовки спортсменов – членов сборных команд страны к Олимпийским, Азиатским играм, чемпионатам мира и Азии, другим международным соревнованиям. Даст возможность правильного и научно-обоснованного подхода к оказанию своевременной и квалифицированной помощи спортсменам, постоянных профилактических и восстановительных мероприятий, безусловно, отражается на возможностях достижения высоких спортивных результатов, спортивного долголетия атлетов. Применение самых передовых и современных разработок и научных рекомендаций практикующими спортивными врачами, даст положительный эффект.

ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

А.И. Мухиддинов, Г.Т. Маджидова, Ф.О. Хасанжанова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель данного исследования - Изучение КЖ как критерия эффективности медико-социальной реабилитации и вторичной профилактики инвалидов вследствие заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Методы исследования: В исследование были включены 80 инвалидов трудоспособного возраста, страдающих ишемической болезнью сердца (перенесенными инфарктами миокарда) в сочетании с артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью, проходивших обследование и лечение в условиях. Диагноз сердечно-сосудистой патологии был верифи-

цирован при комплексном клинко-инструментальном обследовании больных. Для оценки КЖ был использован Миннесотский опросник «Качество жизни больных с хронической сердечной недостаточностью».

Результаты исследования: Существенность статистических зависимостей высчитывалась с достоверностью 95%. Проведенный анализ выявил существенную зависимость показателя КЖ от тяжести артериальной гипертензии, стенокардии, нарушений сердечного ритма, хронической сердечной недостаточности. Анализ составляющих КЖ выявил значительную зависимость фи-

зической составляющей КЖ от выраженности сердечно-сосудистой патологии, а на социальную и психологическую составляющие эти факторы оказывали менее заметное влияние. Величина показателя КЖ, определяемая на основании оценок самого больного, то есть являющаяся, казалось бы, сугубо субъективным показателем, на самом деле коррелирует с рядом объективных величин и характеристик, выявляемых в ходе специального обследования сердечнососудистой системы пациента.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ ФЛОКСАДЕКСА ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ У ДЕТЕЙ

У.Б. Мухитдинов, Т.Ш. Шавкатов

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Целью проведенного исследования явилось изучить эффективность применения флоксадекса при консервативном лечении больных хроническим гнойным средним отитом у детей.

Материал и методы исследования: флоксадекс является комбинированным препаратом, содержащий в своем составе антибиотик широкого спектра действия группы фторхинолонов -ципрофлоксацин и глюкокортикоидный гормон -дексаметазон. Обладает антибактериальным, противовоспалительным, противоаллергическим и десенсибилизирующим действием. В условиях ЛОР – клиники ТашПМИ проведен анализ результатов лечения 47 больных с хроническим гнойным средним отитом (ХГСО) в возрасте от 12 до 18 лет. 24 больным после туалета уха местно применили флоксадекс по 2 кап. каждые 4 часа в день. Этих больных включили в основную группу. А 23 больным использовали местно антибактериальный раствор диоксицина (группа сравнения).

Результаты исследования: анализируя полученные результаты, мы провели сравнительную оценку результатов лечения в основной и сравнительной группах. Прежде всего, мы учитывали динамику следующих показателей: количество выделений из уха, отечность сли-

зистой оболочки барабанной полости, ее гиперемия и инфильтрация, рентгенологические признаки. Положительные результаты получены у пациентов обеих групп. Однако, процент эффективности лечения пациентов с ХГСО у основной группы(92%) была выше по отношению к сравнительной группе (84%). У пациентов основной группы гноеотечение прекратилось на 3 день, а в контрольной же группе на 7 – 8 день. Через 3 дня лечения у основной группы больных гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки барабанной полости значительно уменьшилась. В группе сравнения больных, получавших традиционное лечение с применением раствора диоксицина вышеуказанные симптомы наблюдались дольше (на 5 -6 дней).

Выводы: проведенные нами исследования подтверждают положительный клинический эффект местного применения флоксадекса, обусловленный его выраженным противовоспалительным действием на слизистую оболочку барабанной полости, в том числе и слуховой трубы. Представленные результаты свидетельствуют о целесообразности широкого применения флоксадекса, в комплексной терапии хронических гнойных средних отитов.

К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ФИБРОТОРАКСОМ

К.М. Мыкыев, А.Ж. Самсалиев, К.Б. Молдоисаев

Городская клиническая детская больница скорой медицинской помощи (Кыргызстан)

Цель исследования: изучить причины фиброторакса у детей для улучшения результатов лечения.

Материалы и методы исследования: нами обследовано данные 56 больных детей с фибротораком пролеченных в ГКДБ СМП за 2001-2013 гг. Больным кроме общеклинических методов, проводились исследования плевральной жидкости, рентгенографии органов грудной клетки, специфические методы исследования, по показаниям КТ, ЯМРТ и консультация фтизиопедиатра.

Результаты: выявлено в возрасте до 1 года 7 (12,5%), 1-3 года 15 (26,8%), до 7 лет 19 (33,9%), старше 7 лет - 15 (26,7%) больных. Мальчики составили 62,5%, девочки 37,5%. Из анамнеза давность заболевания отмечался от 10 дней до 6-х месяцев. 40 детей находились на амбулаторном и стационарном лечении в других соматических отделениях, 16 (28,6%) детей в специализированных стационарах. Жалобы при поступлении: кашель отмечено – у всех, повышения температуры тела до высоких цифр у 23 больных с острой гнойно-деструктивной пневмонией. При объективном осмотре у всех наблюдался асимметрия грудной клетки, за счёт западения и отставание пораженной половины грудной клетки, сужение

межреберий. У 5 детей вторичный сколиоз грудного отдела позвоночника. Перкуторно: укорочение легочного звука, аускультативно - ослабление дыхания на стороне поражения. У 5 детей был торако-бронхиальный свищ после дренирования. Проведено пункционное удаление выпота у 23 больных, у 33 дренирование плевральной полости. По характеру выпота: экссудативный - у 15, гнойный и гнойно-фибринозный - у 41 больных. При цитологическом изучении плевральной жидкости у 42, у всех обнаружено наличие белка, лейкоцитов, эритроцитов, у 13 преобладали лимфоциты, у остальных нейтрофилы. При исследовании на ПЦР в 2-х случаях отмечено положительная реакция. Всем больным проведено комплексное обследование на специфический процесс консультацией фтизиопедиатров. КТ и ЯМРТ грудной клетки проводились в 5-х случаях.

Из 56 больных фибротораком 17 (30,3%) прооперированы из-за отсутствия эффекта консервативной терапии. Консервативные методы заключаются в интраплевральном применении трипсина, химотрипсина, в сочетании ФАГИО, физиопроцедуры после дренирова-

ния плевральной полости, ЛФК. Всем больным в послеоперационном периоде проводили санаторно-курортное лечение на детских восстановительных центрах Иссык-Куля.

Выводы. У 28,6% экссудативным плевритом и 8,9% острой гнойно-деструктивной пневмонией отмечены

случаи перехода в фиброторакс с образованием грубых деформаций грудной клетки. Больные с фибротораксом после курса консервативного лечения в стационаре нуждаются в проведении санаторно-курортного лечения, что способствует улучшению результатов лечения.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЭХИНОКОККОЗОМ ЛЁГКОГО

К.М. Мыкыев, Т.О. Омурбеков, А.Ж. Самсалиев, К.Б. Молдоисаев, У.Ш. Шакирова

Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи, (Кыргызстан)

Цель работы: Оптимизировать методы диагностики, лечение и реабилитации детей с эхинококкозом легких.

Материал и методы исследования: Обследовано 423 больных детей с эхинококкозом лёгкого (ЭЛ) и сочетанные поражения (СП) ЭЛ в других органах пролеченных в отделении торакальной хирургии ГДКБ СМП г. Бишкек за 1999-2013 годы. Кроме общеклинических методов исследования применялась обзорная рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях, КТ, МРТ, УЗИ внутренних органов и плевральной полости.

Результаты: Установлено в возрастном-половом аспекте: до 2-х лет – 4 (0,9%), 3-6 – 81 (19,1%), 7-10 – 140 (34,0%), старше 10 лет – 198 (46,8%) больных ЭЛ. Мальчики – 275 (65,0%), девочки – 148 (35,0%). По локализации: в правом лёгком – у 205 (48,5%), в левом – у 175 (41,4%), в обоих лёгких – 43 (10,2%) больных. СП наблюдался у 64 (15,1%) больных: в печени – у 61, головной мозг – у 1, селезёнка – у 2. Из осложнений отмечено: нагноения эхинококковой кисты 102 (24,1%), разрыв – у 79 (18,7%) больных. Причинами разрыва ЭЛ были: случайные травмы – у 42, поднятие тяжести – у 13, безпричинные – у 24 больных. Как отмечено в анамнезе, дети до получения травм в большинство случаев никаких жалоб не предъявляли, и преобладание в большинство случаев больших кист в лёгких указывает на «экспансивный» рост эхинококковой кисты и бессимптомное течение у детей. Основными методами в диагностике является обзорная рентгенография грудной клетки в передней и боковой проекции. КТ и МРТ показана при огромных ЭК лёгкого для дифференциальной диагностики с тотальным плевритом и применено у 27 больных. УЗИ внутренних органов имеет большое диагностическое значение для определения состояния содержимого ЭК, и в принятии тактических решений.

При СП с другими органами первоочередно удаляется ЭЛ учитывая преобладание больших кист и опас-

ности разрыва. У 6 больных первоочередно оперирован эхинококкоз печени, в 1 случае головном мозге. У 25 больных СП при правосторонней ЭЛ и 7-8 сегментах печени одномоментно проводили диафрагмотомию и эхинококкэктомия печени. При средних и неосложнённых кистах лёгкого проводили «миниторакотомию». У 14 больных произведено «закрытая», у остальных «открытая» эхинококкэктомия. Терминология операции исходит из воздействия на паразитарную кисту, а не метода ликвидации остаточной полости. Закрытия остаточной полости лёгкого производим «поэтажными» узловыми швами. В ближайшем послеоперационном периоде отмечены осложнения кровотечения в 1 случае. У 2 больных образовался бронхиальный свищ, закрылся после бронхоблокады. С целью профилактики ателектазов лёгкого назначали адекватное обезболивание, ЛФК, постуральный дренаж, физиопроцедуры, отхаркивающие на фоне общепринятой тактики. Летальный исход отмечен в одном случае. При изучении в отдалённом периоде из осложнённых форм ЭЛ у 5 детей обнаружен хронический деформирующий бронхит и локальный бронхоэктаз. У 2-х рецидивный эхинококкоз лёгкого. С целью профилактики рецидива заболевания назначали гелмадол, диспансерное наблюдение в центрах семейной медицины с УЗИ органов брюшной полости 2 раза в год, обзорная рентгенография органов грудной клетки в течении 5 лет.

Таким образом ЭЛ у детей растёт «экспансивно», бессимптомно, что приводит к частым осложнениям. При СП первоочередно необходима операция на лёгких, при отсутствии осложнений в других органах. Метод «мини-торакотомии», ликвидация остаточной полости «поэтажными» швами, более раннее применение ЛФК, физиопроцедур способствует благоприятному течению послеоперационного периода.

ЖИГАРНИНГ АЛКОГОЛ ТАЪСИРИДА ЗАРАРЛАНИШИНИ ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Г.У. Назарова, М.Б. Бойкүзиева, Я.Г. Усмонова, Ж.М. Худойбердиев,
З.В. Юнусова, Д. Мирмунинова, З.Ш. Назарова

Андижон давлат тиббиёт институти

Мақсад: Аҳоли орасида алкоғолли гепатитни эрта аниқлаш, ҳамда жигар циррози натижасида ривожланган ногиронлик ва ўлимни камайтириш.

Вазифалар: 1. Беморларнинг карталарига асослашиб, ретроспектив баҳолаш. 2. Беморларнинг объектив текшириш натижасида клиник баҳолаш; 3. Асосий ва назорат гуруҳидаги беморлар ҳолатини аралашувдан кейин проспектив баҳолаш; 4. Асосий ва назорат гуруҳидаги беморларда даволаниш мобайнида олинган натижаларга суяниб клиник самарадорлигини аниқлаш.

Натижа: Назоратдаги ҳудудимизда, назоратга олинган 40 нафар бемордан 20 таси мукамал даволанишга

розилик берди. 11 таси даволанишга иқтисодий жиҳатдан тўлиқ даволана олмаслигини таъкидлади, 9 та бемор спиртли ичимлик ичмасдан юришга ваъда берди. 40 нафар бемордан 20 таси асосий ва 20 та назорат гуруҳига ажратиб олинди. Асосий гуруҳдагиларда даво муолажаси бошланди, 10 та беморда яхшиланиш тез бўлди. Назорат гуруҳидан 20 та бемордан даволанмасдан, 11 таси спиртли ичимликлар истеъмол қилмасдан парҳезда бўлди ва аҳоли яхшиланиб клиник белгилари йўқолганлиги кузатилди. 9 та бемор иродасизлиги туфайли спиртли ичимликлар ичишни давом эттирди ва улардан 1 таси жигар циррози, 5 таси сурункали алка-

голли гепатит билан оғриб «Д» ҳисобга олинди. Энг аввало аҳоли ўртасида буклетлар ёрдамида тарғибот ва ташвиқот қилиниб, спиртли ичимлик истеъмол қилиш камайишига эришилди, бу билан биргаликда «Алкоголлик гепатит» ва «Жигар циррози» мавзуларида маърузалар ташкил қилинди.

Спиртли ичимлик ичувчилар ўртасида жигарнинг инсон организмидаги ролини буклетлар ва тарғибот ишлари билан тушунтириш катта аҳамият касб этди, бу билан биргаликда жигар циррози билан ногиронликка чиқиш ва ўлим 2012 йилга нисбатан 2012-2013 йилларда камайишига эришилди. УТТ натижалари бўйича: 20 та бемордан даволанишдан сўнг, 19 тасида катталашган жигарни размери кичрайишига эришилди. Кўриниб турибдики, даволанишдан сўнг асосий гуруҳдагиларда клиник белгилари йўқолиб лаборатория кўрсаткичлари яхшиланди.

Хулоса: Жигарни алкогольли зарарланиши ва жигар циррози олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар ўз натижасини берди. Назорат гуруҳига нисбатан асосий гуруҳдаги беморларни ҳаёт сифати яхшиланди, шахсий ҳаёти йўлга қўйилди, ишлаш қобилияти тикланди,

ишдаги самарадорлиги ва мавқеи ошди. Асосий гуруҳдаги беморларда алкогольли гепатит ва жигар циррози касалликлари олди олинди, шу билан биргаликда жигар циррозидан ногиронликка чиқиш ҳамда ўлим сони камайди. Энг асосийси даволанган беморларни оиласида барқарор муҳит тикланиб бир неча беморларни аёллари келиб ўз миннатдорчилигини билдирдилар, бу беморларнинг ҳаёт сифати меъёрий оқимга тушганлигини билдиради. Назорат гуруҳдаги 20 нафар бемордан 8 таси сурункали гепатит, 2 таси жигар циррози касаллиги билан касалланганлиги қайд қилинди, ҳамда жигар етишмовчилиги билан ногиронликка ўтказилди.

Тавсиялар: 1.Алкоголлик гепатит ва жигар циррози кейинчалик қандай оқибатларга олиб келиши беморларга кенг кўламда тушунтириш. 2. Беморларга руҳий таъсир этиб, спиртли ичимликларни истеъмол қилмаслигига эришиш. 3. Режали даволашни кенг йўлга қўйиш. 4.Жигар хужайраси мембраналарини тикловчи дори-дармонлардан яъни Эссенциал фосфолипидларнинг янги авлодларидан кенг кўламда фойдаланиш.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ КОРМЯЩИМ ЖЕНЩИНАМ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Г.У. Назарова, М.Б. Бойкузиева, Я.Г. Усманова, М.М. Рахматова,
З.В. Юнусова, З.Ш. Назарова, Д. Мирмунинова

Андижанский государственный медицинский институт

Цель: Оценка с последующим повышением качества услуг по грудному вскармливанию в условиях городской поликлиники.

Задачи: 1. Создать команду и провести ретроспективный анализ амбулаторных карт; 2. Разработать стандарты и индикаторы; 3. Собрать информацию у кормящих матерей с помощью вопросника. 4. Провести мониторинг результатов и разработать меры по улучшению проблемы грудного вскармливания; 5. Улучшить информированность женщин о преимуществах грудного вскармливания.

Материал и методы: ретроспективный анализ амбулаторных карт, разработка и подсчет стандартов и индикаторов, сбор информации у матерей с помощью разработанного вопросника.

Результаты исследования: 1. В результате проведенного ретроспективного анализа амбулаторных карт ф-112, нами было выявлено, что большое число детей - 45%, страдают частыми желудочно - кишечными расстройствами и простудными заболеваниями. 2. Как оказалось большая часть детей до 6 месяцев, около 65%, начинали получать прикорм в виде воды или искусственных смесей, с использованием бутылочек с сосками из-за незнания матерей и отсутствия информирования матерей медицинским персоналом поликлиники; 3. Выяснилось, что во время беременности - 90% матерям не объяснялись . правила грудного вскармливания и

преимущества грудного молока. Такие рекомендации не были даны им и в роддоме. 4. Неправильное вскармливание привело к уменьшению лактации, недоеданию детей и отсутствие прироста веса и роста, что вынуждало 17% матерей вводить прикорм; 5. Не правильное вскармливание способствовало недостаточному действию метода лактационной аменореи и наступлению незапланированной беременности -14% женщин.

Выводы. На основании полученных результатов была проведена работа по повышению качества оказания медицинской помощи кормящим женщинам, была выбрана соответствующая команда, которая провела следующие мероприятия:

- 1.Обучение патронажных медсестер технике и правилам правильного прикладывания к груди;
- 2.Установлен контроль над посещением матерей, выписанных из роддома с обучением их технике и правилам правильного прикладывания к груди;
- 3.Рекомендованы участковым врачам уделять больше внимания вопросам вскармливания во время консультации кормящих матерей;
- 4.Организовать в поликлинике школу, для матерей, с раздачей обучающих материалов, буклетами плакатами и группу поддержки молодых матерей. Мониторинг процесса повышения качества запланирован на август месяц с повторным анкетированием матерей и анализ амбулаторных карт детей.

УЛЬТРАФОНОФОРЕЗ ГИДРОКАРТИЗОНОВОЙ МАЗИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТЕ У ТАБАКОВОДОВ

Н.Ш. Назарова, У.Ж. Жуматов

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Целью настоящего исследования было ультразвуковое изучение состояния костной ткани челюстей на фоне комплексного лечения пародонтита с применением фонофореза 1% -ной мази гидрокартизона.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 55 табаководов (28 мужчин и 27 женщин) в возрасте от 25 до 65 лет со средней и тяжелой степенью хронического генерализованного пародонтита. В зависимости

от вида использования гидрокартизоновой мази пациентов разделили на 2 группы. В первой (контрольной) группе пациентов (29 человек) ежедневное лечение заканчивали наложением лечебно-защитных повязок на основе 1%-ной гидрокартизоновой мази, приготовленных ex tempore с добавлением порошков окиси цинка и искусственного дентина в соотношении 1:1. Во второй (основной) группе пациентов (26 человек) на десны наносили 1%-ную гидрокартизоновую мазь. Потом вибратором площадью 1 см² от ультразвукового аппарата УЗТ-102 С проводили озвучивание десны. Параметры: импульсный режим 4-10 м/с, интенсивность 0,05-0,2 Вт/см². На курс лечения назначали до 12-15 процедур ежедневно. Эффективность комплексной терапии пародонтита в обеих группах пациентов оценивали с помощью ультразвуковой остеометрии, основанной на измерении скорости распространения ультразвука в костной ткани челюстей с помощью прибора «Эхо-остеометр – ЭОМ-01Ц».

Результаты исследования. Установлено, что после проведенного курса лечения в обеих группах пациентов наблюдается повышение плотности костной ткани челюстей. Однако у пациентов контрольной группы повышение плотности костной ткани челюстей не имеет достоверной разницы ($P>0,05$) от исходного уровня. В то время у пациентов основной группы, где для комплексной терапии пародонтита применялся фонофорез 1%-ной мази гидрокартизона, после лечения отмечается достоверное ($P<0,001$) увеличение скорости распространения ультразвука как на верхней челюсти (на 38,6%), так и на нижней челюсти (на 25,1%). Это свидетельствует об увеличении плотности костной ткани челюстей после проведенного комплексного лечения с применением фонофореза 1%-ной мази гидрокартизона.

Таким образом, результаты проведенных исследований говорят о высокой эффективности фонофореза гидрокартизона при лечении пародонтита у табаководов по сравнению с общепринятым традиционным способом.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРИНДОПРИЛА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

М.Х. Назирова, М.М. Эрназарова, И.А. Рузметова, Д.А. Эгамбердиева

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: оценить эффективность ингибитора ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) периндоприла на первом этапе медицинской реабилитации у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы исследования: обследовано 44 пациента ГБ (28 мужчин, 16 женщин) с артериальной гипертензией (АГ) I и II степени в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст $51 \pm 10,2$ лет). Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту и клиническим проявлениям, которым проводили общеклинические обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, в том числе электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию (ЭхоКГ), липидный спектр, коагулограмму. Пациентам к стандартной терапии добавляли периндоприл (SERVIER) 4 мг 1 раз в сутки. Больные II группы получали комплексное лечение: стандартная терапия + периндоприл + физиотерапия, которая включала: электросон - сила тока 60-120 Гц, 30 мин, №10, е/д; электрофорез воротниковой зоны сила тока 15-20 мА, 10-15 мин № 10, е/д; массаж воротниковой зоны 10 минут, №5, ч/д.

Результаты: больных АГ I и II степени беспокоили головные боли, головокружение, тошнота, шум в ушах,

быстрая утомляемость, раздражительность и плохой сон. Все эти факторы ухудшали качество жизни больных и трудоспособность. Лечение в обеих группах оказало благоприятный эффект, проявившийся в уменьшении симптомов болезни, а также показателей систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД). Под влиянием периндоприла САД снизилось на 16,81% (с $162,4 \pm 9,6$ мм рт.ст. до $135,1 \pm 10,7$ мм рт.ст., $p<0,05$), а ДАД – на 12,5% (с $98,8 \pm 6,5$ мм рт.ст. до $86,4 \pm 4,1$ мм рт.ст.). Однако у больных II группы, получавши помимо стандартной терапии, периндоприл и физиотерапевтическое лечение САД и ДАД были ниже по сравнению с группой контроля (с $162,4 \pm 9,6$ мм рт.ст. до $125,1 \pm 10,7$ мм рт.ст., $p<0,05$), а ДАД – (с $98,8 \pm 6,5$ мм рт.ст. до $78,4 \pm 4,1$ мм рт.ст.), хотя, за указанный срок, статистической достоверности достигнуть не удалось.

Выводы: применение периндоприла с физиотерапевтическим лечением оказало благоприятный терапевтический эффект на I этапе реабилитации у больных с ГБ.

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Х.А. Наимова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: изучить показатели качества жизни больных остеоартрозом (ОА) и оценить эффективности комплексных схем терапии с включением процедур лечебной физкультуры.

Материалы и методы: в исследование были включены 100 пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, средний возраст составил $58,3 \pm 9,1$ года. Все больные в зависимости от методов лечения были разделены на 2 группы. Первая группа, получавшая физические упражнения (ЛФК), состояла из 54 пациентов. Пациенты в этой группе выполняли ежедневно комплекс физических

упражнений для укрепления мышц окружающие суставы. Вторая группа, получавшая только медикаментозную терапию, состояла из 46 пациентов. Все пациенты получали аналогичное медикаментозное лечение - нестероидные противовоспалительные препараты в дозе 100-150 мг в сутки в пересчете на диклофенак, сосудистую терапию, хондропротекторы – структум, терафлекс, алфлутоп. Качество жизни больных определены с помощью международного опросника EQ-5D. Международный опросник EQ-5D состоит из 5 компонентов: передвижение в пространстве (1), самообслуживание (2),

повседневная активность (3), боль и дискомфорт (4), тревога и депрессия (5).

Результаты и обсуждение: после проведенного лечения с применением лечебной физкультуры наблюдалось значительное улучшение всех 5 параметров характеризующих качество жизни. У больных ОА назначение процедур ЛФК, в первую очередь, способствовало улучшению общего состояния и снижению невротической напряженности. По шкале «Тревога и депрессия» опросника EQ-5D среди больных первой группы после комплексного лечения с применением процедур ЛФК не отмечали тревогу и депрессии 71,4% больных, и только у 28,6% пациентов сохранилась признаки небольшой тревоги и депрессии. В контрольной группе у 4,3% больных отмечено выраженная тревога и депрессия, у 43,5% - признаки небольшой депрессии и тревоги и всего 52,2% пациентов не имели признаков депрессии и тревоги. По шкале «Передвижение в пространстве» 92,6% больных имели некоторые проблемы, то после лечения их было всего - 44,4% пациентов. После лечения с применением ЛФК 55,6% пациентов не отмечали проблем связанных с передвижением в пространстве. В контрольной группе после курса лечения у 67,4% больных сохранились проблемы с передвижением. На вопрос касающиеся по поводу самообслуживания после курса лечения с применением ЛФК не имели проблем 74,0% больных. В этой группе все больные могли мыться и одеваться. В контрольной группе 63,0% больных не име-

ли проблем с обслуживанием, 34,8% больных имели некоторые проблемы, 2,2% больных - не могли мыться и одеваться. По шкале «Повседневная активность» среди больных первой группы «не имели проблем», «имели некоторые проблемы» и «не могли выполнять повседневные дела» соответственно - 68,5; 27,8 и 3,7% больных, а в контрольной группе - 45,7; 47,8 и 6,5% пациентов. Аналогичная картина наблюдалась и по шкале «Боль и дискомфорт». Так, после курса лечения с применением ЛФК среди больных первой группы не было боли и дискомфорта у 70,4%, имели «небольшая боль и дискомфорт» - 18,5%, имели «сильную боль и дискомфорт» - 11,1% пациентов. В контрольной группе по аналогичным критериям результаты были получены соответственно - у 50; 32,6 и 17,4% больных.

Таким образом, сочетанное применение процедур лечебной физкультуры, противовоспалительной терапии и хондропротекторов при ОА оказывает позитивное влияние на общее состояние больных, клинические проявления суставного синдрома и качества жизни больных. Средства ЛФК способствуют уменьшению гипоксии тканей в результате активизации общего и местного кровообращения, венозного стока и отека вследствие улучшения микроциркуляции, улучшению регуляции водно-солевого обмена и нормализацию метаболизма, разгрузку и стабилизацию сустава путем укрепления мышц, окружающих сустав.

НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ

Р.М. Нарзикулов, Д.М. Абдуллаев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Провести оценку эффективности комплексного лечения больных онихомикозом с использованием противогрибкового препарата тербинафина и электрофореза местно с соком каланхоэ Дегремона в смеси 20% очищенной серы и 2% салициловой кислоты.

Материалы и методы исследования. Обследовано и проведено лечение 29 больным с онихомикозом в возрасте от 7 до 55- лет (15 - мужчин; 10 - женщин и 4- детей). Поражение ногтевых пластинок кистей отмечалось у 15 пациентов, стоп - у 11, кистей и стоп - у 3 больных. Гипертрофическая форма болезни наблюдалась у 8, атрофическая у 12 и нормотрофическая у 9 больных. Диагноз у всех больных был подтвержден микроскопически. До и после лечения всем больным были проведены биохимические исследования функции печени, обильный анализ ксиски и мочи.

Электрофорез с соком каланхоэ Дегремона применяли в смеси 20% очищенной серы и 2% салициловой кислоты. Перед приемом смесь препарата взбалтывали

и накладывали в область пораженных ногтей местно 1-раз в день через каждые 24- часов до полного излечения болезни по 15 сеансов с перерывами 10 дней. Помимо физиотерапевтического лечения электрофорезом взрослые старше 14-лет получали тербинафин по 250 мг один раз в день в течение 14-дней. Детям до 14- лет проводили электрофорез в сочетании витаминно- минеральной терапией (Дуовит, витамин А).

Результаты: Под влиянием проводимой терапии в период от 18-40 дня от начала лечения у 27 из 29 - больных с онихомикозом наступило клиническое выздоровление. У 2-х больных к 40-дню отмечались значительное улучшение, которые в дальнейшем дополнительно получали помимо электрофореза гепон, трентал, витаминно - минеральную терапию. Все больные перенесли лечение без побочных реакций и субъективных жалоб.

Выводы: Таким образом, разработанной нами комплексный метод лечение является экономичным, высокоэффективным и безопасным и рекомендуем использовать в практическое здравоохранение.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ

Р.М. Нарзикулов, Д.М. Абдуллаев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Изучение терапевтической эффективности комплексного метода лечения больных хронической истинной экземы в стадии обострения стандартной терапией в сочетании с электрофорезом с учетом быстрого купирования клинических признаков болезни и предупреждения рецидивов заболевания.

Материалы и методы исследования: Проведено лечение 58 пациентам хронической истинной экземой в

стадии обострения с давностью заболевания от 3 до 19 лет. Возраст больных колебался от 18 до 65- лет (женщин-36, мужчин-22). У 49 (84,48%) больных рецидивы болезни наблюдались 2-3 раза в год, в весенне-осенний период времени. У остальных 9 (15,52) больных обострение болезни отмечались 3-4 раза в год, независимо от сезонности заболевания. У большинства 46 (79,3%) больных при объективном осмотре патологиче-

ский процесс локализовался симметрично, на тыльной поверхности кистей рук. У 12 (20,7%) больных экзематозный процесс носил распространенный характер и располагался симметрично на тыльной поверхности кистей рук и в голеностопных складках, где на фоне гиперемии отмечались мелко пузырьковые высыпания, узелки, мелкоочечные эрозии, мокнутия, серозно-кровянистые корочки. У всех больных кожа в области очага поражения была инфильтрирована, уплотнена, лихенифицирована. Субъективно у всех больных отмечался сильный зуд.

После установления клинического диагноза всем больным были проведено стандартное лечение в комплексе электрофорезом с бетасаликом. Электрофорез проводили на 5 день лечения, через день, всего 12 сеансов на курс с предварительным нанесением мази, содержащего глюкокортикостероид бетаметазон и салициловую кислоту, за 15 минут до процедуры.

ПРИМЕНЕНИЕ ДИАДИНАМОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

М.Т. Насретдинова, С.И. Индиаминов, Н.Ж. Хушвакова, О.Н. Кодиров

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучение эффективности диадинамических токов в лечении больных вазомоторным ринитом.

Материалы и методы: В исследование включались 20 больных ВР, амбулаторных и находящихся на стационарном лечении в лор отделении клиники СамМИ. Больные были разделены на 2 группы. Опытной группе (10 человек) проводились процедуры ДДТ. Во время проведения исследования пациентам запрещалось применение сосудосуживающих капель. Больные контрольной группы (10 человек) получали только медикаментозное лечение. Диадинамические токи назначались от аппарата «Рефтон». Суть метода заключается в воздействии на организм больного двумя постоянными низкочастотными импульсными токами, подводимыми к организму раздельно или при непрерывном чередовании.

Методика воздействия: положение больного сидя или лежа в удобной позе, активный электрод(-) интраназально, второй(+) на шейный отдел позвоночника. Курс 10 процедур ежедневно.

Результаты: В результате проведенного лечения больным в опытной группе отмечалось уменьшение нарушения дыхательной, выделительной и обонятель-

Результаты: Под влиянием проводимой терапии у всех больных наступило клиническое выздоровление - исчезли субъективные ощущения, дальнейшее прогрессирование процесса - появление свежих высыпаний прекратилось, все элементы регрессировали, отмечалось уплотнение и побледнение инфильтрата. Тургор кожи восстановился. Клиническое выздоровление чаще наступало на 10 - 14 день после лечения. Больные наблюдаются в течение 12 месяцев, и достигнутый эффект держится.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о достаточной терапевтической эффективности разработанного нами комплексного метода (стандартная терапия в сочетании с электрофорезом) лечения больных хронической истинной экземой в стадии обострения.

ной функции (соответственно: скорость выдоха через нос увеличилась). А у больных контрольной группы, получавших только медикаментозное лечение.

В качестве критерия оценки дыхательной функции использовался показатель скорости выдоха через нос. Для оценки выделительной функции исследовались такие показатели как pH, количество выделяемой слизи за 10 минут. Для оценки обонятельной дисфункции использовалась десятибалльная визуально-аналоговая шкала, где 10 баллов расценивается как anosmia, 1 балл - нормальное обоняние.

Таким образом, включение в терапию больных вазомоторным ринитом диадинамических токов по интраназальной методике повышает эффективность лечения, что в сравнительном исследовании подтверждается достоверным уменьшением нарушения дыхательной выделительной и обонятельной функции. Воздействие диадинамическими токами в зависимости от стадии заболевания целесообразно сочетать с бальнео-, теплотечением.

Разработанный метод использования диадинамических токов является эффективным для лечения пациентов с вазомоторным ринитом.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

М.Т. Насретдинова, Ф.А. Нурмухамедов, О.Н. Кодиров, А.И. Болтаев

Самаркандский государственный медицинский институт

Материалы и методы исследования: Проанализирована группа из 153 детей в возрасте от 5 месяцев до 3 лет с нарушением слуховой функции, которым после обследования у невропатолога, психиатра, педиатра, психолога и сурдопедагога проводилась тимпанометрия (оценка функции среднего уха и слуховой трубы для исключения кондуктивного компонента), акустическая рефлексометрия и ASSR. ASSR-ответ на постоянный модулированный тон. Визуально очень похоже на КСВП но отличаются расшифровкой. Из числа обследованных за 3 года 72 мальчиков и 81 девочки от 5 месяцев

до 1 года было 17 детей, от 1 года до 2 лет - 57, от 2 до 3 лет - 79.

После регистрации ASSR из данной группы больных выявлена 3-я степень тугоухости у 37 детей (24,2%), 3-4-я степень - у 68 (44,4%), 4-я степень - у 45 (29,4%), глухота на одно ухо, а тугоухость 3-4-й степени на другое - в 3 случаях (2%).

Далее проводились бинауральное слухопротезирование и занятия с сурдопедагогом с использованием верботонального метода развития слушания и речи.

Результаты: Шестидесят восемь детей были слухопротезированы в шестимесячном возрасте; отмечено,

что фразовая речь у них формировалась более естественным «материнским» путем, чем у детей, спротезированных в более поздние сроки. Контрольные регистрации ASSR в зависимости от возраста проводились 1 раз в 6 месяцев или 1 раз в год. Исследование обычно назначается на время дневного сна ребенка по предварительной договоренности с врачом сурдологом.

После периода адаптации к слуховому аппарату проводилась регистрация ASSR для оценки порогов слышимости в свободном звуковом поле при включенном слуховом аппарате, что позволяло проводить точную настройку слухового аппарата.

Выводы: Предложенный метод реабилитации с использованием ASSR в детской практике позволяет определить порог слышимости почастотно, точно настроить слуховой аппарат и оценить качество слухопротезирования по порогам слышимости в свободном звуковом поле в слуховом аппарате. А также оценить эффективность лечебных мероприятий, способствует ранней активной диагностике нарушений слуховой функции, что является определяющим моментом успешной слуховой и речевой реабилитации детей с нарушением слуха.

РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

З.А. Насирова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: разработать принципы реабилитации женщин, перенесших кесарево сечение, путем применения контрацептивов.

Материал и методы исследования: нами было обследовано 110 пациенток, которых мы разделили на 3 подгруппы: 1 подгруппу составили 30 женщин, которым во время кесарева сечения был введен внутриматочный контрацептив Cu T380; 2 подгруппу составили 30 женщин, которым спустя 6 месяцев после оперативных родов был также введен ВМК Cu T380А; 3 подгруппу составили 50 женщин, которым для профилактики нежелательной беременности был предложен прием чисто прогестинового орального контрацептива (ЧПК) - Лактинет.

Результаты: установлено, что применение внутриматочной контрацепции CuT380А во время операции кесарева сечения эффективно в 98,2%; интраоперационно побочные реакции и осложнения наблюдаются реже, чем при интервальном введении после кесарева сечения и самостоятельных родов - в 9,9% против 26,7% и 33,3%. Интраоперационное введение ВМК не влияет на состояние общего иммунитета женщины, что может служить признаком отсутствия риска развития послеоперационных гнойно-септических осложнений. В наших наблюдениях не было ни одного случая развития гнойно-септических осложнений на фоне введения ВМК во время кесарева сечения.

Вместе с этим следует отдавать себе отчет о том, что не всем женщинам допустимо введение ВМК как во время кесарева сечения, так и в раннем послеродовом периоде. Тщательный отбор и оценка пациентов - залог успешного использования этого метода контрацепции.

В связи с этим, 50 пациенткам, которым ВМК по разным причинам не могло быть введено, мы назначили мини-пили Лактинет по 1 таблетке в непрерывном режиме. Следует отметить, что перед назначением контрацепции ВСК пациентки получили адекватное консультирование и заполнили форму информированного согласия. Результаты исследования по использованию Лактинет показали, что эффективность мини-пили в послеродовом периоде составляет 100%. Однако, имели место побочные реакции в 18% в виде ациклических маточных кровотечений случаев, что потребовали отказа от приема данного контрацептива и перевода пациентки на другой метод контрацепции.

Динамическое наблюдение и обследование за женщинами, использующими ВМК и мини-пили осуществлялось в течение одного года после операции. Внимательно следили за выделениями из половых путей, экспульсией, миграцией ВМК и возможностью присоединения инфекции.

Выводы: анализ результатов исследования позволил выявить высокую контрацептивную эффективность обоих методов и минимальное количество побочных эффектов. Осложнений, связанных с применением этих методов, мы не наблюдали. Все вышеизложенное позволяет рекомендовать интраоперационное введение ВМК и назначение мини-пили в непрерывном режиме через 6 недель после кесарева сечения, как эффективные и безопасные методы контрацепции. Незначительное число побочных эффектов значительно превышают риск нежелательной и нежеланной беременности у женщин с рубцом на матке.

БОЛАЛАРДА МИЕЛИТЛАРНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Ш.Т. Ниёзов, А.Т. Джурабекова

Самарканд давлат тиббиёт институти

Тадқиқот мақсади: асаб тизимининг яллиғланиш касалликларининг ўткир ва сурункали даврларида қийёсий даволаш усуллари тақомиллаштириш.

Тадқиқот материаллари: объектив неврологик текширув мақсадида 58 нафар бемор ҳисобга олинди. Улардан кўкрак миелити билан 33 та (56,9%) ва бел миелити билан - 25 та (43,1%) бўлган беморлар ташкил этди. Барча беморлар 2 гуруҳга бўлиниб: 1-гуруҳ (30 (51,7%)) дори воситаларни қабул қилиб, физиотерапевтик муолажаларни кеч қабул қилган беморлар, 2-гуруҳ (28 (48,3%)) эрта даврларданок физиотерапевтик муолажаларни қабул қилган беморлар ташкил этди. Дори

препаратларидан антибиотиклар, яллиғланишга қарши ностероид препаратлар, орқа мия шишини олдини олиш мақсадида сийдик ҳайдовчилар, биостимуляторлар, спастик фалажларда мушаклар тонусини пасайтириш мақсадида миорелаксантлар, антихолинэстеразлар ва умумий қувватлантирувчи воситалар тавсия этилади. Енгил пассив жисмоний машқлар, калий перманганатнинг кучсиз эритмаси ва совунли ванналар эрта даврлардаёқ тавсия этилади. Сийдик тутилиб қолиш ҳолатлари ва сийдик чиқарув йўллариининг яллиғланиш аломатлари сезилганда сийдик пуфаги катетеризация қилинган, дезинфекцияловчи эритмалар

(борат кислота, калий перманганат, фурацилин ва ҳақозо) ёрдамида ювилиб, сийдик пуфаги соҳасига иттигич (грелка) қўйилади.

Касалликнинг илк кунлариданоқ ётоқ яраларининг олдини олиш чоралари кўрилиши лозим. Биринчи навбатда беморнинг ётоқда ётиш ҳолатини назорат қилиб бориш керак бўлади. Мабодо терида қизариш ҳолати сезилиб ётоқ яраларига гумон қилинганда шу соҳаларга ультрабинафша, ё бўлмасам инфрақизил нурлар билан нурлаш, перикис водород ва калий перманганат эритмалари билан ювиш айна муддаодир. Гангреноз ётоқ яраларининг некротик тўқималарини соғ тўқималаргача кесиш олиб, дезинфекцияловчи эритмалар билан ювилгач малҳамлар (цинкли, дерматол, левомикол, стрептомицилли, Вишневский линименти ва ҳақозо) қўйилади.

Қолдиқ асоратлар даврида гимнастика, массаж ва физиотерапевтик муолажалар (диатермия, учоқ соҳасига трансцеребротинал йодли препаратлар билан ионо-галванизация) қилиш давом эттирилади. 4-6 ой ўтгач беморни санатор-курорт даволанишга юбориш мумкин.

Тадқиқот натижалари: ўтказилган тадқиқот натижаларига назар солидиган бўлсак, 1-гурӯх беморларнинг 5 (16,7%) нафарида тўлиқ тузилиш даври касалликнинг 15-20 кунларига тўғри келди, 18 (60,0%) нафарида 3-4 ойдан сўнг соғайиб, 7 (23,3%) нафарида қолдиқ асоратлар (фалажлик ҳамда чаноқ аъзолари иш фаолиятининг зарарланиши) узоқ вақт мобайнида сақланиб қолди.

2-гурӯх беморларнинг 15 (53,5%) нафарида тўлиқ тузилиш даври касалликнинг 10-17 кунларига тўғри келди, 8 (28,6%) нафарида 1-2 ойдан сўнг соғайиб, 5 (17,9%) нафарида қолдиқ асоратлар (фалажлик ҳамда чаноқ аъзолари иш фаолиятининг зарарланиши) 2-3 ойгача сақланиб қолди.

Хулоса: болаларда учрайдиган марказий асаб тизимининг яллиғланиш касалликларида дори воситалари билан биргаликда физиотерапевтик муолажаларни касалликнинг илк даврлариданоқ қўллаш ижобий клиник натижага эрта етишишга имкон беради.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Ш.Р. Ниязов, Л.А. Каратаева, У.Б. Мухиддинов, М.М. Хасанов

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: разработка современных аспектов профилактики и реабилитации больных с хроническими гнойными средними отитами (ХГСО).

Материалы и методы: в основу исследования положены результаты лечения у 12 больных с ХГСО без холестеатомы, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в клинике ТашПМИ. Средний возраст составил 43,7±0,9 года.

Результаты: у 55% больных, подвергшихся санлирующим операциям по поводу ХГСО, наблюдается хронизация процесса, вследствие которой у 80-90% из них развиваются различные формы нарушения слуха. С высокой частотой оно выявляется у лиц подросткового возраста (16-17 лет). Частота ХГСО в этой группе в 2013 г. более чем в два раза превышала общий для всего населения уровень. После санации полости среднего уха в ходе реабилитации данной категории больных необходимо устранить этиологического факторы. Консервативное лечение включает препараты, направленные на усиление кровотока в улитке и венозного оттока (окси-

кароген, бетастидин, папаверин, алкалоиды спорыньи), улучшение мозгового кровообращения (циннаризин, трентал, кавинтон, компламин и другие), антикоагулянты (гепарин, дикумарин); назначают осмотические диуретики (фуросемид), для дезинтоксикации – декстранты (реополиглюкин, гемодез). Витамины группы В, Е, С, РР, кокарбоксилаза, АТФ, эссенциале, а также стероидные и анаболические гормоны, биогенные стимуляторы (апилак, алоэ, ФИБС, аминалон, отоневрин, галантамин, прозерин, стрихнин) Такое комплексное лечение целесообразно проводить 1-2 раза в год.

Таким образом, программа медицинской реабилитации больных хроническим гнойным средним отитом с нарушениями слуха должна быть направлена на санацию полости среднего уха и включать комплекс мероприятий для компенсации нарушенной или утраченной слуховой функции с использованием методов и средств консервативного восстановительного лечения.

ВЛИЯНИЕ СМЕСИ ГЛИЦИНА, ПРОЛИНА И АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ ПРОДУКТОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ КРОЛИКОВ В ДИНАМИКЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

М.К. Нишантаев, З.К. Зиямуддинова, У.Л. Султонходжаев, Х.Н. Акбарходжаева

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель: Оценка эффективности смеси глицина, пролина и аскорбиновой кислоты в снижении содержания продуктов перекисного окисления липидов – малонового диальдегида и диеновых конъюгатов при инфаркте миокарда у кроликов в эксперименте.

Материалы и методы исследования: Опыты проведены на 15 кроликов-самцов массой 2,8-3,5 кг. Экспериментальный инфаркт миокарда (ЭИМ) вызывали путем перевязки нисходящей ветви левой коронарной артерии (А.Коган, 1978). Сразу после перевязки погибли 2 кролика, через 30 минут погиб 1

кролик и через 1 час после перевязки еще 2 кролика. Смертность составила 33%. После перевязки 8 кроликам через зонд перорально в желудок вводили смесь глицина (100 мг/кг), пролина (30 мг/кг) и аскорбиновой кислоты (5 мг/кг). Далее животные каждые сутки перорально получали указанную смесь. 5 животных составили контрольную группу. Кровь из ушной вены животных получали через 30 мин, 1, 3, 6, 12 час и на 1, 3 и 7 сутки течения. Кровь центрифугировали при 3000 об/мин 15 мин. Цифровые данные обработаны статистически.

Результаты: Полученные результаты показали, что при ЭИМ статистически значимое повышение содержания МДА на 31,5% наблюдается, начиная с 1 часа после перевязки. На 3, 6, 12, 24 и 72 часа после окклюзии наблюдалось повышение содержания МДА на 455,0, 243,2, 155,0, 200,0 и 286,5% соответственно по сравнению с исходным показателем. При введении смеси глицина, пролина и аскорбиновой кислоты статистически значимое повышение содержания МДА на 428,0% наблюдалось через 3 часа. На 6, 12, 24 и 72 часа после окклюзии содержание МДА оказалось повышенным от исходного значения соответственно на 167,6, 112,6, 122,5 и 161,3%, что было значительно ниже по сравнению с контрольными значениями. Содержание МДА как в контроле, так и при лечении смесью оказалось на уровне исходного показателя только на 7 сутки исследования. Изучение содержания ДК при ЭИМ показало их повышение также на 1 час коронароокклюзии (на 40,0%). На 3, 6, 12, 24 и 72 часа после окклюзии наблюдалось повышение содержания ДК на 334,3, 206,9, 119,4, 131,4 и 186,3% соответственно по сравнению с исходным показателем. При введении

смеси глицина, пролина и аскорбиновой кислоты статистически значимое повышение содержания ДК на 280,0% наблюдалось через 3 часа. На 6, 12, 24 и 72 часа после окклюзии содержание ДК оказалось повышенным от исходного значения соответственно на 160,0, 60,6, 73,7 и 84,6%, что также было значительно ниже по сравнению с контрольными значениями.

Выводы: Смесь глицина, пролина и аскорбиновой кислоты существенно снижает уровень как МДА, так и ДК при ЭИМ. Так как продукты ПОЛ накапливаются при его интенсификации, то, на основании результатов можно говорить о его снижении под действием смеси глицина, пролина и аскорбиновой кислоты. Следовательно, можно предполагать об антиоксидантном свойстве смеси глицина, пролина и аскорбиновой кислоты. Результаты позволяют рекомендовать смесь глицина, пролина и аскорбиновой кислоты при инфаркте миокарда в качестве вспомогательного препарата, обладающего метаболическим действием.

О ЦЕЛЕСОБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ ПРИ РАННИХ И ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Н.У. Норкулов, А.Ш. Шодиев, С.Н. Норкулов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения ноотропов в остром периоде легкой черепно-мозговой травмы на снижение ее различных ранних и отдаленных ее последствий.

Материал и методы исследования: основу нашего исследования составили 60 наблюдений пострадавших с легкой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) лечившихся в клинике нейрохирургии СамМИ. Из них 30 больных дополнительно к традиционному лечению получили ноотропные препараты (1-группа), остальные 30 больных лечились традиционным способом (2-группа, контрольная) в остром периоде ЧМТ. Обследование пострадавших проводилось по специальной катamnестической карте, включающей важные признаки клинического и инструментального обследования: жалобы, объективная симптоматика, состояние трудоспособности, исходы, неврологический и психический статус, данные рентгенологического, электроэнцефалографического, отоневрологического, офтальмологического и компьютерно томографического обследования.

Результаты: при оценке эффективности применения ноотропов в остром периоде легкой ЧМТ в катamnестическом исследовании через 3 мес., 6 мес., 1 год, 2 года учтены следующие объективные и субъективные симптомы: головная боль, головокружение, общая слабость, вегетативные нарушения и др., на основании которых судили о состоянии пациентов. Выше указанные симптомы наблюдались чаще в первые 3 - 6 месяцев после по-

лучения травмы. Среди больных первой группы нарушения памяти (6,6%) и внимания (10,0%) наблюдались в 2 - 2,5 раза меньше, чем во второй группе соответственно (16,6% и 23,4%) больных. Вегетативные нарушения в числе ранних и отдаленных последствий легкой ЧМТ по частоте занимают первое место (46,6% в первой и 63,3% во второй группе). Головокружение возникало чаще других симптомов в первые 7 мес. до 1 года после перенесенной травмы. Наиболее часто обнаруживалось повышение сухожильных и периостальных рефлексов (20,1% в первой и 33,3% второй группе) и несколько реже выявлено анизорефлексия (10,0% в первой и 26,6% второй группе). Из координационных расстройств в основном наблюдались легкое покачивание при пробе Ромберга. Горизонтальный нистагм отмечается у 6,6% в первой и у 13,3% во второй группе больных. По нашим данным хорошее восстановление (выздоровление) отмечалось у 30,0% в первой и 26,6% во второй группе. Восстановление функций до компенсированного состояния у 66,6% в первой и у 60,0% во второй группе. Умеренные неврологические нарушения (III группа инвалидности) 3,3% в первой и 13,3% во второй группе больных.

Таким образом, можно отметить, что результаты применения нейропротекторов в остром периоде легкой черепно-мозговой травмы свидетельствуют об их целесообразности, поскольку ноотропы существенно влияют к снижению общемозговых, очаговых симптомов и вегетативных нарушений, способствуют предупреждению инвалидизации.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Т.Ю. Нуралиев, У.А. Худайберганов

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: изучения клинико-эпидемиологической особенности доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП) в экологически неблагоприятном регионе Приаралья.

Материалы и методы исследования: настоящее исследование проведено сотрудниками Ташкентской Медицинской Академии (ТМА) и врачами первичного звена здравоохранения при помощи местных органов

здравоохранения, в рамках комплексного эпидемиологического обследования урологических заболеваний населения экологически неблагоприятного региона Хорезмской области и Республики Каракалпакстан. В период 2009 по 2011 гг. было обследовано 7597 респондентов. Из них для последующего обследования на предмет наличия признаков ДГП отобраны 502 мужчин старше 50 лет. Для скрининга ДГП использовали следующие методы: опрос респондентов по специальному универсальному опроснику, включая вопросник I-PSS; физикальный осмотр, включающий пальцевое ректальное исследование простаты; ультразвуковое исследование почек, мочевых путей и простаты с оценкой наличия и объема остаточной мочи, определения объема простаты; определение средней скорости потока мочи; анализ мочи при помощи тест-полосок.

Результаты: среди обследованных в возрасте 50-59 лет было 264 (52,6%), 60-69 лет – 132 (26,3%), 70-79 лет – 91 (18,1%), 80 лет и старше 15 (3,0%) пациентов. Суммарное значение IPSS варьировал у обследованных оказалось в пределах 1,7±1,1 – 6,1±3,2 балла и в среднем составило 3,9±1,8 балла, что соответствует легкой степени выраженности симптомов. Индекс шкалы беспокойств варьировал от 1,1±0,1 до 2,2±0,5 балла (в среднем 1,6±0,2 балла), что ниже средней степени тяжести. Для изучения возрастных изменений объема простаты у обследуемых жителей и степени распространенности этого признака использовали метод трансабдоминального УЗИ. Учитывая данные литературы, касающиеся объема простаты в норме, в наших исследованиях мы относили ее к увеличенной, если объем железы был не менее 30,0 мл.

Объем простаты увеличивался в зависимости от возраста от 30,0 мл до 62 мл. Распространенность этого признака составила 51,0±2,2.

Средняя скорость потока мочи по мере увеличения возраста и объема простаты снижалась от 15,2 до 8,7 мл/сек. У 14,3% пациентов она была более 15 мл/сек, у 60,0% находилась в пределах от 10 до 15 мл/сек, ниже 10 мл/сек – у 25,7%.

Наличие остаточной (постмикционной) мочи (R) еще не позволяет с достоверностью диагностировать ДГП, но свидетельствует о ее патогенетическом влиянии на механизм развития инфравезикальной обструкции. Объем остаточной мочи с возрастом и в зависимости от объема простаты закономерно увеличивался, в среднем, от 20 до 160 мл. В среднем у 22,3±1,9 обследованных мужчин выявлена остаточная моча.

У 4-х мужчин по данным УЗИ выявлены вторичные камни мочевого пузыря. Эти пациенты направлены в урологическое отделение для получения специализированной помощи. Все мужчины с признаками СНМТ включены в группы диспансерного наблюдения и профилактического лечения.

Выводы: данные эпидемиологического изучения мужчин группы риска в обследуемом регионе полностью соответствуют закономерности распространения ДГП. Использование простых, обязательных методов диагностики ДГП в условиях первичного звена здравоохранения, делает возможным раннее выявление этого заболевания, что в конечном итоге позволит избежать различных осложнений.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДОРОДОВОЙ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ

Л.И. Нургалиева, Ж.А. Иманбаева, С.Т. Оспанова, Р.Ж. Сансызбаева,
Н.Ж. Джардемалиева, Э.Е. Мухаметова

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Цель работы: изучить влияние дородовой подготовки с применением дыхательной гимнастики на течение беременности и родов у пациенток с хроническим бронхитом.

Материалы и методы исследования: дородовую подготовку проводили по методике, разработанной профессором Сейтжановой К.Д. с соавторами под названием «Дыхательная гимнастика для беременных, рожениц и родильниц». Это методика ежемесячно проводится в виде десятидневных групповых семинарских занятий продолжительностью 2 часа и состоит из 4 частей: психоэмоциональная подготовка, физические упражнения, дыхательная гимнастика, закаливающая процедура в виде обливания холодной водой.

Материалы и методы исследования: материалом явились 70 беременных, прошедших дородовую подготовку. Группу сравнения составили 50 беременных, не прошедших подготовку. Обе группы были репрезентативны.

Результаты исследования: установлено, что одним из частых осложнений гестации в обеих исследуемых группах была угроза прерывания беременности, однако в группе сравнения она встречалась в 1,5 раза чаще ($p < 0,05$) по сравнению с основной группой. Также по частоте встречаемости среди осложнений беременности было гипертензионное состояние, которое в группе

сравнения наблюдалось в 1,6 раза чаще ($p < 0,05$), чем у беременных основной группы. Заболевания органов дыхания являются фактором риска функциональной несостоятельности системы дыхания у матери и опосредованно влияют на фетоплацентарный комплекс вызывая развитие фетоплацентарной недостаточности, сопровождающаяся гипотрофией и гипоксией плода. В связи с такой высокой частотой плацентарной недостаточности достоверно возрастание синдрома задержки внутриутробного развития плода, что в 2 раза чаще встречается в группе не прошедших оздоровительную подготовку. Указанные состояния исхода беременности, предпринявшие высокий процент плацентарной недостаточности обусловили самое грозное осложнение как три случая антенатальной гибели плода. Данная патология встретилась в группе сравнения и составила 6%. Тогда как в основной группе репродуктивные потери во время беременности не встречались, что доказывает о управляемости данного показателя и резерве снижения перинатальной смертности.

Наиболее частым осложнением родового акта в обеих исследуемых группах было несвоевременное излитие околоплодных вод, причем у рожениц основной группы оно встречается почти в 1,5 раза реже ($p < 0,05$) по сравнению с группой сравнения. Аномалия родовой деятельности в виде слабости родовой деятельности у

пациенток основной группы отмечались в 3,2 раза реже ($p < 0,05$) по сравнению с данными группы сравнения. Снижение частоты аномалии родовой деятельности в группе, прошедшей оздоровительную подготовку, напрямую связано с подготовкой рожениц: устранение чувства страха перед предстоящими родами, умение управлять собой психологически, а также правильное дыхание во время родового акта. Наряду с этим такие осложнения, как патология отделения и выделения последа, гипотоническое кровотечение, преждевременная

отслойка нормально расположенной плаценты, не встречались в основной группе.

Выводы: дородовая оздоровительная программа с применением природных факторов и усовершенствованная дополнением специальных дыхательных упражнений для улучшения функции дыхательной системы может быть альтернативным методом дородовой подготовки беременных с хроническим бронхитом. Основная направленность этой методики - снижение акушерских осложнений.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ

Ш.Б. Нурдинов, Г.У. Назарова, Т.З. Джумабоев, Н.Э. Мадаминова, Ш.А.Боротова, Ж.М. Худойбердиев

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучение состояния желчного пузыря при хроническом токсическом гепатите с умеренной степенью активности.

Материалы и методы исследования: Нами обследовано 50 больных, мужчин с хроническим гепатитом умеренной степени активности. Возраст больных составил от 36 до 60 лет. Диагноз установлен на основании клинических лабораторно-биохимических результатов исследования. Контрольную группу составили 40 человек, не имевшие жалобы со стороны пищеварительного тракта, с нормальными лабораторно-биохимическими показателями. Ультразвуковой контроль в В-режиме осуществляли аппаратом с использованием конвексного датчика 3,5 МГц. (Eсbо B1ау1ег rрго -128. фирмы Teletec1). Пациенты обследовались натощак полипозиционно, комплексно. При этом была дана полная характеристика по всем количественным и качественным параметрам. Оценены положения, формы, тонус, содержимое, толщина и контуры стенок желчного пузыря. Сократительную способность желчного пузыря с помощью УЗИ оценивали по изменению его размеров до и

после желчегонного завтрака в качестве, которого использовали сырые яичные желтки.

Результаты исследования: Установлено: 1. У больных с жировой дистрофией поражение билиарного тракта наблюдалось в $32,5 \pm 5,2\%$ случаях, при отсутствии клинико-лабораторных показателей патологии поджелудочной железы.

2. Эхографические проявления поражения билиарного тракта при хроническом гепатите выражались: увеличением размеров желчного пузыря локально и диффузного характера, повышением эхогенности, структурными изменениями и неровностью и нечеткостью контуров.

Выводы: Активное эхографическое обследование больных с жировой дистрофией позволило своевременно выявлять нарушения морфологии билиарного тракта при латентном и субклиническом течении патологического процесса. Данный способ ранней диагностики хронических заболеваний билиарного тракта у больных хроническим гепатитом принят, как рационализаторское предложение. Удостоверение №2140.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ИНФЛЮЦИД ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОРВИ У ДЕТЕЙ, ПОСЕЩАЮЩИХ ДЕТСКИЕ ДОШКОЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

О.Ф. Нурманова, Ш.М. Уралов, М.С. Атаева, Ф.В. Махмудова, Ю.М. Рустамова

Самаркандский государственный медицинский институт,

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи, 9-семейная поликлиника

Целью работы явилась оценка эффективности и обоснование возможности применения препарата Инфлюцид для профилактики ОРВИ у детей.

Материалы и методы. Оценка эффективности препарата Инфлюцид относительно возбудителей ОРВИ проведена путем клинического наблюдения за детьми 5-6 - летнего возраста, посещающих ДДУ, расположенных на территории, обслуживаемой 9-семейной поликлиникой г.Самарканда в январе-марте 2014 года. Все дети были распределены на 2 группы. Дети основной группы (N=26) получали Инфлюцид по 1 таблетке х 3 раза в день в течение 1 месяца, дети группы сравнения (N=24) - различные поливитаминные препараты и биологически активные добавки к пище. Оценка профилактической эффективности применения препарата Инфлюцид проводили на основании следующих показателей: количество детей, заболевших ОРВИ в период сезонного подъема заболеваемости, продолжительность периода от начала приема препарата до первого эпизода ОРВИ, сроки возникновения ОРВИ у детей в течение периода наблюдения.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно поставленной цели была проанализирована заболе-

ваемость ОРВИ в период сезонного эпидемиологического подъема в группе детей, получавших Инфлюцид по сравнению с контрольной группой. На фоне профилактического приема Инфлюцида одновременно заболело ОРВИ 4 ребенка, в то время как в контрольной группе - 19 детей, при этом у 8 (33,3%) детей имели место повторные эпизоды ОРВИ.

Таким образом, в период сезонного эпидемиологического подъема ОРВИ применение Инфлюцида позволяет защитить от заболевания 86,6% детей. На фоне применения Инфлюцида никто из детей не заболел ОРВИ. На втором месяце заболело двое детей, соответственно через 15 и 18 дней после окончания приема препарата. 2 случая заболевания ОРВИ зафиксировано также на третьем и 3 - на четвертом месяце наблюдения. Обращает на себя внимание достоверно более низкая заболеваемость ОРВИ у детей, получавших Инфлюцид по сравнению с группой контроля, которая сохраняется в течение 3 месяцев.

Вывод. Профилактическое применение препарата Инфлюцид в период сезонного подъема заболеваемости респираторными инфекциями позволяет существенно снизить частоту ОРВИ у детей, посещающих ДДУ.

Назначение Инфлюцида способствует снижению в течение 3 месяцев частоты, длительности течения и тяжести ОРВИ, за счет улучшения противовирусной иммунной защиты. В связи со своей высокой эффективностью

в профилактики ОРВИ, препарат Инфлюцид может быть рекомендован для широкого применения среди организованных детей, посещающих ДДУ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСОНОТЕРАПИИ ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ ПО ГИПЕРТЕНЗИВНОМУ ТИПУ

Л.А. Нурматова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: изучить эффективность физиотерапевтического метода-электросонотерапии у больных нейроциркуляторной дистонией по гипертензивному типу.

Материалы и методы исследования: были обследованы 22 больных: 16 (72,7%) женщин и 6(27,3%) мужчин. Для гипертензивного типа нейроциркуляторной дистонии были характерны: головная боль, головокружение, кардиалгии, сердцебиение, чувство нехватки воздуха, пульсация в области сосудов шеи, слабость, повышенная утомляемость, невротические проявления (раздражительность, тревожность, нарушение сна), транзиторное повышение АД до 130-140/85-90 мм рт. ст, холодные и влажные конечности. На ЭКГ у 7 (32%) больных регистрировались синусовая тахикардия, синусовая аритмия, миграция водителя ритма - у 4 (18%) больных, экстрасистолия - у 5 (23%) больных, транзиторная пароксизмальная тахикардия - у 2 (9%) больных. Всем больным проведено лечение седативными препаратами, витаминами группы В, метаболическими средствами и физиотерапевтическими процедурами. В комплексное лечение из 22 больных у 14 пациентом был назначен физиотерапевтический метод - электросонотерапия. Этот метод характеризует импульсные постоянные токи низкой частоты, малой силы и низкого напряжения, прямоугольной формы. Частота токов составляет- 10 - 150 Гц, сила тока - до 10 мА, напряжение - 50-80 Вольт. Процедуры проводились ежедневно или через день по

20-40 минут, продолжительность курса лечения составила 7-10 дней.

Результаты: 14 больных получавших в комплексном лечении электросонотерапию у 8 (57%) больных на 4-5 день отмечалось уменьшение головной боли, головокружения, невротических проявлений (раздражительность, тревожность, нарушение сна), снижение АД до 120-125/80-85 мм рт. ст, улучшилось качество сна, самочувствие. У 4 (28,5%) больных на 6-7 день - снижение АД до 120-125/80-85 мм рт. ст, уменьшение головной боли, головокружения, невротических проявлений, улучшение качества сна, самочувствия. У 2(14%)-незначительное улучшение состояния. Также на фоне лечения у больных отмечались изменения ЭКГ. Синусовая тахикардия и синусовая аритмия восстановились у 3 больных, миграция водителя ритма и экстрасистолия уменьшилась у 2 больных. Транзиторная пароксизмальная тахикардия не наблюдалась.

Выводы: как показали наши исследования, в результате применения электросонотерапии усиливаются процессы торможения в коре головного мозга, вырабатываются морфиноподобные вещества - эндорфины, оказывающие обезболивающее действие. С клинической точки зрения электросон оказывает седативное, спазмолитическое, обезболивающее действие, нормализует АД, улучшает сон и самочувствие, что благоприятно действует на общее состояние больных.

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ И ФИТОЭСТРОГЕНОТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С ФИЗИОПРОЦЕДУРАМИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ЭСТРОГЕНДЕФИЦИТНЫМ СОСТОЯНИЕМ

А.И. Нурмухамедов, А.Х. Абдуллаев, А.К. Турсунбаев, М.Ш. Тургунова, Д.К. Султанова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: сравнительное изучение эффективности заместительной гормональной терапии(ЗГТ) и фитоэстрогенов в сочетании с физиобальнеопроцедурами у женщин с сердечнососудистыми расстройствами в постменопаузе.

Материал и методы: наблюдали женщин с климактерическим синдромом (КС) в возрасте 42-56 лет с давностью КС от 6 месяцев до 4 лет. 56 больных из I группы получали ЗГТ - фемостон, 1/10,2/10,1/5 (АВВОНТ), 48 больных II группы - фитоэстроген - климадинон (Bionorika). ЗГТ и фитоэстроген применяли в течение 6 месяцев. Всем пациентам проводили физиобальнеопроцедуры (циркулярный душ, гидроаэроионизация с бромом, магнитотерапия, франклинизация, дарсонваль, при отсутствии противопоказаний - жемчужные ванны) в первые 2 недели лечения. Изучали общеклинические анализы, липидный спектр, гормоны, показатели свертываемости крови, ЭКГ, АД. При необходимости - проводили УЗИ, консультации специалистов (невролог, маммолог, эндокринолог).

Результаты: данные оценивали через 1 и 6 месяцев с начала лечения. До лечения больные жаловались на боли в области сердца, сердцебиение, одышку, страх,

расстройства сна и приливы жара (артериальное давление(АД) до 160/100 мм рт.ст.). Недостаток эстрогенов вызывал обменно-метаболические нарушения (гиперлипидемию, инсулинорезистентность), повышение индекса массы тела, фибриногена. У большинства пациенток на ЭКГ выявляли в отведениях V₁-V₄ - неглубокий отрицательный, двухфазный зубец Т, метаболические нарушения сердечной мышцы. Не было связи между появлением болей в области сердца и ЭКГ. Уже в первый месяц лечения наступило улучшение общего самочувствия, исчезновение большинства жалоб и восстановление трудоспособности у большей части больных(86%), принимавших ЗГТ. За этот же период использование фитоэстрогена привело к позитивному эффекту у 67% больных. Отдаленные результаты(через 6 месяцев лечения) показали усиление эффекта фитоэстрогена, так как изученные показатели в обеих группах отличались не столь заметно. Гестагенный компонент препаратов не изменял позитивное воздействие эстрогенов на метаболизм липидов и липопротеидов. Препараты в комплексе с физиобальнеопроцедурами оказали также благоприятное влияние на липиды, гормоны, показатели свертываемости крови, ЭКГ(отсутствие двухфазности

и «коронарного» зубца Т, нормализация обменных процессов в сердечной мышце) и АД (у большинства – целевые уровни). При наличии противопоказаний к применению ЗГТ (опухоли репродуктивных органов, тяжелые поражения печени, почек, нарушения свертывающей системы крови) назначали препарат растительного происхождения (фитоэстроген). Применение ЗГТ или фитоэстрогена оказало кардиопротективный эффект наряду с положительным влиянием их на другие органы и системы. При этом, на наш взгляд, должна

соблюдаться индивидуализация в выборе препарата и, особенно, физиопроцедур, в кооперации пациент, врач общей практики, кардиолог, гинеколог и врач-реабилитолог.

Следовательно, ЗГТ (фемостон) и фитоэстрогенотерапия (климадинон) в сочетании с физиопроцедурами значительно повышают эффективность реабилитации, предупреждают развитие грозных кардиоваскулярных осложнений у женщин с КС, что благоприятно влияет на качество жизни пациенток.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО МАССАЖА, КАК СРЕДСТВА ПОВЫШЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СПОРТСМЕНОВ ПРИ ПОВТОРНЫХ НАГРУЗКАХ

К.А. Нурмухамедов, З.Ж. Исомиддинов, Н.Ш. Усмоналиева

УзГИФК, Ташкентская медицинская академия

Цель работы: Оценить эффективность различных приемов восстановительного массажа как средства повышения физической работоспособности при повторных нагрузках у спортсменов.

Материал и методы исследования: Исследование проводилось на базе Республиканского врачебно-физкультурного диспансера им. Франка. В нем принимали участие 82 высококвалифицированных спортсмена в возрасте от 20 до 25 лет. Изучение осуществлялось в 3-х группах: в первую группу (n=40) входили спортсмены, которым после нагрузки проводился восстановительный массаж с использованием приемов двойного кольцевого разминания и потряхивания; у спортсменов второй группы (n=22) использовались приемы двойного ординарного разминания и валяния, спортсменам третьей (контрольной) группы массаж не проводился (группа пассивного отдыха).

Оценка эффективности набора массажных приемов проводилась посредством измерения тонуса массируемой четырехглавой мышцы бедра до нагрузки и дважды после нагрузки.

У испытуемых после десятиминутного отдыха в положении лежа на специальной кушетке производилось измерение тонуса четырехглавой мышцы бедра (в покое и в напряженном состоянии). После этого испытуемые выполняли в течение 5 мин. работу, равную 1300 кгм на велоэргометре. Затем в течение восстановительного пе-

риода на 10-й, 20-й и 30-й минуте в положении лежа измерялся тонус четырехглавой мышцы бедра с последующим проведением двенадцатиминутного восстановительного массажа. Далее испытуемому в течение 2 мин. давалась повторная нагрузка 1300 кгм в максимально переносимом темпе. Затем на 10-й, 20-й и 30-й минутах восстановления повторно регистрировался тонус четырехглавой мышцы бедра.

Результаты: В процессе анализа полученных и статистически обработанных данных наибольший показатель работоспособности был выявлен в группе исследования при применении приемов двойного кольцевого разминания и потряхивания. При этом испытуемые первой группы показали максимальную скорость на 63,6% больше, чем при пассивном отдыхе (среднее время, показанное после пассивного отдыха, принято за 100%), и больше на 36,4%, чем при использовании двойного ординарного разминания и валяния. В группе, где массаж не проводился, повышение физической работоспособности при повторных нагрузках не отмечалось.

Выводы: Показатель физической работоспособности спортсмена при повторных нагрузках зависит от подбора приемов массажа. Для восстановления и повышения физической работоспособности после нагрузки следует применять такие приемы массажа, как: двойное кольцевое разминание и потряхивание.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДИСМЕНОРЕЕЙ

А.И. Нурмухамедов, А.Х. Абдуллаев, Д.К. Султанова, Ж.Г. Ачилова, М.Х. Назирова

Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр терапии и медицинской реабилитации

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: оценить эффективность реабилитации больных альгодисменореей с применением медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.

Материал и методы: больные были разделены на 3 группы (по 25) сопоставимых по возрасту (15-35 лет) и проявлениям альгодисменореи, которым проводили необходимые общеклинические обследования, в том числе гормональные, при необходимости – ультразвуковое исследование органов малого таза, консультации невролога, маммолога. Все пациентки получали гестагенную терапию – дюфастон (ABVOTT) по 1 таблетке 2 раза в день с 16-го по 25-й день менструального цикла. Больным I-й группы включали в лечение нимесил (BERLIN-CHEMIE MENARINI), 100 мг 2 раза в день, за 2-3 до и 2-3 дня во время менструации. Больные II группы

получали гормонотерапию – дюфастон (по 1 таблетке 2 раза в день) в сочетании с физиотерапией и теплотечением. Больные III группы получали комплексное лечение (гормонотерапия, нимесил) + физиотерапия и теплотечение, которое включало: электрофорез раствора новокаина (2,0%) на низ живота, плотность тока 0,04 мА/см², сила тока 5мА, 10-15 мин, №10, е/д; магнитотерапию на низ живота, переменное магнитное поле 50 Гц в непрерывном режиме, 30 мТл, 15 мин, №10, е/д; озокеритовые аппликации, «трусиксы», t 40-42°C, 15 мин, №8, ч/д.

Результаты: больных беспокоили болезненные менструации, сопровождающиеся общей слабостью, недомоганием, потерей трудоспособности. Ведущим симптомом заболевания была боль внизу живота, начинающаяся за 2-3 дня до и продолжавшаяся в течение 2-3

дней менструации, или боль начиналась одновременно с началом менструации и держалась до ее окончания. Боли носили схваткообразный режущий, распирающий с иррадиацией в область крестца, поясницы, прямой кишки характер. В дни менструации они теряли работоспособность, так как боли сопровождались тошнотой, рвотой, жидким стулом, слабостью и головной болью по типу мигрени. Циклически повторяющиеся боли истощали нервную систему, часто приводили к развитию астенического состояния. Все эти факторы резко ухудшили качество жизни пациенток. Лечение оказало благоприятный эффект, проявившийся в уменьшении и исчезновении болевых ощущений, значительном улучшении общего состояния и восстановлении трудоспособности обследованных. У больных III группы (гормонотерапия, нимесил + физиотерапия и теплечение) исчезновение болевых ощущений и восстановление трудоспособности отмечалось уже в течение 1-2 менструальных циклов, а у пациентов I группы

(гормонотерапия+нимесил) позитивный эффект достигался к концу 3-4 месяца и во II группе (дюфастон+ физиотерапия и теплечение) - через 4-6 месяцев и эффект был менее выраженным. Лечение нимесилом в сочетании с гормонами больные переносили хорошо, случаев отмены препарата не было. Следовательно, использование нимесила в комплексной терапии при альгодисменорее оказывает благоприятное влияние на течение болезни, значительно улучшает качество жизни и восстанавливает трудоспособность.

Вывод: удачное сочетание нимесила - селективного ингибитора циклооксигеназы-2, блокирующего синтез простагландинов, участвующих в формировании отека и боли при альгодисменорее, гормонотерапии и физиотерапии с теплечением, оказывает патогенетическое влияние на течение болезни, что позволяет нам рекомендовать данный комплекс для реабилитации женщин с этой патологией.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

М.А. Нурмухамедова, Н.А. Ибрагимова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: изучить состояние нервной системы у детей с врожденными пороками сердца послеоперационного периода.

Материалы и методы исследования: было обследовано 10 детей в возрасте от 2 до 7 лет после операционного периода, находившихся в отделении кардиохирургии клиники ТашПМИ. Проводилось подробный сбор жалоб, анамнеза и исследования неврологического статуса у больных в послеоперационном периоде. Из них 6 (60%) девочек и 4(40%) мальчиков. Распределение по видам пороков развития было следующее: у 7(70%) больных ДМЖП, у 2(20%) - ДМПП, у 1(10%)-тетрада Фалло.

Результаты: все исследованные больные дети были переведены с отделения интенсивной терапии на вторые сутки после операции. У детей на 3 сутки в послеоперационном периоде наблюдались следующие жалобы: головная боль наблюдалась у 8(80%) больных, при-

ступы системного головокружения наблюдались у 5(50%) больных, общая слабость у 70%, раздражительность 55%, плаксивость у 67% больных. Изменения нервной системы характеризовались расстройством черепно-мозговой иннервации. Так нарушение конвергенции глазных яблок было у 2(20%), слабость отводящих мышц глаза у 3(30%), равномерное оживление сухожильных рефлексов -у 9(90%) больных. Судорожный синдром наблюдался у 3(30%) детей. Различной степени отклонения в интеллектуальном развитии были обнаружены 4 (40%) больных детей.

Выводы: дети с ВПС, имеющие в статусе неврологические изменения, трудно переносят оперативное вмешательство. Всё это свидетельствует о хроническом нарушении кровообращения головного мозга, приводящее к его гипоксии, к судорожной готовности, также нарушению общей и церебральной гемодинамики.

ВНЕДРЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЧЕРЕЗ ПРОТОКОЛЫ ПЕН ВОЗ

Н.А. Нармухамедова, Ш.А. Хусинова

Ташкентская медицинская академия

Наиболее часто встречающимся состоянием, требующим постоянного наблюдения врачей является артериальная гипертензия (АГ). В настоящее время она рассматривается как неинфекционная пандемия, влияющая на социально-экономические потери общества. Распространенность АГ в мире достаточно высока и составляет 18-20% среди взрослого населения; она увеличивается с возрастом и у лиц старше 60 лет достигает 62%.

Развитие артериальной гипертензии в 60% случаев зависит от ведущих факторов риска: курение табака, злоупотребление алкоголем, недостаточное употребление фруктов и овощей, чрезмерное употребление соли и малоподвижный образ жизни. Эти факторы риска приводят к развитию таких состояний, как избыточный вес и ожирение, повышение артериального давления, глюкозы и холестерина в крови, которые виновны в раз-

витии сердечно-сосудистых заболеваний среди населения. При существующей тенденции распространения вышеуказанных факторов риска в 2020-2030 гг. будет наблюдаться высокий уровень преждевременной смертности среди населения в возрасте 40-60 лет от них.

По данным Института здоровья и медицинской статистики среди причин смертности в стране первое место занимают болезни системы кровообращения, среди них ишемическая болезнь сердца и АГ. Однако, международный опыт показывает, что сокращение факторов риска приводит к предотвращению около 80% болезней сердечно-сосудистой системы, 80% случаев сахарного диабета (СД) 2 типа. Следовательно, выявление АГ и СД 2 типа на ранних этапах их развития, оказание помощи лицам, с факторами риска, а также их эффективное лечение позволит на 50% снизить вероятность возникновения отдаленных и дорогостоящих осложнений.

Учитывая серьезность этой ситуации, в 2011 году на совещании Генеральной Ассамблеи ООН была принята Политическая декларация, которая призывает к принятию всесторонних мер в борьбе с факторами риска и снижению заболеваемости и смертности, через профилактику, раннее выявление, лечение и уход пациентов с ССЗ, в соответствии с местными условиями. С этой целью эксперты Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) разработали протоколы ПЕН по интегрированному ведению сахарного диабета и артериальной гипертензии с целью профилактики инфаркта миокарда, инсульта и заболеваний почек, с определением мероприятий (действий) в каждом конкретном случае. Второй протокол по обучению здоровому образу жизни предназначен для внедрения всем пациентам, и третий протокол содержит советы по прекращению употребления табака. Протоколы написаны просто, состоят из 5 действий, в каждом из которых предложены рекомендации для врачей по расспросу жалоб и анамнеза, по

осмотру и лабораторно-инструментальному обследованию. В Действии №3 подробно описан механизм оценки сердечно-сосудистого риска, а в Действии №4 рекомендации направления к специалистам центральной районной многопрофильной поликлиники или в центральную районную больницу. В следующем действии подробно описаны схемы консультирования пациентов, план наблюдения и лечение согласно степени сердечно-сосудистого риска. Протоколы содержат рекомендации не медикаментозного лечения и лекарственной терапии.

Обучение врачей СВП/СП ведению пациентов с АГ согласно рекомендациям протоколов и внедрение их в практику с выполнением требуемых мероприятий значительно улучшит раннее выявление пациентов с АГ и СД, своевременное обследование и лечение, снизит развитие осложнений и позволит избежать миллионов предотвратимых случаев преждевременной смерти от ССЗ.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Н.А. Окилжонова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: изучить характерные особенности эпилепсии у детей с наследственными заболеваниями.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находились 25 детей с наследственными заболеваниями - 13 (52,0%) мальчиков и 12 (48,0%) девочек. Возраст пациентов составил от 2 месяцев до 4 лет. Исследование основывалось на анализе медицинской документации, клиническом наблюдении за детьми в динамике, результатах лабораторных и инструментальных методов обследования.

Результаты исследования: Анализ акушерского и соматического анамнеза показал, что дети были рождены в основном от 2 и последующих беременностей (90%). Это указывает на то, что с увеличением количества беременностей и возраста матери риск формирования наследственных заболеваний у детей повышается. В 80% случаев беременность протекала с определенными нарушениями в виде перенесенных аденовирусных инфекций, угрозы прерывания беременности, гестозов, а также с признаками внутриутробной гипоксии плода. Во всех случаях беременность сопровождалась токсикозом. В 93,3% случаях имела место внутриутробная гипоксия плода. В половине случаев имело место раннее отхождение околоплодных вод, что, конечно же, увеличивало риск травматизации. Масса тела при рождении у детей данной категории составила от 3000 до 4500 кг (средний вес при рождении – $3545,0 \pm 118,7$). Анализ раннего неонатального периода показал, что при сравнении состояния новорожденных в баллах по шкале Апгар после рождения, средние показатели составили $6,8 \pm 0,22$ балла.

Возраст манифеста признаков заболевания при наследственных заболеваниях приходился с рождения до 5 лет, средний возраст дебюта составлял $1,9 \pm 0,33$. Манифестом заболевания в 50% случаев были фебрильные судороги, в 25% случаев - судороги без повышения температуры тела, в остальных случаях – «без видимой причины». Немаловажной оказалась роль родственного брака родителей, так у детей с миелопатиями родственные браки составили – 46,6%.

Также патогенетическое значение в развитии наследственных заболеваний имеет и наследственная отягощенность, которая встречалась в 83,3%.

Состояние детей на момент обращения было тяжелым с точки зрения неврологической симптоматики. Течение заболеваний характеризовалось нарастанием клинических проявлений, стадийностью, высокой инвалидизацией. Характерно наличие пирамидных знаков, мозжечковых нарушений, следовательно, имели место парезы и параличи различного характера, отличные друг от друга по локализации.

Симптоматическая эпилепсия отмечалась у 75% детей с наследственными заболеваниями и характеризовалась резистентностью к терапии.

Таким образом, с увеличением количества беременностей риск формирования наследственных заболеваний у детей повышается. Анализ акушерско-гинекологического анамнеза указывает на наличие отягощенности. Очаговая неврологическая симптоматика носит выраженный и стойкий характер. Симптоматическая эпилепсия диагностирована в 75% случаев от общего количества больных.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИЕЙ ДЮШЕННА/БЕККЕРА В УЗБЕКИСТАНЕ

У.Т. Омонова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: Анализ особенностей клинического и генетического полиморфизма прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна/Беккера среди

пациентов с нервно-мышечными заболеваниями в Узбекистане.

Материал и методы исследования: Ретроспективно и проспективно были проанализированы 106 пациентов

мужского пола с псевдогипертрофическими формами прогрессирующих мышечных дистрофий: 93 больных с ПМДД в возрасте от 3 лет до 18 лет и 13 – с ПМДБ в возрасте от 10 лет до 25 лет. Диагноз установлен на основании клинических проявлений заболевания, биохимических исследований (определение уровня активности креатинфосфокиназы (КФК) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в сыворотке крови), а также проводилась электромиография с использованием концентрических игольчатых электродов. Оценка двигательных функций проводилась с использованием шкалы MRS (Modified Rankin Scale).

Результаты и обсуждения: при клиническом осмотре группы больных с МДД/Б мышечная сила составила: 5 баллов – 1,6 % (1); 4 балла – 49,2% (31); 3 балла – 30,1 % (19); 2 балла – 14,3% (9); 1 балл – 4,7% (3). Так средний возраст у пациентов в зависимости от количества баллов по шкале MRS составил: в группе 5 баллов – 3 года; 4 балла – 5 лет 10 месяцев; 3 балла – 6 лет 9 месяцев; 2 балла – 12 лет 3 месяца; 1 балл – 15 лет 6 месяцев. Уровень КФК при различной степени мышечного поражения составил: в группе 5 баллов – 5025 у/л; 4 балла – 4523 у/л; 3 балла – 5219 у/л; 2 балла – 3188 у/л; 1 балла – 1258 у/л. Для уточнения характера поражения и уточнения степени денервации 32 больным было проведена игольчатая ЭНМГ. У всех пациентов длительность ПДЕ (потенциалы двигательных единиц) составляла меньше 10 мс и по гистограмме соответствовала II стадии денервационно-реиннервационного процесса (ДРП). Во всех случаях форма ПДЕ изменена в виде полифазных кривых. У всех обследованных было отмечено снижение средней длительности ПДЕ: на 36,3% при ПМД Дюшенна и на

18,9% при ПМД Беккера, что соответствовало II стадии денервационно-реиннервационного процесса (ДРП). У пациентов с ПМДД снижение средней амплитуды ПДЕ составило 70,3%, у пациентов с ПМДБ – 58%, но при этом у 2 пациентов выявлено повышение амплитуды. Повышение амплитуды объясняется псевдогипертрофией мышечных волокон. У 24 пациентов при обследовании наблюдалось спонтанная активность в виде потенциалов фибрилляций (ПФ), который варьировался по качеству и количеству. У 8 пациентов, с выраженными изменениями и быстрым прогрессированием спонтанная активность не выявлялась. Так, у пациентов с наиболее давним процессом (наиболее ранний возраст) он выявлялся в наименьшем количестве и низкой амплитуды, чем у пациентов с относительно недавним процессом. Также отмечалось спонтанная активность в виде положительных острых волн у 9 пациентов, при этом данный феномен наблюдалось у пациентов с наиболее давним процессом.

Выводы: проанализировав данные клинических и биохимических обследований на момент первичного обращения была выявлена прямая корреляция только между возрастом и степенью поражения мышечного аппарата, в тоже время уровень КФК в сыворотке крови отражал уровень двигательных нарушений только в терминальных стадиях заболевания и не являлся маркером эффективности проводимых лечебных мероприятий. У больных с ПМДД/Б характерные изменения ПДЕ и выраженность спонтанной активности отражает характер и степень остроты процесса, а также возможность прогноза качества жизни и исхода заболевания.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ПРОНИКАЮЩИХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНКОВ В ГРУДО-ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ

О.Р. Ортиков, Э.Ш. Жабборов, А.А. Эргашев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить результаты физиотерапевтического лечения больных с неосложненными проникающими переломами тел позвонков в грудно-поясничном отделе. Сравнительная оценка результатов оперативного и консервативного (с применением коллапана) лечения пациентов с неосложненными проникающими стабильными переломами позвоночника в грудно-поясничном отделе.

Материал и методы. С ноября 2012 по октябрь 2014 г. пролечено 32 пациента с закрытыми компрессионными стабильными неосложненными проникающими переломами позвонков в грудно-поясничном отделе. Они были разделены на четыре группы:

1. Пациенты, лечившиеся консервативно, которым проводилась реклиниация на гамаке, занятия лечебной физкультурой, физиолечение, лекарственная терапия. После четырех недель постельного режима выполнялась иммобилизация жестким корсетом. Срок ношения корсета в среднем составил 6–8 мес.

2. Пациенты, лечившиеся консервативно, которым помимо обычных процедур вводился коллапан в межпозвонковый диск на уровне повреждения. Введение коллапана проводилось на 5–7-е сутки после получения травмы и проведенной реклиниации.

3. Пациенты, лечившиеся оперативно, которым на 3–8-е сутки после повреждения выполнялась транспедикулярная фиксация фиксаторами USS «Synthes»,

«Медбиотех», а спустя две недели – передний спондилодез с использованием имплантов из пористого NiTi. После проведения второго этапа пациентов активизировали в легком съемном корсете.

4. Пациенты, которым проводилась транспедикулярная фиксация и интраоперационное (через рану) введение коллапана в поврежденный диск.

Обследование проводилось с помощью клинических, лучевых (обзорные рентгенограммы, КТ с 3D-реконструкцией) методов обследования. Оценка отдаленных результатов включала также КТ-денситометрию, анкетирование пациентов с использованием опросников Освестри и MOS SF-36.

Результаты. Костный блок на уровне повреждения в сроки от 6 до 12 мес. сформировался у 4 пациентов второй группы и у 3 пациентов четвертой группы. У остальных пациентов наблюдается формирование фиброзного блока. При анкетировании пациентов результаты больных второй, третьей и четвертой групп были достоверно выше, чем первой. Между второй, третьей и четвертой группами значительных различий выявлено не было. После операции всем больным были проведены физио-функциональные (массаж паравертебральных мышц, парафинотерапия, электрофорез с КJ и специальное гимнастика).

Заключение. Пункционный спондилодез с коллапаном является малоинвазивной методикой, альтернати-

вой оперативному вмешательству при неосложненных стабильных проникающих переломах тел позвонков в

нижнегрудном и поясничном отделах в комбинации физио-функционального лечения.

ИММУННЫЙ И МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СТАТУС ПРИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ф.О. Останова, Х.Т. Хамраев, Н.Л. Бабаева

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: Выявить особенности иммунного и микроэлементного статуса при аутоиммунном тиреоидите в зависимости от функциональной активности щитовидной железы.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены 47- больных с аутоиммунным тиреоидитом. В зависимости от функциональной активности щитовидной железы больные были разделены на группы: клинический гипотиреоз, субклинический гипотиреоз, медикаментозный эутиреоз. В работе были использованы клинико-инструментальные, биохимические, серологические, иммунологические методы исследования.

Результаты: По полученным данным, у больных аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы отмечаются общие закономерности иммунологического реагирования, заключающиеся в повышении продукции органоспецифических аутоантител, образовании и накоплении циркулирующих иммунных комплексов, снижении фагоцитарной активности лейкоцитов, повышении активности миелопероксидазы, которые наиболее выражены при клинических проявлениях гипо- и гиперфункции щитовидной железы, и нормализуются при достижении состояния медикаментозного эутиреоза.

При аутоиммунном тиреоидите продукция аутоантител к тиреопероксидазе и тиреоглобулину, развивающаяся как ответная реакция на разрушение ткани щитовидной железы цитотоксическими Т-лимфоцитами, сохраняется на высоком уровне при достижении состояния медикаментозного эутиреоза на фоне заместительной гормональной терапии.

При аутоиммунных заболеваниях щитовидной железы с выраженными клиническими проявлениями выявлен дефицит микроэлементов: железа, меди, кобальта, марганца, цинка, хрома и никеля. Заместительная гор-

мональная терапия при аутоиммунном тиреоидите приводит к нормализации большинства показателей микроэлементного статуса, за исключением содержания железа и хрома.

Полученные результаты убедительно свидетельствуют о взаимосвязи иммунного и микроэлементного статуса при аутоиммунных заболеваниях щитовидной железы. При аутоиммунном тиреоидите отмечаются положительные корреляционные связи между содержанием хрома, цинка, никеля, железа, марганца, кобальта и количеством субпопуляции CD4⁺- лимфоцитов, которые наиболее выражены у больных с клиническим гипотиреозом. Выявленные изменения в микроэлементном статусе при аутоиммунной тиреоидной патологии свидетельствуют о нарушениях гомеостаза, которые, возможно, способствуют прогрессированию аутоиммунного процесса, и о целесообразности комплексного исследования иммунного и микроэлементного статуса для определения путей коррекции иммунных нарушений с использованием микроэлементов.

Выводы: Аутоиммунные заболевания щитовидной железы характеризуются общими закономерными изменениями в иммунном и микроэлементном статусе: повышенной продукцией тиреоидных аутоантител, накоплением циркулирующих иммунных комплексов, снижением фагоцитарной активности лейкоцитов; увеличением активности миелопероксидазы и дефицитом микроэлементов (хрома, цинка, никеля, меди, железа, марганца и кобальта) — наиболее выраженными при клинических формах гипо- и: гипертиреоза. При аутоиммунном тиреоидите на фоне заместительной гормональной терапии наблюдается нормализация показателей иммунного и микроэлементного статуса за исключением повышенных титров аутоантител к тиреопероксидазе и тиреоглобулину, содержания железа и хрома.

КОНТРОЛЬ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ СРЕДИ ЖЕНЩИН ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Н.Х. Отамуратова, И.А. Касымов, Д.М. Атамухамедова, Е.М. Осипова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: получить представление о современном состоянии систем эпидемиологического надзора за ИППП среди женщин (ЖКС) и перспективах их развития.

Материалы и методы: Необходимый материал для настоящего исследования был собран в нескольких кожно-венерологических диспансерах (КВД) г.Ташкента за 2011-2013 гг.

Результаты и обсуждения: Как показали результаты анализа, среди обратившихся за медицинской помощью женщин в КВД за 2011-2013гг. у 10% женщин имелись изъязвления на гениталиях и более чем у 30% - положительные серологические реакции на сифилис. Гонорея и хламидиоз диагностировались у трети больных, также часто обнаруживается трихомониаз. Отмечено, что для клиентов и прочих сексуальных партнеров также характерна высокая заболеваемость ИППП, что дела-

ет их постоянными источниками повторного заражения ЖКС, и таким образом формируется мостик для передачи инфекции другим группам населения. Следовательно, эффективный контроль ИППП среди ЖКС, их профилактика и реабилитация необходима для населения в целом. Основными приоритетами эффективного контроля являются:

- снижение заболеваемости ЖКС ИППП и связанными с ними осложнениями;
- снижение частоты заражения и заболеваемости ИППП среди ЖКС, их клиентов и постоянных половых партнеров;
- снижение вероятности распространения ВИЧ – инфекции внутри сетей коммерческих сексуальных услуг.

Таким образом, основные усилия, направленные на снижение заболеваемости ИППП среди ЖКС должны

сводиться к пропаганде использования презервативов ЖКС и их клиентами, совершенствование диагностики и терапии излечимых больных ИППП, а также сокра-

щение потребности в коммерческом сексе, прежде всего через просветительскую работу по снижению риска заражения среди мужчин.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОДХОДА К БОЛЬНЫМ, УПОТРЕБЛЯЮЩИМ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

У.У. Очиллов, Ф.З. Тураев, Д.У. Каршиева

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: изучить продолжительность ремиссий у больных, употребляющих психоактивные вещества, при проведении комплексных реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы исследования: было проведено клинико-катамнестическое обследование 87 больных, употребляющих психоактивные вещества, состоявших на учете в Самаркандском областном наркологическом диспансере. Средний возраст больных от 22 до 46 лет. Основными критериями участия пациентов в реабилитационных мероприятиях служили: желание больного участвовать в реабилитационной программе, отсутствие соматических заболеваний и декомпенсированного расстройства личности. Основными критериями эффективности реабилитационных мероприятий служила динамика клинических и психологических показателей.

Результаты: эффективность реабилитации у больных, употребляющих психоактивные вещества, в условиях диспансерного наблюдения возрастает при соблюдении следующих этапов: мотивационного, адаптационного, личностного и профилактического. Все эти мероприятия имеют преимущественно медико-психологическую направленность и осуществляются в показанной последовательности. Осуществляется консультирование и обследование больных врачом-наркологом, психологом, психотерапевтом, социальным работником, также формируется желание больного участвовать в реабилитационном процессе. В реабилитационные мероприятия вовлекаются родственники

больных для работы с созависимостью, которая является фактором риска рецидива заболевания. Основной задачей является переключение с внешней мотивации прекращения употребления на внутреннюю, формирование установки на трезвость, выработка стереотипов трезвой модели поведения. Формирование ценностных ориентиров направлено на восстановление и стабилизацию физического и психического состояния больного. Для решения задач реабилитации используется семейная психотерапия с целью диагностики и коррекции семейных проблем, для создания внутрисемейной реабилитационной среды. На этапе завершающих реабилитационных мероприятий больным оказывается психологическая и социальная поддержка в открытых группах или посредством индивидуальной работы с психологом и психотерапевтом.

Выводы: предложенная программа реабилитационных мероприятий позволила существенно увеличить продолжительность ремиссий. Так, показатели продолжительности ремиссий у пациентов, прошедших полностью программу реабилитации, оказались следующими: продолжительность ремиссии один год – 51,8%; до двух лет – 20,8%; до трех лет – 16,6%; от трех до пяти лет – 10,8%. Эффективность реабилитационных мероприятий среди больных, употребляющих психоактивные вещества, в условиях диспансерного наблюдения возрастает при проведении комплексного оказания специализированной помощи.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

У.У. Очиллов, Р.М. Кубаев, Х.Р. Абдуназарова

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью исследования является изучение особенностей психического состояния ВИЧ-инфицированных больных, употребляющих ПАВ, и включение их в программу реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы исследования: было обследовано 75 ВИЧ-инфицированных больных, употребляющих психоактивные вещества, состоящих на учете в областном наркологическом диспансере и в центре по борьбе со СПИДом города Самарканда, получающих АРВ-терапию, в возрасте от 28 до 62 лет.

Результаты: среди ВИЧ-инфицированных больных, употребляющих психоактивные вещества, встречаются следующие психические расстройства. Тревно-депрессивный синдром (57% пациентов), характеризующийся тревогой и паническими состояниями. Депрессивный синдром (23% пациентов), проявляющийся тоской, отсутствием желаний, эмоциональной бедностью, пессимистическим восприятием будущего, идеями самоуничтожения, самообвинения. У некоторых отмечались суицидальные мысли, в связи с чем они нуждались в госпитализации в психиатрический стационар. У ча-

сти больных отмечались симптомы психоорганического синдрома (9%): мнестические нарушения в виде фиксационной амнезии, эпизодов конфабуляторной спутанности сознания, интеллектуальной несостоятельности, невозможности сконцентрироваться, осуществлять логически-аналитическую деятельность. У 11% пациентов отмечались стойкие психопатоподобные расстройства в виде неприятия диагноза, конфликтов с родственниками, игнорирования терапии и обследований, неподчиняемость социальным нормам поведения. Эти пациенты также нуждались в лечении в условиях психиатрического стационара, где при внимательном изучении психического статуса у них отмечены не только психопатоподобные черты, но и глубокие депрессивные переживания.

Выводы: учёт в реабилитационных программах особенностей психического состояния больных значительно повышает их приверженность к АРВ-терапии. Реабилитационные программы для ВИЧ-инфицированных пациентов, зависимых от ПАВ, с психическими расстройствами должны быть направлены на восстановле-

ние здорового жизненного стиля; продвижение по пути к здоровью (физическое и психическое восстановление – развитие когнитивного функционирования, умения оценивать социальные ситуации и перспективы, принимать решения и решать проблемные ситуации, ставить краткосрочные и перспективные цели, планировать свою жизнь); развитие функционально-эффективного поведения, что ведет к повышению

уровня психосоциальной адаптации и жизни в целом; развитие эмоциональной составляющей человека – осознание им своих эмоций, принятие их, понимание их причин, умение управлять эмоциями; восстановление и позитивное развитие социального функционирования, а также формирование новой здоровой социальной сети.

ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ - КАРАТИСТОВ

Е.А. Пак

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью исследования явилось изучение состояния сердечно - сосудистой системы у школьников 13-15 лет, занимающихся каратэ более 2-х лет в условиях города Самарканда.

Материалы и методы исследования: на базе Центра Подготовки Олимпийского Резерва города Самарканда нами исследованы 30 мальчиков, занимающихся каратэ более 2-х лет. Контрольную группу составили 30 школьников, не занимающихся спортом. Возраст детей составил 13-15 лет. Исследовали состояние сердечно - сосудистой системы с проведением пробы Шалкова №8: при этом давалась дозированная мышечная нагрузка с последующим измерением артериального давления и подсчетом пульса через 3-5-10 минут. Реакцию сердечно - сосудистой системы на нагрузку оценивали по изменениям показателей пульса, дыхания, артериального давления, минутного объема сердца.

Результаты исследования: нами выявлено, что у подростков-каратистов показатели ЧСС составили в условиях покоя $83,2 \pm 5,2$ уд/ мин., а после физической нагрузки $96,4 \pm 7,5$ уд/ мин. У детей контрольной группы эти показатели составили $88,1 \pm 12,0$ уд/ мин и $102,2 \pm 10,4$ уд/мин соответственно. То есть в условиях покоя показатели ЧСС между двумя группами не отличались ($p > 0,5$), однако после физической нагрузки ЧСС у детей контрольной группы больше ($p < 0,05$), чем у каратистов. У детей, занимающихся каратэ в покое систолическое артериальное давление (САД) составило $105,8 \pm 2,1$ мм.рт.ст., что на 7 мм.рт.ст. ниже, чем в контрольной группе ($112,8 \pm 1,1$ мм.рт.ст., $p < 0,001$). Диастолическое артериальное давление (ДАД) у каратистов было

статистически достоверно увеличено $70,6 \pm 2,3$ мм.рт.ст., чем в контрольной группе, которое составило $63,2 \pm 1,1$ мм.рт.ст. ($p < 0,001$). После нагрузки САД в обеих группах повысилось ($p > 0,05$), а ДАД не изменилось или незначительно повысилось. При приведении пробы с дозированной мышечной нагрузкой по Шалкову №8 у всех детей, занимающихся каратэ, отмечалась положительная реакция на физическую нагрузку, т.е. отсутствовали одышка, утомление, слабость. Учащение пульса по сравнению с состоянием покоя не превысило 15% у 26 каратистов. У 4-х каратистов частота пульса увеличилась на 20% по сравнению с состоянием покоя. Максимальное артериальное давление умеренно повысилось, а минимальное не изменилось или незначительно повысилось. При этом пульсовое давление увеличилось. Через 3 минуты после нагрузки все показатели пришли к исходным у 27 спортсменов, а у 3-х спортсменов показатели нормализовались на 5 минуте. В контрольной группе у 20 детей показатели нормализовались на 3 минуте, а у 9-ти на 5 минуте. Лишь у одного школьника показатели нормализовались на 10-й минуте. Частота пульса в контрольной группе увеличилась на 15-20%. Максимальное артериальное давление также умеренно повысилось, а минимальное не изменилось или незначительно повысилось. При этом пульсовое давление увеличилось.

Таким образом, выявленные изменения со стороны сердечно - сосудистой системы у спортсменов - каратистов возможно направлены на снижение потребности миокарда в кислороде и увеличения диастолы.

КЛЕТОЧНАЯ ПРОЛИФЕРАЦИЯ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В ПРОЦЕССЕ СМТ-БАЛЬНЕОТЕРАПИИ

А.С. Пантюхина, А.М. Корепанов, Е.Л. Баженов, Е.Г. Мальцева, А.А. Сапегин

Ижевская государственная медицинская академия

Цель работы: оценка влияния СМТ-фореза хлоридного рассола санатория «Варзи-Ятчи» на пролиферацию кишечного эпителия при синдроме раздраженного кишечника (СРК).

Материал и методы исследования: обследовано 50 пациентов с СРК в возрасте $25,8 \pm 9,6$ лет. Пациенты группы наблюдения (25 человек) получали СМТ-форез природного рассола санатория «Варзи-Ятчи» (содержит хлор и натрий в высоких концентрациях, а также кальций ($10,93$ г/л), магний ($3,95$ г/л), йод ($0,005$ г/л) и бром ($0,4$ г/л) в составе оксидов и сульфатов) в качестве монотерапии; группы сравнения (25 человек) – мебеверина гидрохлорид 200 мг 2 раза в сутки, препараты лактулозы и амитриптилин 25 мг на ночь. Диагноз выставлен в соответствии с «Римскими критериями III». С целью ве-

рификации диагноза пациентам проводили колоноскопию с осмотром терминального отдела подвздошной кишки и прицельной биопсией до и после лечения. Для исключения глютеновой энтеропатии у всех больных определяли уровень антител к глиадину методом ИФА. Пролиферативную активность эпителия толстой кишки оценивали по экспрессии Ki-67 позитивных клеток, которые идентифицировали моноклональными мышиными антителами (DakoCytomation, Дания). СМТ-форез проводился по следующей методике: анод от аппарата «Амплипульс-4» накладывался вместе с прокладкой, смоченной рассолом температурой 38°C , на мезогастральную область, катод - на область L1-L2. При диарейном синдроме использовалась щадящая методика (III и IV роды работ, по 5 мин. каждый, частота 100 Гц, глубина модуляций 50%), при

запорах - стимулирующая (III и II роды работ, по 5 мин. каждый, частота 50-70 Гц, глубина модуляций 75-100%). Курс лечения составлял 13 дней.

Результаты: исходно у всех больных наблюдали характерную клиническую картину СРК - болевой синдром в животе, изменение кала и частоты дефекации, нарушения моторной функции кишечника. Абдоминалгия была купирована у пациентов с диареей в группе наблюдения на $4,9 \pm 3,5$ день лечения, в группе сравнения на $7,9 \pm 2,71$ день; у пациентов с запором - на $6,6 \pm 2,4$ и $9,6 \pm 2,1$ день, соответственно. Нормализация стула при диарее в группе наблюдения отмечена на $6,0 \pm 2,7$ день проводимой терапии, в группе сравнения - $9,7 \pm 1,7$ день; при запоре - на $6,2 \pm 2,1$ и $8,7 \pm 2,2$ день, соответственно. Положительная динамика у пациентов обеих групп наблюдалась в отношении симптомов кишечной диспепсии (метеоризм, урчание, чувство неполного опорожнения, тяжесть в животе). Купирование абдоминалгий в процессе СМТ-фореза лечебного рассола сопровождалось общим седативным действием. Больные при этом становились более уравновешенными и спокойными. У

них улучшался сон, уменьшались раздражительность и эмоциональная лабильность.

Пролиферативная активность эпителия слизистой оболочки кишечника при СРК исходно не имела существенных отклонений от нормативных значений. В слизистой оболочке толстой кишки индекс метки Ki-67 до лечения составил $56,2 \pm 6,8\%$. Курсовой СМТ-форез лечебного рассола не оказал негативного влияния на процессы клеточной пролиферации. После проведенного лечения индекс метки составил в группе наблюдения - $62,4 \pm 5,6\%$, сравнения - $60,5 \pm 8,2\%$.

Выводы: Терапевтическое действие СМТ-фореза использованного рассола связано с анальгезирующим и миорегуляторным эффектами амплипульстерапии, дополненными лечебным действием компонентов рассола. Высокое содержание брома обеспечивает нормализующий эффект на функциональные расстройства нервной системы, играющие ведущую роль в патогенезе СРК. Результаты проведенного исследования показали, что сочетанное применение СМТ и лечебного рассола не нарушает процессы клеточной пролиферации в слизистой оболочке толстой кишки.

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛГЕЗИЯ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Ш.К. Пардаев, Б.К. Холбеков, С.С. Гойилов

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью нашей работы явилось изучение эффективности эпидуральной анальгезии в комплексе лечения болевого синдрома у больных ИБС в частности с острым инфарктом миокарда.

Материалы и методы. В отделении реанимации клиники СамМИ обследованы 45 больных (мужчин-30, женщин-15) средний возраст составил 65 ± 7 лет с острым коронарным синдромом.

Результаты исследования показали, что эпидуральная анальгезия в комплексе лечения больных инфарктом миокарда позволило нам наряду с полным купированием болевого синдрома снять психоэмоциональное возбуждение, тревогу и беспокойство, признаки периферической недостаточности кровообращения, нормализовать показатели гемодинамики: артериальное давление, центральное венозное давление, сдвиги на электрокардиограмме.

Катетеризацию эпидурального пространства осуществляли по обще принятой методике на уровне Th₃-

Th₄. После введения первой дозы анестетика в эпидуральное пространство уже через 5-7 минут болевой синдром полностью купировался и в последующем достигнутый эффект устойчиво сохранялся. Анальгезию проводили в течение 7 дней введением 3 мг морфина на 100 мг 1% раствора лидокаина каждые 8 часов в первые 2 суток и каждые 12 часов в последующие 5 суток. Осложнений, представляющих опасность для больных при применении данного метода анальгезии, мы не наблюдали.

Таким образом, пролонгированная эпидуральная анальгезия в лечении инфаркта миокарда является эффективным профилактическим средством одной стороны рецидива болевых приступов, с другой способствует значительному ускорению восстановления патологического процесса в миокарде. Это дает основание к более широкому использованию ее в лечении больных.

РОЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ИСХОДЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

У.Д. Пардаева, С.А. Ходжаева, Д.Н. Аджаблаева, Н.Т. Мамадова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Изучить роль психосоциальной реабилитации в исходе лечения больных туберкулезом.

Материалы и методы исследования. В терапевтических отделениях Самаркандского областного противотуберкулезного диспансера 53 больным проведено комплексное лечение, включающее коррекцию психосоциального статуса. Больные разделены на 2 группы: 16 (30,2%) ранее не леченные, первично заболевшие (I группа) и 37 (69,8%) повторные с хроническими деструктивными формами в стадии обострения (II группа).

Результаты. Выявлены хорошие результаты в I группе у лиц более молодого и зрелого возраста 12

(75,0%). Повысилась мотивация к излечению, уверенность в реализации намеченных целей. 1 (6,3%) больная 63 лет с сопутствующим сахарным диабетом, не смогла смириться с диагнозом и долго отказывалась от госпитализации, умерла в стационаре на 9 день лечения от острого обширного трансмурального инфаркта миокарда. У 3 (18,7%) больных выявлен полирезистентный туберкулез и они переведены на лечение по ДОТС+.

Во II группе более половины больных 21 (56,8%) отмечается положительная клинико-рентгенологическая динамика, а также появилась надежда на излечение. У 10 (27,1%) больных выявлены выраженные осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы; у 3 (8,1%)

больных обширный амилоидоз внутренних органов; у 3 (8,1%) больных полирезистентный туберкулез. Частые перерывы в лечении, побеги из стационара, неправильное лечение противотуберкулезными препаратами у не специалистов в анамнезе является причиной длительно-го течения заболевания и возникновения больших органических изменений со стороны внутренних органов. Предпосылкой этого состояния является срыв адаптации на психическом уровне, приведший к нарушениям в эмоциональной и волевых сферах, что проявлялось в немотивированном сопротивлении к разным инструкциям, низкой дисциплине.

Выводы. Таким образом, сочетание медикаментозной терапии с коррекцией психо-социального статуса больных туберкулезом в процессе лечения помогло:

- Снятию тревожности, повышению эмоциональной стабильности;
- Формированию индивидуальных механизмов психологической защиты;
- Выработке психологической толерантности воздействия социальной среды;
- Повышению мотивации к излечению;
- Быть дисциплинированным в плане лечения и соблюдать санитарно-гигиенические нормы.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА МАССЫ ТЕЛА У ПРЕДСТАВИТЕЛЬНИЦ ЖЕНСКОГО ФУТБОЛА И ХОККЕЯ РАЗЛИЧНЫХ АМПЛУА

Е.Э. Петрова, А.Ю. Астапова, И.А. Юрина

Республиканский научно-практический центр спорта (Республика Беларусь)

Цель исследования: Сравнительный анализ изменения компонентного состава тела у представительниц женского футбола и хоккея.

Материалы и методы: Морфологический статус хоккеисток и футболисток оценивался по комплексу следующих показателей: весо-ростовых, поперечных и обхватных размеров тела, толщины кожно-жировых складок (КЖС) в восьми позициях, показателей мышечной силы, данных компонентного состава массы тела. Расчет величин костной, мышечной и жировой массы тела проводили по формулам И. Матейки. Расчет и анализ компонентного состава тела проведен у 43 представительниц женского пола в возрасте 17-33 года в футболе и хоккее. Измерения проводились при углубленном комплексном обследовании в Республиканском научно-практическом центре спорта. Компонентный состав тела изучался с помощью антропометрических измерений. Статистическая обработка антропометрических данных проводилась с использованием программного пакета Statistica 5.0.

Оценка компонентного состава массы тела спортсмена является существенной частью конституциональной диагностики, так как функциональные возможности организма имеют с ними высокую взаимосвязь. При описании физического развития часто используют понятие «компонентный состав тела». При исследовании определялось содержание мышечного и жирового компонентов, в составе массы тела.

Результаты: Исследование показало, что масса тела обследованных девушек варьирует от 57,15±3,35 кг до 63,47±10,95 кг. Мышечный компонент - от 40,67±3,77 кг до 43,2±3,39 кг, что составляет 41,65% от массы тела. Таким образом, абсолютные значения показателей мышечной массы увеличиваются статистически незначимо в зависимости от амплуа ($p < 0,05$). Жировой компонент находится в диапазоне от 13,74±3,84 кг до 20,53±6,23 кг., в среднем составляет 27,90% от массы тела. При этом увеличение массы тела спортсменов также статистически не влияет на увеличение их жировой массы ($p < 0,05$), поскольку проведенные расчеты показали отсутствие статистически значимых расхождений между абсолютными показателями жировой массы спортсменов различных амплуа.

Сравнительный анализ данных, показал, что компонентный состав массы тела спортсменок не зависит от амплуа ($p < 0,05$).

Таким образом, определение состава тела человека имеет важное значение в спорте и используется тренерами и спортивными врачами для оптимизации тренировочного режима в процессе подготовки к соревнованиям. В настоящее время высокий уровень современного спорта требует углубленного индивидуального подхода, основанного на комплексном изучении морфо-функциональных возможностей спортсмена, развитие которых в наибольшей мере способствует достижению высоких спортивных результатов.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИРУСОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА "С"

Т.В. Печеницына, А.Х. Хайруллина, Г.З. Арипходжаева

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Целью исследования явилось изучение состояния прооксидантной и антиоксидантной системы при различных вариантах ХГС.

Материалы и методы. Обследовано 48 больных ХГС от 20 до 50 лет и 20 практически здоровых людей с отсутствием маркеров гепатитов. Клинический диагноз выставлялся на основании анамнеза, результатов клинико-лабораторного обследования и наличия у больного анти-НСV (ИФА) и РНК- НCV (ПЦР). Больные были разделены на три группы по зарегистрированным генотипам вируса С. Группа I - генотипы 1a-1b - 27 больных, группа II - генотипы 2a-2b - 9 больных и группа III 3a - 12 больных.

Состояние прооксидантной системы изучали по содержанию как первичного продукта ПОЛ - диеновые

кетоны и конъюгаты (ДК), так и вторичного - малоновый диальдегид (МДА) (Л.И.Андреевой и соавт., 1988).

Состояние антиоксидантной защиты определяли по показателям активности СОД, каталазы. Активность СОД определяли по методу Мхитрян В.Г.с соавт. (1978), активность каталазы - по методу Коралика М.А. и соавт. (1988). Результаты исследования обработаны при помощи пакета программ Statistica 6.0 Microsoft и применением *t*-критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показал, что у обследованных больных активизируется прооксидантная система. Так отмечаются достоверно высокие по отношению к контролю показатели как первичных продуктов ПОЛ - диеновых кетон (0,32±0,03 и 0,67±0,06 ед/мл соответственно) и дие-

новых конъюгатов ($1,07 \pm 0,06$ и $1,86 \pm 0,12$ ед/мл соответственно), так и вторичного – МДА ($2,50 \pm 0,05$ и $3,76 \pm 0,44$ нмоль/л). Изменения составляющих системы АОЗ в отличие от прооксидантной системы имеют разнонаправленный характер. Так, если активность каталазы повышалась, то активность СОД достоверно не отличалась от контрольных показателей. Обращает на себя внимание особенности изменения активности СОД в группах больных с разными генотипами вируса. У больных с генотипами 1а-1в активность СОД достоверно повышалась, при генотипах 2а-2в она достоверно снижалась, а в группах больных с генотипом 3а активность СОД не отличалась от контрольных показателей. При этом достоверной разницы в других изученных показателях между группами с различными генотипами вируса «С» не отмечалось.

Обсуждение полученных результатов. Анализ показателей процессов ПОЛ обнаружил достоверное по отношению к контролю повышение у всех обследованных больных содержания как первичных продуктов ПОЛ – ДК, так и вторичного – МДА. Согласно данным Э.А. Белобородовой с соавт., (2005) повышение активности

МДА и содержания ДК взаимосвязаны с морфологической активностью хронического гепатита.

Достоверное увеличение по отношению к контролю уровня активности каталазы не сопровождается активацией СОД, что можно рассматривать как состояние дисбаланса в системе АОЗ. В здоровом организме активность каталазы и СОД коррелируют между собой, так как СОД и каталаза действуют как звенья одной системы утилизации кислорода, размещенные в разных участках клетки.

Таким образом, у обследованных больных ХГС обнаружен дисбаланс в активности систем ПОЛ и АОЗ, что определяет степень снижения клеточной устойчивости к повреждающему воздействию вируса «С» и подтверждает необходимость коррекции нарушений метаболизма в комплексной терапии ХГС.

Выводы:

1. У больных ХГС отмечается повышение уровней продуктов ПОЛ – диеновых кетонов, диеновых конъюгатов и МДА и разнонаправленность изменений составляющих АОЗ – каталазы, СОД.
2. У больных ХГС изменения активности СОД взаимосвязаны с генотипом вируса.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ИНСЕКТИЦИДАМИ (экспериментальное исследование)

Л.В. Пириева, Х.Х. Якубов, Б.Н. Абдуллаев

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: Изучить влияние Лок-5 в качестве средства ранней реабилитации после острых отравлений карбофосом и хлорофосом.

Материал и методы исследования; Экспериментальные исследования выполнены на 80 белых детородных крысах-самцах, массой 150-170гр. Животные содержались в стандартных условиях вивария. Расчёт АД 50 производился по методу В.Б. Прозоровского (1978). В состав Лок-5 входили витамин Е, витамин А, Селений натрия, витамин С. Экспериментальную терапию начинали через 2 часа после отравления ФОИ и продолжали в течении первых трёх суток. Контрольной группе вводились 0.9% раствора натрия хлора. Забор материала для морфологического исследования выполняли на 4 – е сутки. Парафиновые дозы окрашивали гематоксилином - эозином по Маллори и по Ван-Гизону, по Нисселю толлуидиновым синим.

Результаты. Установлено, что в экспериментальных группах животных при применении Лок-5 уже на ранних стадиях отравления гипераргирофильные нейроны с варикозными изменениями отростков выявлялись в среднем в 10 раз реже, чем у животных контрольной группы. В последующие сроки наблюдения повреждений структурных элементов ЦНС носило менее выраженный характер и развивалось более низкими темпами. У всех клеток сохранялись, как минимум, инициальные дендриты, в большинстве же случаев, дендритны разветвления аргирофильных и варикозно изменен-

ных отростков были сохранены, в отличие от состояния нейроцитов животных без лечения клетки которых были округленными, резко аргирофильными, сморщенными и полностью лишёнными отростков.

У животных, получавших Лок-5, при отравлении Карбофосом и Хлорофосом средней степени тяжести наблюдался более ранний регресс симптоматики интоксикации, чем нормализация показателей УРД и физической активности животных. При этом, отравления Карбофосом животные переносили тяжелее, чем отравления хлорофосом, это зависело в первую очередь от разной общей токсичности.

При коррекции оксидативного стресса Лок-5 отмечалось улучшение функционального состояния организма животных, регистрируемое на оснований проведенных методик исследования физической работоспособности и функционального состояния ЦНС, коррелируемое с уровнем оксидативного стресса.

Таким образом, проведенная оценка влияния Лок-5 на свободнорадикальное окисление и антиоксидантную активность сыворотки крови, скорость восстановления физической работоспособности и условно-рефлекторной деятельности экспериментальных животных при отравлениях Карбофосом и Хлорофосом показали, что ранее начало применения Лок-5 существенно улучшает функциональное состояние отравленных животных, что подтверждено результатами морфологического исследования.

ИЗМЕНЕНИЯ СИСТЕМНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В АСПЕКТЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

И.М. Плегуга, Р.И. Сидорчук, А.М. Плегуга

Буковинский государственный медицинский университет

Цель исследования: травматическая болезнь (ТБ), как комплекс разнообразных изменений и нарушений

функционального состояния любых органов и систем организма ответ на действие травматического фактора

(факторов), рассматривается разными исследователями, как существенныйотягощающий фактор травматического повреждения. В тоже время, системных, комплексных исследований феномена травматической болезни не хватает. Целью данного исследования является изучение изменений отдельных звеньев системного иммунитета пострадавших с травмами скелетно-мышечной системы разной степени тяжести.

Материал и методы исследования: исследование охватывает 74 больных с разными формами травматической болезни, возрастом 18-69 лет ($37,91 \pm 4,28$). Контрольную группу составили 23 пациента, каким проводились плановые оперативные вмешательства, не связанные с патологией скелетно-мышечной системы. Все больные основной группы были разделены на 3 группы соответственно тяжести их состояния. Анализ параметров клеточного звена системного иммунитета осуществляли путем определения субпопуляций Т-лимфоцитов методом непрямой иммунофлюоресценции с использовани-

ем панели моноклональных антител CD3, CD4, CD8, CD22 и подсчетом интегральных показателей.

Результаты: наиболее выраженные (II-III степень иммунных нарушений) изменения клеточного звена иммунитета наблюдались у больных с травматической болезнью с тяжелым течением (развернутой клинической картиной). Оперативные вмешательства, даже без травмы – существенно влияют на клеточное звено иммунитета, однако у больных с травматической болезнью нарушение иммунитета, кроме иммунорегуляторного индекса были существенно большими, чем у больных группы контроля.

Выводы: наше исследование указывает на формирование своеобразного иммунокомпрометирующего состояния у больных в посттравматическом периоде, что расценивается нами, как важная составная часть травматической болезни. Выявленные нами нарушения иммунной реактивности по новому ставят вопрос о реабилитации пострадавших от травм при госпитализации и в постгоспитальном периоде.

РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ В ПРОГРАММЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Е.В. Подвербецкая, В.П. Шаповалов, О.Я. Подвербецкий, А.А. Сака

Буковинский государственный медицинский университет

Цель работы: оптимизация комплексной реабилитации больных туберкулезом с применением пробиотиков.

Материалы и методы: нами было обследовано 20 больных на впервые диагностированный туберкулез легких, которые получали противотуберкулезное лечение за стандартной схемой. Всем больным был проведен анализ кала на дисбактериоз до начала лечения и в конце интенсивной фазы химиотерапии.

Результаты: до начала лечения туберкулеза дисбактериоз толстого кишечника (ДТК) наблюдался у 75% больных: ДТК I степени - у 80% больных, ДТК II степени - у 13,3% больных, ДТК III ст. - у 6,7% больных. Было установлено, что у 65% больных наиболее вероятной причиной развития дисбактериоза был прием антибиотиков до госпитализации в противотуберкулезный диспансер. В процессе лечения дисбиотические нарушения прогрессировали – ДТК было выявлено у 100% случаев: ДТК I степени встречался у 30% больных, ДТК II степени - у 40% больных, ДТК III степени - у 30% больных. Про-

грессирования дисбактериоза сопровождалось соответствующей клинической картиной.

Выводы: в качестве показателей медицинской реабилитации больных туберкулезом, как правило, принимаются во внимание прекращение бактериовыделения, рассасывание рентгенологических изменений и закрытие полостей распада. Но практически никогда не обращают внимание на такой показатель, как восстановление микрофлоры кишечника после длительного лечения противотуберкулезными препаратами, что, как показало наше исследование, необходимо.

Таким образом, в программе комплексной реабилитации больных туберкулезом обоснованным есть применение пробиотических препаратов. Назначение пробиотиков способствует восстановлению такого важного «экстракорпоративного органа» - нормальной микрофлоры кишечника, что позволяет подавить процессы гниения и брожения в кишечнике, устранить метеоризм и диспептические расстройства, улучшить процессы пищеварения и всасывания в кишечнике, а также восстановить иммунную функцию нормобиоты.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С МЛАДШИМИ ШКОЛЬНИКАМИ, ИМЕЮЩИМИ ТЯЖЕЛЫЕ НАРУШЕНИЯ РЕЧИ

В.В. Подгорная

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

Цель нашей работы – коррекция и профилактика осанки у младших школьников, имеющих тяжелые нарушения речи (ТНР).

Материалы и методы исследования: в исследовании приняли участие 60 детей 6-9 лет, которые имели ТНР. Эксперимент проводился на базе общеобразовательных школ № 31, № 65, № 103 города Одессы. Для характеристики состояния осанки измерялась глубина шейного и поясничного изгибов. Существующие нормы отклонений в состоянии осанки были взяты нами за основу.

Результаты: проведенные исследования доказали высокую частоту встречаемости искривлений позвоночника у детей с ТНР. Различные варианты нарушения осанки были обнаружены у 84% младших школьников

(50 детей), из которых у 12% (7 учеников) регистрировались признаки сколиоза I-II степени.

Кроме того, признаки сколиоза и сколиотической осанки сопровождалась нарушениями формы спины, которые структурно характеризовались преобладанием сутулой формы (47% – 28 детей), кругло-вогнутой (30% – 18 детей), и плоской спины (7% – 4 ребенка). Выбор направленности учебно-коррекционного процесса у детей 6-9 лет с ТНР и стратегии его осуществления определяются рядом принципов: принцип комплексного подхода, принцип системного подхода, принцип динамического изучения, принцип качественного и количественного анализа данных.

Руководствуясь патогенетическим подходом и описанными выше принципами, нами была организована профилактическая и коррекционная работа, в основу которой легли разработка и внедрение в учебный процесс детей с ТНР дифференцированного использования комплекса специальных физических упражнений, направленных на коррекцию различных вариантов искривления позвоночника.

Комплексы упражнений выполнялись детьми индивидуально в подготовительной и заключительной частях урока физической культуры. Учитывая психологические особенности детей младшего школьного возраста, нами использовались такие методические приемы как варьирование нагрузки, создание позитивного эмоционального фона путем использования музыкального сопровождения.

ВЛИЯНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И ГИРУДОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Л.В. Подсадчик, А.П. Сиваков, С.М. Манкевич, Т.И. Грекова

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Целью исследования явилось изучение влияния рефлексотерапии (РТ) и гирудорефлексотерапии (ГРТ) на течение артериальной гипертензии (АГ) у больных с АГ I – III степени.

Методы: у 125 пациентов с АГ I – III степени на фоне медикаментозного базового лечения проведены РТ или ГРТ. Все пациенты были обследованы с использованием эхокардиографии (ЭХОКГ), проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМ АД) с оценкой основных показателей суточного профиля АД. Исследовались лабораторные показатели с определением уровня холестерина (ХС), его фракций, триглицеридов (ТГ), коэффициента атерогенности (КА), определялся уровень глюкозы в плазме крови, коагулограмма. У больных с I степенью АГ лекарственные средства не назначались, у пациентов со II и III степенью заболевания РТ и ГРТ проводилась на фоне МТ, состоящей из 2-х или 3-х препаратов антигипертензивного действия. У 75 пациентов с АГ I – III степени была проведена РТ. РТ проводилась ежедневно, воздействие осуществлялось на акупунктурные точки конечностей, области головы, шейно-воротниковой зоны, точки ушной раковины. Курс лечения состоял из 10-12 процедур. У 50 пациентов с АГ I – III использовалась ГРТ. Для приставки пиявок использовались зоны области правого и левого подреберья, печени, крестца, области сердца, заушной и воротниковой зоны. На одну процедуру использовалось от 8 до 12 пиявок, ГРТ проводилась с кратностью раз в 3 дня. Продолжительность курса 7-10 процедур.

Результаты: контроль показателей СМАД после курса РТ проводился через 3 месяца. У всех пациентов с АГ I ст отмечалась нормализация показателей СМАД. У больных с АГ II ст уменьшились величины средних значений САД и ДАД до 10-15%, индекс показателей времени по систолическому артериальному давлению (САД) до 60% и диастолическому артериальному давлению (ДАД) до 55 %, произошло снижение индексов вариабельности давления, у 17 пациентов произошла нормализация суточного ритма АД, у остальных отмечалась тенденция к улучшению показателей. У пациентов с АГ III степени положительные результаты были выражены в меньшей степени. Снижение средних показателей АД отмечалось только на 10%, уменьшение индекса нагрузки давлением по времени регистрировалось до 88% САД, до 55% ДАД. Снижение показателей среднего пульсового давления отмечено только на 5%.

Выводы: интенсификация работы с младшими школьниками с ТНР за счет систематического включения специальных упражнений, направленных на коррекцию осанки, может существенно сократить сроки достижения поставленных педагогами коррекционно-логопедических целей.

Перспектива дальнейшего исследования данной темы заключается в определении роли специальных физических упражнений в коррекционно-воспитательном процессе младших школьников с различными отклонениями речевой функции в период их обучения в школе, в уточнении и конкретизации необходимых для этого средств и методов, а так же определении их места в коррекционно-логопедическом процессе.

Контрольное исследование ЭХОКГ проводилось через 6-9 месяцев после курса РТ. У пациентов с АГ I-II степени отмечалось значительное улучшение показателей. У 9 пациентов с АГ I произошла нормализация диастолической функции, нормализовались показатели отношения пиков Е/А, величина ИВРТ, ДТ. У 23 пациентов с АГ II нормализовались, у 11 произошло уменьшение показателей толщины левого желудочка, у 23 пациентов отмечалось уменьшение размеров левого предсердия, улучшились показатели отношения Е/А (приблизились к 1), величин ВПР, ДТ. У 9 пациентов отмечалось исчезновение регургитации на митральном клапане.

У пациентов с АГ III положительная динамика была выражена в меньшей степени. У 4 пациентов отмечалось уменьшение размеров полостей левого сердца, несколько увеличились показатели ФВ. У 6 пациентов уменьшилась степень регургитации на митральном клапане. У пациентов получавших ГРТ отмечались более выраженные положительные сдвиги показателей липидного, углеводного обмена и состояния гемостаза.

Выводы: РТ и ГРТ положительно влияет на течение АГ, повышают эффективность медикаментозной терапии, снижают вероятность возникновения тяжелых осложнений, приводящих к инвалидности и смертности.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У СПОРТСМЕНОВ

О.С. Полянская

Буковинский государственный медицинский университет

Цель работы: изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы у спортсменов на фоне физической нагрузки.

Материал и методы исследования: нами обследовано 100 спортсменов возрастом от 18 до 22 лет: 25 – занимаются легкой атлетикой, 25 – тяжелой атлетикой,

25 – футболом и 25 – баскетболом. Спортивный стаж обследованных составляет 5 лет. Всем обследованным проводили ЭКГ в 12 отведениях до и после физической нагрузки на аппарате «Кардио+» на базе областного лечебно-физкультурного диспансера. Анализировались ЭКГ до и после физической нагрузки на велоэргометре (ВЭМ).

Результаты: выявлены следующие изменения у обследованных спортсменов: отклонения на ЭКГ наблюдались у трети обследованных, а после ВЭМ этот показатель увеличился до 60%. У спортсменов, которые занимаются легкой атлетикой, нами выявлено, что изменения на ЭКГ присутствуют у ¼ части обследованных, а после физической нагрузки изменения на ЭКГ увеличиваются до 30%. У тяжелоатлетов на исходной ЭКГ было выявлено отклонение только у 16%, однако после физической нагрузки этот показатель увеличивается в 2 раза и сравнено с этим показателем у легкоатлетов. Среди футболистов изменения на ЭКГ наблюдаются у половины спортсменов, после физической нагрузки изменения выявлены у 70%. Среди баскетболистов изменения на ЭКГ выявлены у ¼ части спортсменов, а после ВЭМ отклонения от нормы наблюдались у половины обследованных. У легкоатлетов наиболее часто на ЭКГ встречались изменения в виде нарушения образования импульса, однако этот показатель уменьшился после ВЭМ. Однако, после нагрузки почти в 3 раза увеличилось нарушение проводимости. У людей, занимающихся тяжелой атлетикой, также наблюдались превалирование патологии с нарушением образования импульса. Нужно отметить, что после физической нагрузки увеличивается в 5 раз количество нарушений на ЭКГ, особенно в виде нарушения фазы реполяризации с инверсией зубца Т. В группе баскетболистов не наблюдалось превалирования отдельной патологии на ЭКГ. После

ВЭМ почти вдвое уменьшается показатель нарушения проводимости, что указывает на функциональные изменения в миокарде. У всех спортсменов до физической нагрузки наблюдается нарушения образования импульса, однако только в группе легкоатлетов и футболистов этот показатель уменьшается после физической нагрузки, что свидетельствует о функциональном характере этих изменений. Кроме этого в группе легкоатлетов, футболистов и баскетболистов наблюдаются нарушения проводимости в виде полной и неполной блокады правой ножки пучка Гиса, однако после ВЭМ в группе легкоатлетов и баскетболистов этот показатель увеличивается вдвое, что является неблагоприятным прогностическим критерием. Также после физической нагрузки во всех четырех группах спортсменов в 5 раз чаще выявлены изменения нарушения фазы реполяризации. Следует отметить, что только у 3% среди всех спортсменов выявлена нормализация зубца Т после физической нагрузки.

Большинство ученых считают, что в развитии сердечно-сосудистых осложнений у спортсменов играют гены АПФ и NO-синтазы (eNOS). Атлеты с генотипом D/D по гену АПФ способны к бегу на короткие дистанции, к тяжелой атлетике, а к бегу на средние и длинные дистанции больше всего способны атлеты с генотипом I/I по гену АПФ. Ученые Monthomer и Etal подтвердили, что люди с D/D генотипом ACE имеют повышенный риск развития инфаркта миокарда, ишемической и дилатационной кардиомиопатии, что является независимым фактором внезапной сердечной смерти.

Таким образом, все спортсмены требуют особого контроля при профилактических осмотрах до и после выполнения физической нагрузки, которая должна быть индивидуально подобранной, контролируемой и дозированной с учетом полиморфизма генов.

ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

С.А. Помосов, Н.И. Максимов

Ижевская государственная медицинская академия

Цель работы: уточнить влияние гипокситерапии на проявления метаболического синдрома у пациентов с гипертонической болезнью.

Материал и методы исследования. Обследовано и пролечено 104 пациента обоего пола в возрасте $48,29 \pm 2,23$ лет, страдающих гипертонической болезнью (ГБ) I – III стадии, 1 – 3 степени, и имеющих проявления метаболического синдрома (МС). Стаж ожирения составил $14,54 \pm 0,68$ лет, ГБ – $11,17 \pm 0,45$ лет. Пациенты группы наблюдения (54 человека) на фоне стандартной антигипертензивной лекарственной терапии получали интервальную нормобарическую гипоксическую тренировку (ИНГТ), группы сравнения (50 человек) – только фармакотерапию (периндоприл 5 мг/сут., индапамид пролонгированного действия 1,5 мг/сут.). Методика ИНГТ заключалась в дыхании газовыми смесями со сниженным содержанием кислорода (до 10-12%) в импульсном (интервальном) режиме. Время дыхания гипоксической смесью от 3 до 6 минут, затем 3-6 минут дыхания обычным воздухом (с содержанием кислорода 20-21%). За один сеанс проводили 4-6 подъемов (гипоксических циклов), курс ИНГТ состоял из 16-20 сеансов. Состояние сердечнососудистой системы и эффективность проводимой терапии оценивались исходно и спустя 6 месяцев после начала лечения по следующим методикам: динамика клинической картины и антропометрических по-

казателей, АД, функционального класса ХСН по тесту с 6-минутной ходьбой. Показатели липидного спектра определяли на биохимическом анализаторе «HORIZA ABX Pentra 400».

Результаты. В процессе лечения у пациентов обеих групп отмечено постепенное купирование клинических проявлений ГБ. В группе наблюдения отмечено снижение систолического АД с $163,95 \pm 2,93$ до $134,30 \pm 1,56$ мм рт. ст. и диастолического АД с $101,75 \pm 2,16$ до $83,85 \pm 1,20$ мм рт. ст., в группе сравнения – с $162,90 \pm 2,63$ до $141,50 \pm 1,56$ мм рт. ст. и с $99,35 \pm 1,68$ до $90,50 \pm 0,84$ мм рт. ст., соответственно. В тесте с 6-минутной ходьбой в группе наблюдения проходимая дистанция увеличилась с $392,0 \pm 10,78$ м до $434,0 \pm 11,98$ м ($p < 0,001$), сравнения – с $412,0 \pm 9,58$ м до $438,25 \pm 9,28$ м ($p < 0,05$). Индекс массы тела у пациентов группы наблюдения уменьшился с $32,62 \pm 0,42$ кг/м² до $30,80 \pm 0,34$ (через 1 мес.) и $28,75 \pm 0,44$ (через 6 мес.), группы сравнения – с $32,66 \pm 0,54$ до $31,76 \pm 0,60$ и $30,88 \pm 0,62$, соответственно. Окружность талии уменьшилась в группе наблюдения с $96,94 \pm 1,50$ см до $93,68 \pm 1,43$ (через 1 мес.) и $86,16 \pm 1,36$ (через 6 мес.), в группе сравнения – с $97,78 \pm 1,86$ до $96,24 \pm 1,82$ и $91,12 \pm 1,74$ см, соответственно. Динамика окружности бедер: в группе наблюдения – с $92,22 \pm 0,76$ см до $90,08 \pm 0,75$ и $85,82 \pm 0,68$, в группе сравнения – с $92,89 \pm 0,88$ до $91,02 \pm 0,87$ и $87,54 \pm 0,72$ см. Объем висцеральной жировой ткани

уменьшился у больных группы наблюдения с $9,76 \pm 0,18$ л до $8,88 \pm 0,20$ и $7,54 \pm 0,18$, группы сравнения – с $9,90 \pm 0,26$ до $9,07 \pm 0,27$ и $8,30 \pm 0,28$ л. На фоне лечения в группе наблюдения отмечено снижение уровня общего холестерина с $6,76 \pm 0,35$ до $5,70 \pm 0,31$ ммоль/л и холестерина липопротеидов низкой плотности с $3,68 \pm 0,21$ до $2,94 \pm 0,18$ ммоль/л, в группе сравнения – с $6,78 \pm 0,39$ до $6,24 \pm 0,35$ ммоль/л и с $3,71 \pm 0,27$ до $3,44 \pm 0,25$ ммоль/л, соответственно. Следует отметить хорошую субъективную переносимость ИНГТ. Побочных эффектов, требующих прекращения курса лечения у обследованных пациентов не было.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДИКИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ

В.А. Пономарев, Ю.В. Бобрик, Л.В. Андриук

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Цель работы: изучение клинико-физиологической эффективности различных методик мануальной терапии (МТ) в коррекции цереброваскулярных расстройств (ЦВР).

Материал и методы исследования: наблюдались 100 больных среднего возраста с мышечно-тоническим синдромом при шейном остеохондрозе с сопутствующими ЦВР в виде цефалгий (60%) и сосудистых пароксизмов вертебробазилярного (40%) и обморочного (30%) характера. Оценка осуществлялась клинико-анамнестическим, реоэнцефалографическим (РЭГ в полушарных и позвоночных отведениях), ультразвуковыми методами и психологическим тестированием, рентгенографией в трех проекциях и компьютерной томографией. В лечении использовались следующие методы МТ: релаксационный массаж, постизометрическая релаксация, в том числе и изометрическая гимнастика, центрация позвоночника, мобилизации как диагностические, так и лечебные, краниопатическая остеокоррекция. Сравнивалась их эффективность различных методик МТ при указанных формах ЦВР.

Результаты: клинический эффект МТ у больных с ЦВР выражался в купировании ЦВР, уменьшении дефицита кровоснабжения мозга и вегетативно-сосудистых асимметрий, уменьшении краниофасциальной асимметрии, снижении уровня тревожности. Легкая мануальная терапия (ЛМТ), которая, по нашему мнению, включает в себя релаксационный лечебный массаж, умеренные ручные растяжения позвоночника, упражнения с постизометрической релаксацией и легкие мобилизации, то есть движения в пределах физиологической нормы, совершаемые плавно сгибанием, разгибанием, вращением позвоночника. Мы исключили манипуляции, которые совершаются резко рывком, толчком или ударом позвоночника, выводя позвоночно-

выводы. Включение ИНГТ в комплексную терапию гипертонической болезни у пациентов с метаболическим синдромом позволяет не только достичь большего контроля уровня АД, но и получить дополнительные позитивные эффекты в виде положительной динамики антропометрических показателей и уменьшения выраженности атерогенной дислипидемии, что закономерно повышает толерантность к физическим нагрузкам. В группе пациентов, получавших только фармакотерапию, динамика антропометрических показателей, АД, толерантности к физической нагрузке и липидного профиля были менее выраженными.

двигательный сегмент за пределы физиологической нормы, так как отдаленные результаты лечения были более стойкими под влиянием ЛМТ, чем под влиянием манипуляций, способствующих формированию некой нестабильности позвоночно-двигательного сегмента. Под влиянием общего изометрического напряжения в течение 15 секунд по данным РЭГ выявлялось кратковременное одноминутное повышение тонуса церебральных сосудов, которое сменялось 4-5-минутным понижением тонуса сосудов среднего и мелкого калибра и уменьшением предыдущей межполушарной асимметрии и межрегионарной вегетативно-сосудистой дистонии, что, вероятно, связано с эффектом постизометрической релаксации. Поэтому в дальнейшем мы считали целесообразным использовать мануально-изометрическую коррекцию, а также растяжения позвоночника с его центрацией, с ритмическими релаксирующими покачиваниями головы, обычно с 7-12 повторами. В дальнейшем больным рекомендовалось самостоятельное выполнение изометрической гимнастики 20-30 минут ежедневно в 2-3 подхода с последующим саморастяжением шеи. У всех больных с мышечно-тоническим синдромом и цефалгиями выявлялась положительная клиническая динамика, а у лиц сопутствующими ЦВР, которым осуществлялась ЛМТ, выявлялась большая клиническая эффективность при венозной дисциркуляции. Методики релаксационного массажа были эффективнее при преобладающей вертебробазилярной недостаточности.

Выводы. Предложенные дифференцированные воздействия ЛМТ нормализуют нарушенные функции центральной и вегетативной нервной системы у больных с ЦВР, более эффективно при венозной дисциркуляции.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИНАМИКИ СОДЕРЖАНИЯ РЕТИКУЛОЦИТОВ И ИХ СУБПОПУЛЯЦИЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ В КОНТРОЛЕ ПОДГОТОВКИ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ

В.С. Пранович, А.И. Нехвядович

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

Цель работы: Изучить динамику содержания ретикулоцитов и их субпопуляций различной степени зрелости в процессе подготовки высококвалифицированных спортсменов, специализирующихся в плавании.

Материал и методы исследования: Обследовано 115 спортсменов (61 мужчина и 54 женщины). Проводили

забор периферической крови в покое и после стандартной ступенчато-возрастающей велоэргометрической нагрузки до отказа от работы. Содержание гематологических показателей в крови определялось с использованием гематологического анализатора SYSMEX XT 2000i.

Содержание лактата определяли с использованием анализатора «BIOSN».

Результаты: У мужчин наблюдалась отрицательная взаимосвязь между содержанием ретикулоцитов и уровнем ЧСС на ступенях велоэргометрической нагрузки, а также с ее мощностью на уровне аэробного и анаэробного порога (АП, АНП) и соответствующей смешанной аэробно-анаэробной зоне энергообеспечения или PWC_{170} ($p < 0,05$). Положительная корреляция выявлена со средним объемом эритроцитов. При этом, подобное изменение показателей эритроцитарного звена у мужчин не сопровождалось улучшением общей физической работоспособности. У женщин в отличие от мужчин число ретикулоцитов достоверно положительно коррелировало с содержанием субпопуляции молодых ($p < 0,05$) и отрицательно с содержанием субпопуляции зрелых ($p > 0,05$) ретикулоцитов и средним объемом эритроцитов. Положительная взаимосвязь у женщин получена с содержанием лактата при работе аэробной направленности и ЧСС на ступенях задания (со 2 по 5 ступень), ее величинами, соответствующими максимальной мощности гликолиза (ГлМ), а также с уровнем максимально достигнутой мощности нагрузки (А макс.). Очевидно, что у спортсменов обоего пола адаптационные изменения в основном были направлены на повышение кислородной емкости крови, показателем чего

являлось некоторое увеличение числа эритроцитов и гематокрита. В то же время, решающее значение имело улучшение анаэробной энергетической производительности, о чем можно полагать по возрастанию лактата и ЧСС в крови с увеличением числа ретикулоцитов. При этом противоположность полученных корреляций общего содержания ретикулоцитов со средним объемом эритроцитов у мужчин и женщин, указывает на наличие у пловцов двух, абсолютно различных, вариантов адаптационных перестроек в организме в зависимости от подготовленности их организма.

Таким образом, индивидуальные показатели общего содержания ретикулоцитов и их субпопуляций являются информативными для выявления ранних признаков снижения кислородтранспортной функции крови, своевременного проведения фармакологической и немедикаментозной коррекции тренировки, а также для оценки ее эффективности. Содержание ретикулоцитов является одним из показателей активности эритропоэза и состояния кислородтранспортной функции крови, взаимосвязано с повышением показателей аэробного и анаэробного порога, т.е. аэробной выносливости спортсменов и наряду с другими гематологическими показателями может использоваться в оценке функционального состояния и адаптации к тренировочным нагрузкам спортсменов.

МОНИТОРИНГ ФИЗИЧЕСКОЙ И ПСИХИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ В ГОДИЧНОМ ЦИКЛЕ В АКАДЕМИЧЕСКОЙ ГРЕБЛЕ

М.Н. Радкович, В.В. Маринич

УО «Полесский государственный университет» (Беларусь)

Цель работы: провести мониторинг физической и психической работоспособности гребцов академистов в различных периодах учебно-тренировочного процесса.

Материалы и методы: в исследовании принимали участие 15 юных спортсменов академической гребли СДЮШОР по гребным и парусным видом спорта города Пинска. В ходе исследования проводилось два анкетирования в подготовительном и соревновательном и переходном периоде после физической нагрузки.

Результаты и обсуждения: анкетирование установило, что в подготовительном периоде после выполнения тренировочной нагрузки у 30% обследуемых наблюдалось отсутствие признаков физического утомления. Соревновательный период подготовки в годичном цикле после прохождения гонки 2000 м у 60 % отмечено отсутствие признаков физического утомления, 20% от всей группы гребцов-академистов наблюдалась легкая степень усталости, и только у 7 % сильная степень физического утомления. В переходном периоде подготовки отмечено отсутствие признаков физического утомления у всех обследованных. Подготовка в годичном цикле оценивалась по признакам физического утомления. В ходе исследования в подготовительном периоде гребцов наблюдалась отсутствие признаков физического утом-

ления, а в соревновательном промежутке подготовки – легкая степень утомления, переходный период дает характеристику о отсутствие признаков физического утомления. Подготовительный период годичного цикла у 80% отмечался отсутствием признаков умственного утомления, 13 % - легкая степень, а умеренная степень в ходе апробации данных выявила 7 %. Оценка соревновательного периода умственной работоспособности следующая: 80% отмечался отсутствием признаков умственного утомления, 7% - легкая степень, а умеренная степень выявлена у 13 %. Показателями умственного утомления в переходном периоде: 7 % легкая степень, а у подавляющего большинства отсутствие каких – либо признаков умственного утомления. При апробации данных во всех 3 этапах подготовки отмечается отсутствие признаков умственного утомления.

Выводы: На основе полученных показателей дается отметка с разъяснением уровня физической работоспособности каждому юному спортсмену и команды в целом на разных периодах подготовки в годичном цикле. Управление функциональными состояниями организма спортсмена рассматривается как основной механизм коррекции тренировочного процесса.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Б.Н. Раимкулов, Х.Б. Раимкулова, К.Б. Раимкулова, Н.А. Бхат,
Р.Б. Нуржанова, Г.Ж. Жакенова, С.М. Саржанова

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Цель работы. Изучить компьютерно - томографические изменения у больных с сосудистой патологией у больных с хронической ишемией головного мозга

(ХИГМ) на фоне сахарного диабета в сочетании с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Обследовано 37 больных хронической ишемией головного мозга (ХИГМ) на фоне сахарного диабета в сочетании с артериальной гипертензией в неврологическом отделении ГКБ №7, которым в процессе лечения были проведены КТ исследования головного мозга.

Результаты. У $(69,8 \pm 7,5\%)$ на компьютерной томографии (КТ) отмечалась картина выраженной церебральной атрофия. Множественные очаги пониженной плотности наблюдалась у $26,4 \pm 4,9 \%$. Среди больных в $22,5 \pm 4,6 \%$ выявлялись случаи с выраженной церебральной атрофией, множественных очагов пониженной плотности, диффузных гиподенсивности в подкорковых образованиях, стволе и в перивентрикулярном мозговом веществе. Диффузное снижение плотности, ячеистая структура мозговой ткани выявлена у $30,1 \pm 5,2 \%$ больных. Единичные очаги пониженной плотности: в коре отмечались у $25,3 \pm 4,8 \%$, в подкорковых образованиях у $14,7 \pm 3,2 \%$, в мозжечке у $18,7 \pm 4,2 \%$, в базальных ядрах у $32,3 \pm 5,4 \%$, в стволе у $11,1 \pm 2,9 \%$, в перивентрикулярном веществе в $7,2 \pm 2,6 \%$ случаев у больных первой группы. Неоднородная ячеистая структура мозговой ткани определялась у $5,5 \pm 2,0 \%$ больных. У ряда больных

отмечалась тенденция к учащению единичных гиподенсивных участков в коре, в подкорковых образованиях, в мозжечке, в базальных отделах, стволе и в перивентрикулярном мозговом веществе. При исследовании полушарий головного мозга: лобная доля $24,6 \pm 4,8 \%$, теменная $11,4 \pm 3,3 \%$, височная $9,3 \pm 3,6 \%$, затылочная $20,4 \pm 4,3 \%$, подкорковые структуры: внутренняя капсула $8,6 \pm 2,6 \%$, хвостатое ядро $3,8 \pm 1,9 \%$, лентикулярное ядро $14,6 \pm 3,6 \%$; Сторонность: правая $16,1 \pm 4,0 \%$, левая $49,7 \pm 6,5 \%$, билатерально $34,3 \pm 5,5 \%$.

Выводы. По данным КТ-исследования ликворопроводящих путей (ЛПП), выявлено, что значительно чаще встречается расширение субарахноидальных пространств больших полушарий головного мозга у $60,2 \pm 7,1 \%$, чем расширение субарахноидальных пространств мозжечка у $17,3 \pm 4,0 \%$ и желудочков мозга $17,3 \pm 4,0 \%$ ($P \pm m \% < 0,001$).

Таким образом, хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ) – особая разновидность сосудистой церебральной патологии, обусловленная медленным прогрессирующим диффузным нарушением кровоснабжения головного мозга с постепенным нарастающими дефектами его функционирования.

КЛИНИЧЕСКИЕ И КТ- ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Х.Б. Раимкулова, К.Б. Раимкулова, Б.Н. Раимкулов, Н.А. Бхат

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Цель работы. Изучить клинические и компьютерно-томографические проявления ишемического инсульта.

Материалы и методы. Обследовано 20 больных в инсультном отделении №1 и 2 в ГКБ №7. Из них 9 мужчин и 11 женщин, поступивших в экстренном порядке в инсультные отделения ГКБ №7. Методы исследования носили клинический, описательный характер, проводились КТ и МРТ исследования головного мозга.

Результаты. Возраст пациентов составлял от 57-86 лет, средний возраст 76,1 лет. Из них страдали артериальной гипертензией со сроком заболевания от 10-33 лет (100%), у 15 (30%) пациентов выявлена стенокардия, у 7 (35%) хронические заболевания почек, у 2 (10%) пациентов сахарный диабет, у одной женщины (5%) железодефицитная анемия. На момент поступления у 10 пациентов (50%) уровень АД составлял 220/160-80 мм.рт.ст., у 7 (35%) 150/90-110 мм.рт.ст, у 3 пациентов (15%) 110/50-70 мм.рт.ст. Клинически Поражение средней мозговой артерии слева (СМА) выявлено у 5 пациентов (25 %), из них повторно у 3 (15%). Поражение средней мозговой артерии справа (СМА) выявлено у 10 пациентов (50 %), из них повторно у 3 (15%). Поражение задней мозговой артерии (ЗМА) выявлено у 5 пациентов (25%), повторно определялось у 2 пациентов (10%). МРТ исследование было проведено 6 пациентам (30%), из них у 2 пациен-

тов (10%) определялись очаги повторного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу и у остальных 4 пациентов по 1 случаю в каждом (5%) рубцово-атрофические процессы, участки ишемии в зоне СМА. КТ исследования были проведены у 8 пациентов (40%). Из них у 2 пациентов (10%) определялись очаги ишемии в зоне проекции СМА и ЗМА. У 6 (30%) пациентов определили дисциркуляторную энцефалопатию (ДЭП), из них у 3 (15%) рубцово-атрофический процесс, у других 3 (15%) очаги ишемии. Проведение ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) в области сосудов шеи и головы у 5 (25%) пациентов выявило у 2 (10%) атеросклеротический процесс в сосудах и у 3 пациентов (15%) стеноз сосудов в области внутренних артерий.

Таким образом, по данным исследования пациентов их средний возраст составил 76,1 лет (57-86 лет), из них 100% страдали артериальной гипертензией со сроком заболевания от 10-33 лет, у 15 (30%) пациентов выявлена стенокардия и у 35 % хронические заболевания почек. Уровень АД у 85% составлял критические цифры от 150/220/100 - 160 мм.рт.ст. В основном шло поражение СМА справа (50%), повторно у 15%, а слева 25 %, из них повторно у 15%. Поражение (ЗМА) выявлено у 25% пациентов, повторно определялось у 10% пациентов.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СИНОСИТОМ

Н.А. Расулова, Д.Р. Джаббарова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: Изучить клеточный и гуморальный иммунитет у больных с хроническим синуситом.

Материалы и методы исследования: В основу клинического материала составило 20 больных с разными формами хронического гнойного синусита. Всем больным проведено иммунологическое исследование. Для

оценки состояния иммунной системы использовали следующие методы: выделение лимфоцитов из периферической крови (Boyum, 1968) на градиенте фиколиверографин, определяли субпопуляционный состав лимфоцитов с помощью моноклональных антител CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD25 и CD9 (производства

ООО Сорбент, РФ, Москва), концентрации иммуноглобулинов А, М, G, определяли по Манчини стандартным методом радиальной иммунодиффузии.

Результаты исследования: Результаты исследования показали достоверное снижение абсолютного и количественного состава клеточного иммунитета. Количество Т-хелперов ниже было количество Т супрессоров. Индекс иммунорегуляции был равен к 1,0. Количество иммуноглобулинов класса М тоже был ниже нормы, тогда как иммуноглобулин А был высоким. Данная картина показывает на вторичное иммунодефицитное состояние организма. Для коррекции мы использовали препарат циклоферон, который стимулирует клеточный и гуморальный иммунитет. Препарат вводили в

возрастной дозировке в течение 10 дней внутримышечно. Через 15 дней после применения препарата мы провели контрольное иммунологическое исследование крови. Результаты исследования показали достоверное повышение количество Т-хелперов и снижения уровня Т –супрессоров, индекс иммунорегуляции составил 1,6. Также увеличился количество иммуноглобулинов класса М.

Таким образом надо сказать что, применение препарата циклоферон достоверно корригирует вторично-иммунодефицитное состояние организма, которое благоприятно влияет на клиническое течение хронических гнойных синуситов у детей.

ВЛИЯНИЕ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ПРЕМЕДИКАЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

А.У. Рахимов, А.С. Бабажанов, С.Ш. Жониев, И.Л. Шарипов, С.С. Маллаев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель и задача: Оценка вариантов предоперационной подготовки на основании изучения показателей гемодинамики у больных с диффузным нетоксическим и узловым зобом.

Материалы и методы. Исследование проведено у 55 больных в возрасте от 20 до 65 лет, госпитализированных с диагнозом диффузный нетоксический и узловый зоб, в отделениях хирургии и реанимации клиники СамМИ. Больные в зависимости от предоперационной подготовки были разделены на 2 группы. В предоперационную подготовку больных контрольной (27-больных 49,1%) группы в течение трех дней перед операцией назначали седативные препараты (сибазон 0,15мг/кг); антигистаминные препараты (димедрол 0,3мг/кг) за 30 минут до операции внутримышечно вводили димедрол 0,3мг/кг, сибазон 0,15мг/кг, промедол 0,2мг/кг и атропин 0,005-0,008 мг/кг. В предоперационную подготовку больных основной (28 больных 50,9%) группы включали: сибазон 0,15мг/кг, димедрол 0,3мг/кг на ночь, анаприлин 40 мг/ 3 раза в сутки, пластические и энергетическое обеспечение потребностей миокарда (кокорбоксилаза по 100 мг/сут, панангин по 2 таблетки 3 раза в день) по общепринятым схемам. С целью исследования

гемодинамики изучали показатели А/Д, ЧСС, пульса и ЭКГ исследования пред- и интра-операционном периоде.

Полученные результаты: Изучение состояния сердечно-сосудистой системы у больных с заболеваниями ЩЖ перед анестезией и операцией выявило различную степень изменений этих показателей в зависимости от характера заболевания. У больных с диффузным нетоксическим зобом перед взятием больных на операционный стол было определено, что гемодинамические показатели 2 группы характеризовались значительным улучшением по сравнению с 1 группой обследуемых. В послеоперационном периоде гемодинамика у больных, которым проведена пролонгированная премедикация гемодинамика так же отличалась от показателей первой группы больных. Длительность реабилитационного периода снизилась на 3 дня, отмечалось снижение АД, нормализация пульса.

Таким образом, пролонгированная премедикация у больных с патологией щитовидной железы приводит к улучшению показателей кровообращения и дыхания, что выражается ускорением заживления ран и уменьшением длительности реабилитационного периода.

К ВОПРОСУ О ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТОЛОГИИ

А.У. Рахимов, Л.Х. Исанкулова

Самаркандский государственный медицинский институт

В настоящее время имеются различные методики проведения реабилитации больных после оперативных вмешательств. Но реабилитацию больных необходимо планировать и начинать задолго до операции. Поэтому реабилитацию правильнее всего надо разделить - предоперационную, раннюю и позднюю послеоперационную реабилитацию. В доступной нам литературе мы не нашли программ предоперационной реабилитации. Поэтому в этой работе мы попробуем кратко определить принципы предоперационной реабилитации больных. К оперативному плановому лечению следует подготовиться хирургу, больному и врачу-реабилитологу. Хирург должен представить больного не только анестезиологу, но и реабилитологу – желательно не менее чем за 15 дней до операции, так как за этого больного реабилитологу предстоит нести ответственность в послеоперационном периоде. Как известно, операции проводятся в тех случаях, когда нет эффекта от консервативного лечения. Исходя из вышеиз-

ложенного в идеале в предоперационном периоде требуется осмотр, обучение домашней подготовке к операции для улучшения функционального состояния: выбор посильной аэробной физической нагрузки, питания, обучение технике релаксации, психологическая подготовка больного и его семьи к операции с помощью психотерапии и учебных пособий, аудио- и образовательных материалов, коррекция лекарственной терапии в соответствии с планируемым вмешательством. Реабилитолог должен обсудить с больным, как использовать положительные результаты предполагаемой операции, с последствиями которой реабилитолог уже знаком, для дальнейшей жизнедеятельности больного. В результате врачу - реабилитологу предстоит провести:

1.Преднаркозную и предоперационную подготовку с применением физиотерапевтических средств. Нередко до операции больные страдают много лет, заболевание находится в далеко зашедшей стадии, появляются сопутствующие болезни, снижаются анатомо - физиоло-

гические показатели со стороны многих органов и систем. Для подготовки к операции пациент должен увеличить подвижность (при невозможности использовать изометрические нагрузки – выполнять дыхательную гимнастику). То есть, реабилитолог должен «натренировать» больного перед предстоящим оперативным стрессом. В тренировках должна делаться опора на ходьбу, дыхательные упражнения, самовнушение.

2. Определение требований к питанию. Обязательно усиленное качественное питание и прием витаминов, а так же соблюдение специального режима и диеты. Она должна преследовать цель улучшения работы кишечника, воздействия на внутренние органы и системы для последующего скорейшего выздоровления и заживления раны.

3. Психологическая подготовка – беседы как с больным, так с членами семьи как группой поддержки. Для больных пожилого возраста важно функциональное состояние вегетативной нервной системы как основного быстрого регулятора физиологических процессов. Можно рекомендовать ортостатические тренировки, не требующие больших физических усилий, но требующие внимания и укрепляющие физические навыки. Для улучшения кровоснабжения органов было бы полезным перед операцией принятие массажных манипуляций.

Таким образом, реабилитолог должен участвовать в предоперационной подготовке больного с целью улучшения физического и психологического состояния для профилактики осложнений, как во время оперативного вмешательства, так и в послеоперационном периоде.

МАКТАБ ЎҚУВЧИЛАРИ ЎСМИР ҚИЗЛАР ЎРТАСИДА РЕПРОДУКТИВ САЛОМАТЛИК БЎЙИЧА ОЛИБ БОРИЛГАН ТАДБИРЛАРИ

М.М. Рахматова, Г.У. Назарова, А.Ш. Боратова

Андижон давлат тиббиёт институти

Мақсад: Бирламчи тиббий бўғинда аҳоли ўртасида наркоманияни олдини олиш ишларини сифатини яхшилаш.

Услуг: Бизнинг текширув Андижон шаҳар Қўшариқ даҳаси 21, шимолий кичик даҳасида 4-чи ва 18-чи мактаб ўсмир қизлари ўртасида текшириш ва суҳбат ўтказдик. Текширувимизга 90 нафар 13 ёшдан 15 ёшгача бўлган қизлар гуруҳи жалб қилинди. Текширув усули сифатида махсус ишлаб чиқарилган сўровномадан фойдаланилди. Қатнашчилардан аввал 1-анкета сўровномаси ўтказилди. Сўнгра ушбу қатнашчилар УАШ, патронаж хамшира, ўқитувчилар билан биргаликда репродуктив саломатлик тушунчаси, репродуктив аъзолардаги баъзи потологик ҳолатлар уларнинг келтириб чиқарувчи сабаблари, рухий ва жисмоний саломатликнинг унга таъсири, потологик ҳолатларнинг олдини олиш ҳақида маърузада айтиб ўтилди. Маърузадан сўнг 2-анкета сўровномаси ўтказилди.

Натижалар: Куйидаги натижаларга эришилди: биринчи анкета сўровномасида жами 50 киши, 2-анкета сўровномасида 84 киши жавоб берди. Текширувимиз натижалар шуни кўрсатдики, бизнинг ёшларимиз репродуктив тушунча тўғрисида етарли даражада билимга эга эмаслар. Бунга сабаб бирламчи тиббий бўғин ва

умумжамоа профилактик ишлари яхши эмаслигидир. Ўсмирлар репродуктив саломатлик, организмда пайдо бўладиган рухий ва жисмоний, бунинг натижасида келиб чиққан ҳолатлар, ўсмирлар гигиенаси, касалликлар профилактикаси ҳақида чуқур билимга эга бўлишлари зарур. Хозирги кунда ёшлар ўз организмни ва ундаги ўзгаришларни тўлиқ билиши ва вояга етиш тўғрисидаги тушунчаларга эга бўлиши керак. Сабаби оила шифокори ва мактаб шифокори, хамшираси мактабда ўқувчилар орасида оммавий ва яқка тартибдаги мулоқатнинг камлигидир.

Хулоса: Бирламчи тиббий бўғинда бирламчи – профилактик ишларни сифати яхши эмас. Текширувимиз натижаси шуни кўрсатиб турибдики бизни ёшларимизни репродуктив саломатлик ҳақида билим савиялари паст даражада.

Тавсия: 1. УАШ, мактаб шифокори, ўқитувчилар биргаликда бундай учрашувларни ёшлар ўртасида режа асосида доимий ўтказиб туришлари керак. 2. УАШ ва хамшира синфда юриб суҳбатларни кучайтириши зарурдир. 3. Суҳбатларни кўргазмали қуроллардан, буклетлардан кенг фойдаланган ҳолда олиб борилишлари керак.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЯ ДЕСТРУКЦИИ МЕМБРАН ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Х.У. Рахматуллаев, Г.М. Касимова, Р.М. Шарипова, С.Т. Усанова, Б.Б. Утемуратов

Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр терапии и медицинской реабилитации

Цель работы: В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение активности эндогенных фосфолипаз и неспецифического маркера системного воспаления- СРБ при экспериментальном атеросклерозе.

Материалы и методы исследования: Были проведены эксперименты *in vitro* у 20 кроликов (порода шиншилла) и вызван экспериментальный атеросклероз (ЭА) по методу Аничкова. Были исследованы плазматические мембраны эритроцитов крови контрольной группы (10). Биохимические исследования крови, активность эндогенной фосфолипазы измеряли по методу Каргаполова

А.И (1989) и Кейтс М. на биохимическом анализаторе «Humalyser 2000» Германия.

Результаты: Развитие экспериментального атеросклероза, сопровождается усилением активности эндогенных фосфолипаз в плазматических мембранах эритроцитов, что ведет к образованию мембранотоксичных метаболитов, таких как лизофосфатидилхолин (контроль- $3,63 \pm 0,11$; ЭА - $7,5 \pm 0,19$ мкг/липид/мг белка) и лизофосфатидилэтаноламин (контроль- $5,1 \pm 0,20$; ЭА - $10,1 \pm 0,11$ мкг/липид/мг белка). Учитывая цитолитические мембранолитические свойства лизофосфолипидов, можно предположить, что повышение их концентрации приводит к существенному нарушению липид-

ного бислоя плазматических мембран эритроцитов при ЭА. ЭА сопровождается повышением активности эндогенной фосфолипазы С (контроль $-1,6 \pm 0,11$; ЭА- $5,6 \pm 0,38$ у.е./мг.белка). Вследствие гидролитической активности фосфолипазы С, в отношении основных фосфолипидов, образуются следующие метаболиты: фосфорилхолин, фосфорилэтанолламин и 1,2 - диацилглицерид. Нарастание 1,2 - диацилглицерида в мембранах эритроцитов приводит к образованию небислойных участков в липидном бислое, что ведет за собой нарушение проницаемости мембран для гидрофильных и липофильных веществ. Судя по наличию высокой активности фосфолипазы С при ЭА, можно утверждать, что образующийся метаболит при гидролизе фосфатидилхолина - фосфорилхолин, может проявлять холинолитическую активность, т.е. связываться с ацетилхолиновыми рецепторами и конкурировать с ацетилхолином, блокируя его физиологическую активность. С повыше-

нием уровня С-реактивного белка (СРБ) - ЭА 24 мг/л; контроль - 6 мг/л снижается сосудистый ответ на инфузию ацетилхолином. Можно допустить, что СРБ способен связывать ацетилхолин и ограничивать его влияние на сердечно-сосудистую систему. СРБ, являясь неспецифическим маркером системного воспалительного ответа и предиктором неблагоприятного прогноза ишемической болезни сердца, при атеросклерозе, возможно, в большей мере отражает индивидуальную иммунную реактивность организма, нежели выраженность повреждающего воздействия, вызвавшего воспалительную реакцию.

Таким образом, повышение активности эндогенных фосфолипаз при ЭА, помимо прямой деструкции липидного бислоя, формирует пул системных маркеров эндогенной интоксикации, который дополнительно усугубляет метаболические нарушения при данном патологическом процессе.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНСУЛЬТА

Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б. Тоджиддинов, М.О. Исрофилов

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино

Цель исследования: оценить эффективность ранней комплексной восстановительной терапии инсульта.

Материал и методы исследования: нами проведена оценка эффективности ранней комплексной восстановительной терапии инсульта. Под наблюдением находилось 45 больных, перенесших инсульт, находившихся на стационарном лечении во II неврологическом отделении НМЦ РТ г. Душанбе. Их возраст варьировал от 57 до 59 лет. Реабилитационная комплексная программа начата пациентам исследуемой группы в ранние сроки при стабилизации состояния. Сравнение проводилось с аналогичной по составу группой больных (45 больных), перенесших инсульт, которым реабилитация была начата в более поздние сроки. Помимо назначения препаратов, нами был использован широкий арсенал методов немедикаментозного воздействия, показанных пациентам, перенесшим инсульт, имеющегося в центре (массаж, лечебная физкультура, электрофорез парализованных конечностей с эуфилином и др.).

Результаты: В ходе наблюдения у больных в основной группе были выявлены относительно значимые результаты восстановления. У 23 больных наблюдалась

регрессия очаговых симптомов уже на 3-4 день начала реабилитации, что характеризовалось переходом глубокого пареза в легкий, увеличением объема движений, улучшением мелкой моторики, увеличением силы мышц в пораженной зоне. У 15 больных основной группы кроме регресса очаговых симптомов отмечался положительный когнитивный эффект, отражающийся в улучшении эмоционального фона, ускорении восстановления речи, стабилизации настроения.

Анализ материала показал существенную разницу в сроках и достигнутых результатах лечения: в группе больных, получивших комплексное лечение в ранние сроки после перенесенного инсульта, восстановление двигательных функций наступали быстрее, их медико-социальная адаптация раньше, чем у пациентов при поздно начатой реабилитации. У некоторых больных контрольной группы восстановление некоторых функций не достигнуто.

Таким образом, ранняя реабилитационная терапия инсульта с комплексным воздействием дает отчетливые положительные результаты.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИНВАЛИДОВ ПЕРЕНЕСШИХ ТРИХОДЕСМОТОКСИКОЗ

Р.А. Рахмонов, М.Т. Ганиева, Т.В. Мадаминава

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино

Цель работы: Определение работоспособности больных, перенесших триходесмотоксикоз, проведение реабилитационных мероприятий.

Материал и методы исследования: Обследовано 99 больных в возрасте 16 до 65 лет. Давность заболевания от 1 года до 15 лет. Среди обследуемых больных 40 (40,6%) женщин и мужчин 59 (59,4%). Всем больным исследовали неврологические синдромы, лабораторные и инструментальные методы исследования. Была использована функциональная шкала Бартель, как скрининговый метод, не требовавший большого времени. По шкале учитывали в основном самостоятельность пациента при приеме пищи, в передвижении, уходе за телом. К сожалению социальные и интеллектуальные способности по этой шкале не возможно было учитывать. В связи с этим для оценки когнитивных нарушений нами была

использована шкала MMSE (MiniMentalStatExamination) и шкала депрессии Бека. Из физиотерапевтических процедур назначали местное применение тепла, а также электростимуляцию периферических нервов в конечностях. По тормозной методике проводили точечный и общий массаж. В реабилитационные мероприятия входили лечебные упражнения, направленные на расслабление мышц туловища.

Результаты: Как известно, патология нервной системы у больных с ТДТ довольно разнообразна, которые проявляются клиникой токсического энцефалита, панэнцефалита, энцефалопатии, энцефалитическими реакциями, миелитами, полиневропатиями, церебеллитами. Все больные, независимо от тяжести заболевания, нуждались в госпитализации, так как случаи с легким или атипичным течением обманчивы и создают в по-

следующем тяжёлые осложнённые формы заболевания. У пациентов тяжёлой и среднетяжёлой формами ТДТ часто наблюдались постгипоксические экстрапиримидные расстройства в результате токсического поражения алколоидами трихосомы седой базальных ганглиев, что создавало почву для развития акинетико-ригидного синдрома. Больные удовлетворительно перенесли процедуры. Непосредственные результаты комплексной терапии на этапе восстановительного лечения оценивались по данным клинических и дополнительных методов исследования. При миелитической форме у 9 (75%) больных из 12 что отмечали уменьшение болей по ходу корешков, снижение спастичности, улучшение функции мочеполювых органов. При бульбарной форме у 2(30,3%) больных из 6 отмечались снижение гнусавости голоса, улучшение глотания, уменьшение слюноотделения. При энцефалитической форме у 10(70,1) больных из 14 отмечались уменьшение головных болей, уменьшение рассеянности, улучшение сна, памяти, настроения, восприимчивости. При полиневритической форме у 5 (50%) больных из 10 отмечались, уменьшение болей, слабости в парализованной ноге, улучшения об-

щего состояния. В процессе лечения отмечалось улучшение общего состояния, наблюдалась положительная динамика основных клинических симптомов. После проведенного лечения головная боль, головокружения, нарушение сна, общую слабость, быстрая утомляемость прошли у 90% больных. Тонус мышц до и после лечения определяли по пятибалльной шкале спастичности Ашфорта. (от 0 до 4 баллов). У 50% больных сила мышц после лечения составил 2 балла, 3 балла получили 40% больных, однако у 10% больных лечение дало минимальные результаты 4 балла.

Большое значение имеет давность заболевания, регулярное наблюдение и лечение. Больным с запущенными отдаленными синдромами (контрактурными явлениями) проводимая реабилитация оказались неэффективными, хотя общее состояние больных намного улучшилось.

Вывод: полученные результаты указывают на необходимость постоянного наблюдения и проведения комплексных реабилитационных мероприятий повторными курсами лечения.

ФОРМЫ МОТИВАЦИИ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С ФЕНОМЕНОМ ОДИНОЧНОГО ПЬЯНСТВА

А.И. Рашидов, Д.П. Ким

Ташкентская Медицинская Академия

Цель исследования: определить основные формы мотивации у лиц с алкогольной зависимостью, протекающей с феноменом одиночного пьянства.

Материалы и методы: всего в ходе исследования было обследовано 64 больных. В возрасте с 25 по 48 лет. Все обследуемые были мужчины, проходящие лечение по поводу алкогольной зависимости на базе городского наркологического диспансера (ГНД), Республиканского наркологического центра (РНЦ) в период с 2012 по 2014г. Обследование всех пациентов проводилось в течение пребывания в стационаре после купирования острых явлений алкогольного абстинентного синдрома. В данной работе методика была использована для выявления ведущего типа мотивации употребления алкоголя. В ходе психологического обследования был использован следующий метод: Шкала Мотивации потребления алкоголя.

Результаты: в ходе исследования было выявлено, что у больных с алкогольной зависимостью, протекающей с феноменом одиночного пьянства, были выявлены

наиболее высокие баллы в следующих формах мотивации, выраженных в процентах: традиционные мотивы 3,1% (n=2), субмиссивные мотивы 4,6% (n=3), псевдокультурный тип мотивов 7,8% (n=5), гедонистические мотивы 18,7% (n=7), атарактические мотивы 35,9% (n=23), мотивы гиперактивации поведения 14,% (n=9), «похмельная» мотивация 16,7% (n=9), аддиктивные мотивы 4,6% (n=3).

Выводы: выполнение пациентами методики «Мотивация потребления алкоголя» (разработанной В.Ю. Завьяловым) показало, что у пациентов с алкогольной зависимостью, одиночное пьянство, были достоверно менее выражены традиционные и более выражены атарактические мотивы потребления алкоголя (употребление алкоголя с целью коррекции эмоциональных нарушений). Кроме того, при одиночном пьянстве, были достоверно ниже выражены субмиссивные мотивы потребления алкоголя (употребление алкоголя под воздействием влияния референтной группы, «за компанию»).

ПРИМЕНЕНИЕ ДАЛЬНЕГО УЗКОСПЕКТРАЛЬНОГО ИНФРАКРАСНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ СПОРТИВНЫХ ТРАВМ

З.И. Рихсиев

Узбекский Государственный институт физической культуры

Цель работы: изучить влияние дальнего узкоспектрального инфракрасного излучения на течение спортивных травм.

Материал и методы исследования. Обследовано 16 спортсменов высокой квалификации, различной специализации (теннисисты, каратисты) в возрасте 18-24 лет. Диагноз выставлялся на основании данных магнитно-резонансной томографии, рентгенологического, ультразвукового обследования, осмотра травматолога. Под наблюдением находились спортсмены с синовитом правого лучезапястного сустава (3) и правого коленного

сустава (3), с надрывом прямой мышцы бедра (2), и ушибами мягких тканей (4), послеоперационной контрактурой правого и левого коленного сустава (2), растяжением сумочно-связочного аппарата правого и левого локтевого сустава (2).

Лечение проводилось с помощью инфракрасных керамических (ИК) излучателей (монотерапия). При необходимости назначалась симптоматическая терапия (анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства).

Результаты лечения. При воздействии инфракрасными керамическими излучателями у спортсменов с синовитами наблюдалось уменьшение припухлости и болевого синдрома в поврежденных суставах после 5-7 сеансов. Исчезновение синовиального выпота в суставах (МРТ) наблюдалось после 8-10-го сеансов. Возобновление тренировок в полном объеме происходило после 14-16 сеансов.

У спортсменов с надрывами мышц наблюдалось исчезновение болевого синдрома при ходьбе после 10-14 сеансов, при легком беге после 14-20 сеансов. Признаки гематомы и зоны патологической васкуляризации в мышечном слое в месте надорванных мышц (УЗИ) не определялись после 14-20 сеансов. Функциональный рубец (МРТ) формировался после 15-22 сеансов. Возобновление тренировок в полном объеме происходило после 30-го сеанса. У спортсменов с ушибами мягких тканей рассасывание подкожной гематомы происходило после 8-12 сеансов. У спортсменов с послеоперационной контрактурой коленных суставов полное восстановление объема движений наблюдалось после 5-8 сеансов, возобновление тренировок в полном объеме после 10-12 сеансов.

У спортсменов с растяжением сумочно - связочного аппарата локтевых суставов наблюдалось уменьшение отека, боли в пораженных суставах после 3-5 сеансов. Полное восстановление объема движений в пораженных суставах и возобновление тренировок в полном объеме после 8-10 сеансов.

Следует отметить, что у спортсменов ухудшения общего состояния, побочных эффектов не наблюдалось во время лечения. Показатели гемодинамики оставались стабильно нормальными.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что дальнейшее узкоспектральное инфракрасное излучение, вырабатываемое инфракрасными керамическими излучателями:

1. обладает противоболевым, противоотечным, рассасывающим действием.
2. способствует сокращению сроков лечения спортивных травм.
3. может использоваться в качестве физиотерапевтического восстановительного средства в комплексной реабилитации травмированных спортсменов.

ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У СПОРТСМЕНОВ С УЧЕТОМ ПРОЦЕНТНОГО СОДЕРЖАНИЯ ЖИРА

А.П. Романчук, И.С. Мунтян, В.Г. Тодорова

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

Цель работы: изучить показатели центральной гемодинамики женщин, занимающихся спортом, с учетом процентного содержания жира в организме.

Материалы и методы: с использованием спирокардиографии (САКР) обследованы 51 спортсменка. Средний возраст составил $21,6 \pm 2,3$ года. Для определения содержания жира использовался прибор Омрон. По результатам обследования были сформированы 4 группы. Первую группу (с содержанием жира до 19%) составили 7 спортсменок, вторую (с содержанием жира от 20 до 28%) – 13 спортсменок, третью (с содержанием жира от 29 до 31%) – 19 спортсменок, четвертую (с содержанием жира более 31%) – 11 спортсменок. С использованием САКР определялись показатели центральной гемодинамики АД систолическое (мм рт.ст.), АД диастолическое (мм рт.ст.), АД пульсовое (мм рт.ст.), АД среднее (мм рт.ст.), КДО (см^3), КСО (см^3), УО (см^3), МОК (л/мин), ОПСС ($\text{дин} \times \text{с} \times \text{см}^{-5}$), УПСС (мм рт.ст./л/мин/ м^2), СИ (л/мин/ м^2), УИ (мл/ м^2)).

Результаты: установлено, что содержание жировой ткани существенно влияет на параметры гемодинамики. Во 2 и 3 группах отмечается незначительное отличие КДО, КСО, УО, МОК, которые более значимы в 3 группе и ОПСС, которое выше во 2 группе, что свидетельствует о более выраженной нагрузке на систему кровообращения при увеличении жировой массы, приводящей к перестройке системных механизмов – увеличению сердечного выброса и компенсаторного снижения сосудистого тонуса. При этом показатели АД и ЧСС в покое практически не отличаются. В 1 группе спортсменок при увеличении ЧСС в состоянии покоя в сравнении с другими группами отмечаются достоверно более низкие значения САД, ДАД и АДс. Дополняются эти данные существенно более низкими значениями периферического сопротивления и увеличением ударного и сердечного индексов, что свидетельствует о достаточном напряжении центральной гемодинамики и выраженной тенденции к гиперкинетическому варианту

кровообращения при сниженном вкладе жировой ткани. У спортсменок 4 группы отмечаются изменения, свидетельствующие о выраженной тенденции к гипокинетическому варианту гемодинамики, связанному с некоторым увеличением тонуса сосудов. Последнее подтверждается достоверным увеличением УПСС, ДАД и АДс в сравнении с другими группами. При этом показатели внутрисердечной гемодинамики существенно не отличаются. Можно предположить, что гипокинетический тип кровообращения является следствием относительного несоответствия возможностей сократительной функции миокарда и снижением периферического запроса активной (мышечной) ткани при повышении жировой массы, который реализуется в виде повышения тонуса сосудов. Анализ типов гемодинамики спортсменок позволил установить, что наиболее часто в 1 группе встречается гиперкинетический тип гемодинамики – в 42,9% случаев, а в остальных – гипокинетический (в 69,2% – во второй, в 47,4% – в третьей и в 81,8% – в четвертой). Также отмечено, что эукинетический тип гемодинамики встречается не более, чем у 28,6% случаев (у спортсменок 1 группы), и реже всего в 4 группе спортсменок (в 9,1% случаев).

Таким образом, установлено, что центральная гемодинамика спортсменок с различным вкладом жировой массы существенно отличается: 1) наиболее оптимальными значениями КДО, КСО, УО, МОК, ОПСС отмечаются у спортсменок с содержанием жира 20-28%; 2) при умеренном повышении содержания жира до 31% отмечается увеличение параметров сердечного выброса при снижении сосудистого сопротивления; 3) при повышении содержания жира (более 31%) отмечается тенденция к гипокинетическому типу гемодинамики с повышением сосудистого сопротивления; 4) при низких значениях вклада жира (менее 20%) отмечается выраженная тенденция к гиперкинетическому типу кровообращения при существенном снижении показателей АД в состоянии покоя.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

П.Н. Рузиев, Ф.О. Мизамов, К.Р. Тагаев

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Цель работы: Изучение диагностики и совершенствование консервативных и хирургических методов лечения острого панкреатита.

Материал и методы исследования. В Самаркандском филиале РНЦЭМП в отделении 1-ой экстренной хирургии в период с 2010 по 2014 гг. находились 144 больных с острым панкреатитом, мужчин было 85 (59,1%), женщин 59 (40,9%), возраст от 20 до 72 лет. Диагноз острого панкреатита ставился на основании клинических и лабораторных данных, лапароскопического и ультразвукового исследования и компьютерной томографии.

Причинами развития острого панкреатита в 53% случаев были алиментарные, в 32% - злоупотребление алкоголем, в 10% - желчнокаменная болезнь. У 5% пациентов причина острого панкреатита установлена не была.

Результаты: Этапная схема реабилитационного лечения пациентов с острым панкреатитом включала: Этап 1: дезинтоксикационная терапия (глюкоза, физиологический раствор поваренной соли в сочетании методикой форсированного диуреза); цитостатики для угнетения функции поджелудочной железы цитостатиками (5-фторурацил); ингибиторы протеаз (гордокс, трасилол), эпислон аминокaproновой кислотой, блокаторами H₂-рецепторов, сандостатина; сокращение потребления животных жиров; создавали функциональный покой поджелудочной железе голодом 3-5 дней, постоянной аспирацией содержимого желудка; хирургическое лечение при наличии деструктивного панкреатита. Этап 2: спазмолитические средства; глюкозо-новокаиновой смеси; анальгетики, в том числе наркотические; средства, регулирующие моторную функцию; производили коррекцию расстройств кровообращения (строфантин, допамин, коргликон), микроциркуляции (дезагреганты, антиоксиданты), купирование явлений эндогенной интоксикации - гиперволемическая гемодилюция в сочетании с методикой форсированного диуреза; лазеротерапия - паравертебрально слева в области ThVII до ThIX, частота следования импульсов 50 Гц, мощность излучения 70 мВт, экспозиция 2 мин на зону, 4-6 сеан-

сов, ежедневно или через день; купирование синдрома эндогенной интоксикации и профилактику развития гнойно-септических осложнений деструктивного панкреатита. Этап 3: социальная переориентация; соблюдение диеты (уменьшение суточного потребления жиров до 60 г, преимущественно растительных, углеводов).

После применения указанных мероприятий улучшалось самочувствие (у 107 больных), купировались явления психоза (у 86), токсической энцефалопатии (у 15), уменьшилась одышка, тахикардия, увеличивался диурез. Выявлены снижение биохимических параметров крови (мочевины, креатинина, остаточного азота).

Однако у 37 больных с крайне тяжелыми формами панкреатита активное консервативное лечение эффекта не дало. Состояние их прогрессивно ухудшалось (нарастание симптомов интоксикации и перитонеальных явлений), что явилось показанием к оперативному вмешательству. Во время операций по поводу деструктивных панкреатитов обнаружены: жировой панкреонекроз - у 21 больных (56,7%), геморрагический панкреонекроз - у 16 больных (43,3%). Из них в 24 случаях был локальный (очаговый) процесс, у 9 - субтотальный процесс, у 4 - тотальный процесс.

Больным были произведены следующие операции: лапаротомия, холецистэктомия, дренирование сальниковой сумки - у 5 (13,5%), холецистостомия и дренирование сальниковой сумки - у 17 (45,9%), холедохотомия с дренированием сальниковой сумки - у 6 (16,2%), дренирование сальниковой сумки - у 5 (13,5%), секвестрэктомия и оментобурсостомия - у 4 (10,8%) больных. Программированная релапаротомия произведена 7 (18,9%) пациентам.

Летальность среди оперированных с острым деструктивным панкреатитом составило 16,2% (6 больных).

Выводы: Проводимый комплекс медицинской реабилитации за последние годы с применением детоксикации и лазеротерапии позволили снизить летальность и улучшить прогноз лечения этой тяжелой категории больных.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ НОРМАЛИЗАЦИИ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ПИТЬЕВОМ РЕЖИМЕ

И.Т. Руснак

Буковинский государственный медицинский университет

Цель работы: Нормализовать уровень артериального давления у больных артериальной гипотензией и гипертензией. Проблема колебаний артериального давления (АД) и связанное с ними ухудшение самочувствия является актуальной в терапевтической практике, в частности врача-кардиолога. Важным аспектом есть изучение патогенеза нарушения регуляции АД и пути его безопасной и быстрой коррекции.

Материал, методы исследования и результаты: Пациентка 34 лет в течение нескольких лет страдала от периодических приступов (последние 5 лет по 3-4 раза в неделю) понижения АД до 110/80 - 90/60 мм рт.ст., в то время как АД, при котором она хорошо себя чувствовала, было 115/80 мм рт.ст. (при стрессе наблюдалось понижение АД, очень редко его повышение). Приступы сопровождались головной болью и головокружением,

купировала их приемом под язык (рассасыванием) ¼ таблетки (в тяжелых случаях 1,5 таб) кофеина-бензоата натрия (1 таб содержит 100 мг), после чего самочувствие и АД нормализовались через 10-40 мин. Из анамнеза vitae: первые 30 лет жизни не пила обычную питьевую воду, из жидкостей употребляла только чай, сок, компот, первые блюда (суп, борщ), иногда молоко. Солевая нагрузка была средней, без ограничений. Не считая колебаний АД пациентка была практически здоровой. С 31 года жизни начала пить качественную не кипяченую «сырую» воду (не структурированную в круже-структуризаторе), в количестве около 10-15 мл/кг веса (т.е. при массе тела 68 кг за день выпивала 680 мл - 1 л воды. Но проблема АД оставалась. В 34 года после полученной информации о важности выпивать достаточно воды, лучше структурированной, в количестве мини-

мум 30 мл/кг массы тела за день и 0,5 чайной ложки морской соли на каждые выпитые 2 л воды за день самочувствие резко улучшилось, симптомы появлялись реже. При приступах головной боли начала принимать 2 стакана структурированной воды и рассасывать под языком чуточку морской соли (на кончике чайной ложки) – симптомы проходили за 3-7 мин на 60-70 %, ещё стакан воды и рассасывание под языком соли полностью устраняло головную боль в общем за 10-15 мин. Последние три приступа купировались именно таким способом (а не приёмом кофеина-бензоата натрия как раньше) на фоне ежедневного достаточного питья структурированной воды. После трёх недель от начала употребления структурированной воды в количестве минимум 30 мл/кг массы тела за день и 0,5 чайной ложки морской соли на каждые выпитые 2 л воды за день приступы понижения АД прекратились, эффект длится уже 1,5 года, пациентка постоянно придерживается этих правил питья.

Второй пациент: мужчина 60 лет, вес 113 кг, артериальная гипертензия, сахарный диабет, в анамнезе инфаркт миокарда, ограничивал питье. Начал принимать по вышеуказанной схеме структурированную воду (по-

степенно увеличивая водно-солевую нагрузку – по 1-2 стакана воды в день) и морскую соль – уже за первую неделю самочувствие улучшилось, АД без резких колебаний, со слов пациента ощущение, что «внутри стало легче, будто теряю вес».

Ещё один пациент: женщина 85 лет, в анамнезе транзиторная ишемическая атака на фоне гипертонического кризиса, после чего 15 лет лечит артериальную гипертензию, регулярно каждый день принимая полный спектр антигипертензивной терапии. Почувствовала головокружение, слабость, АД понизилось до 100/55 мм рт.ст. (нормальное давление 120/80 мм рт.ст.). Выпила 2 стакана структурированной воды (не залпом, по несколько глотков) и рассосала под языком морской соли (на кончике чайной ложки) после каждых 5-8 глотков – симптомы прошли за 5 мин, АД 120/80 мм рт.ст. Через час приступ повторился с таким же АД, прием структурированной воды и соли нормализовал АД и самочувствие за 5 мин.

Выводы: Устранение хронического обезвоживания клеток организма даёт возможность улучшить тонус стенок сосудов и сохранять стабильность АД, обеспечивая хорошее самочувствие.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТУПЕНЧАТОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ОСТРОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, ПО МАТЕРИАЛАМ СФРНЦЭМП

М.Р. Рустамов, Ш.М. Уралов, Ф.Р. Шакаров, Ф.О. Турсунов, Б.А. Турсунова

*Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи*

Целью данной работы явилось изучение клинической эффективности ступенчатой антибиотикотерапии острого бронхита у детей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 28 детей в возрасте 3-5 лет, госпитализированных в отделения педиатрического блока СФРНЦЭМП в 2014 году с диагнозом острый бронхит. Наряду с общепринятой терапией дети получали цефуроксим (мегасеф) внутривенно или внутримышечно (из расчета 30-60 мг/кг/сут в 3 введения) в течение 3 дней, с последующим переходом на пероральный прием цефуроксима аксетила (в дозе 250 мг x 2 раза в сутки внутрь).

Полученные результаты и их обсуждение. Перевод на пероральный антибиотик осуществлялся после получения адекватного клинического ответа на начатую парентеральную терапию цефуроксимом, который включал в себя нормализацию температуры тела, отсутствие одышки, уменьшение проявлений интоксикационного синдрома, уменьшение кашля. У детей на 3-и сутки уменьшились признаки интоксикации, у некоторых пациентов уменьшилась интенсивность кашля, значительно уменьшилась одышка, нормализовался сон, улучшился аппетит. Одышки в конце курса лечения не было ни у одного ребенка, а незначительный

кашель наблюдался всего у 2 пациентов. Все дети на втором этапе лечения не получали инъекций, что значительно повышало их качество жизни и устраняло необоснованную психологическую травму. К концу курса лечения состояние всех детей расценивалось как удовлетворительное. Общая длительность лечения в стационаре составила в среднем $4,8 \pm 0,3$ дней.

Вывод. Результаты данного исследования подтверждают, что цефуроксим для парентерального применения и пероральный цефуроксим аксетил является эффективным и безопасным антимикробным лекарственным средством для стационарного лечения детей с острым обструктивным бронхитом. Преимуществами ступенчатой терапии являются уменьшение количества инъекций и сокращение времени пребывания больных в стационаре, что способствует снижению риска нозокомиальной инфекции и лучшей социальной адаптации больного. Применение препаратов цефуроксима в виде ступенчатой схемы антибиотикотерапии обладает рядом клинических, экономических и психологических преимуществ. Оба препарата цефуроксима удобны для педиатрической практики и рекомендуются для широкого клинического применения в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий у данной категории больных.

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

Е.Н. Рябоконь, Ю.А. Черепинская

Харьковский Национальный медицинский университет

Цель исследования: изучить влияние высокоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного диапазона и монохроматического когерентного поляризованного света на клинические проявления воспаления у боль-

ных генерализованным пародонтитом хронического течения. Провести наблюдения и оценить эффективность многофакторного патогенетического действия лазерного излучения и перспективность применения

лазерной терапии в комплексном лечении воспалительного-дистрофических заболеваний пародонта.

Материалы и методы: обследовано 27 больных (10 женщин и 17 мужчин) в возрасте от 35 до 45 лет с генерализованным пародонтитом хронического течения средней степени тяжести, которые были разделены на 2 группы. В 1-ой группе на фоне медикаментозного лечения проводили закрытый кюретаж; во 2-ой группе в комплекс лечения помимо медикаментозной терапии и закрытого кюретажа была включена лазерная терапия с помощью диодного лазера. Для оценки эффективности проводимого лечения служили данные параклинических показателей, а именно – ИГ (индекс гигиены), РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс), РВІ (индекс кровоточивости сосочков), РІ (пародонтальный индекс Рассела) и глубина пародонтальных карманов.

Результаты исследования: динамика изменений параклинических индексов имела более позитивный характер у больных 2-ой группы, где в комплексном лече-

нии дополнительно использовали диодный лазер. Поддерживающая терапия через 6 месяцев способствовала тому, что через 1 год у больных 1-ой группы наблюдалось достоверное снижение ИГ в 1,4 раза, во 2-ой группе – 2,0 раза; индекса РМА – в 1,3 и 3,8 раза соответственно; индекса РВІ – в 1,7 и 2,7 раза соответственно; РІ Рассела – в 1,6 и 2,2 раза соответственно; глубины пародонтальных карманов – в 1,2 и 1,5 раза соответственно.

Выводы: использование физических методов в сочетании с традиционным лечением позволило в более короткие сроки достигнуть клинического благополучия со стороны тканей пародонта и увеличить длительность ремиссии. Применение лазерной технологии при проведении закрытого кюретажа способствует сокращению объема и сроков инвазивных вмешательств на тканях пародонта с наименьшим риском развития осложнений, за счет выраженного бактерицидного, коагулирующего, противоотечного и противовоспалительного действия лазерного луча.

ВЛИЯНИЕ ВЕКТОР-ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА ИЛ-4 ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Е.Н. Рябоконь, Ю.А. Черепинская

Харьковский Национальный медицинский университет

Целью исследования явилось изучение эффективности использования ультразвукового и ультразвукового направленного действия (Вектор-терапия) скейлинга в комплексном лечении генерализованного пародонтита (ГП) хронического течения II степени тяжести по уровню противовоспалительного цитокина ИЛ-4 в ротовой жидкости.

Материал и методы. Больные были распределены на три группы: 2 основные и 1 группа сравнения. Группу сравнения составили 16 больных, которые получали базисную терапию и удаление над- и поддесневых зубных отложений с помощью пьезоэлектрического скейлинга. 1-ю основную группу составили 17 больных, которым вместе с базисным лечением проводили удаление зубных отложений в 2 этапа. Первым этапом было механическое и ультразвуковое пьезоэлектрическое удаление над- и поддесневых зубных отложений, и удаление мягкого зубного налета с помощью порошкоструйного аппарата. Через 7 дней проводили обработку пародонтальных карманов Вектор-терапией аппаратом Vector (Германия). Лечение больных 2-й основной группы (19 больных) осуществляли так же как и 1-й основной группе. Дополнительно после проведения 1 этапа больным местно назначали гель из гранул кварцетина (14 суток) и раствор глюкозамина (препарат ДО-НА, 1 месяца).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что концентрация противовоспалительного ИЛ-4 в ротовой жидкости больных с ГП хронического течения II степени тяжести по сравнению с нормой ($239,8 \pm 16,67$ пг/мл) колебалась в среднем от $182,6 \pm 6,72$ пг/мл до $185,8 \pm 6,94$ пг/мл в трех группах наблюдения ($P < 0,001$) и была ниже нормы на 23-24 %. Это уменьшение указывает на несостоятельность регуляции иммунитета, супрессию компенсаторного противовоспалительного ответа и преобладания провоспалительных медиаторов.

Через 6 недель после лечения уровни ИЛ-4 в рото-

вой жидкости у больных достоверно повышались ($P < 0,001$) в 3 группах наблюдения. Концентрация ИЛ-4 у больных, которым проводилось базисное лечение, была на 21 % выше, чем до лечения ($184,8 \pm 8,91$ пг/мл – до лечения) и составила в среднем $224,1 \pm 6,79$ пг/мл, что на 7 % было меньше нормы ($P > 0,05$). У больных при применении Вектор-терапии концентрация ИЛ-4 в ротовой жидкости сохранялась на более высоком уровне и составляла в среднем – $254,8 \pm 9,34$ пг/мл. Рост этого показателя был на 40 % от исходного значения ($182,6 \pm 6,72$ – до лечения) и на 6 % превышал норму ($P > 0,05$). Применение Вектор-терапии с медикаментозной терапией (кварцетин и глюкозамин) в комплексной терапии позволило повысить сниженный уровень ИЛ-4 в ротовой жидкости через 6 недель к показателям, которые достоверно были выше нормы ($P < 0,005$). Средний уровень ИЛ-4 у больных составлял $291,3 \pm 7,75$ пг/мл, что достоверно было выше контроля на 21 % ($P < 0,005$). У больных, где применялась Вектор-терапия и медикаментозное лечение (кварцетин и глюкозамин), средние показатели ИЛ-4 в ротовой жидкости были выше нормы на 21 % ($P < 0,005$).

Выводы. Анализ динамики изменений уровня ИЛ-4 в ротовой жидкости у больных с ГП хронического течения II степени тяжести при разном виде скейлинга показал, что общее применение ультразвукового скейлинга направленного действия (Вектор-терапия) и медикаментозного лечения (кварцетин и глюкозамин) имеет более выраженный эффект. Применение этого лечения позволило повысить уровень ИЛ-4 в ротовой жидкости через 6 недель к показателям, которые достоверно были выше нормы на 21 % ($P < 0,005$). Использование только ультразвукового скейлинга направленного действия (Вектор-терапия) тоже повышало уровень ИЛ-4 к показателям, которые были на 6 % выше нормы ($P > 0,05$). При применении только пьезоэлектрического скейлинга этот показатель был ниже нормы на 7 % ($P > 0,05$).

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

А.Р. Сагатов

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель работы: оптимизировать изучение перекисления липидов крови при последствиях инсульта в позднем восстановительном периоде в процессе комплексной реабилитации.

Материал и методы исследования: обследовано 20 инвалидов трудоспособного возраста с последствиями инсульта в позднем восстановительном периоде. Из них у 10 (50%) очаг поражения локализовался в левом полушарии головного мозга и у 10 (50%) в правом полушарии. Мужчин было – 12 (60%) больных, а женщин 8 (40%) инвалидов. По степени утраты трудоспособности, больные были подразделены на следующие группы инвалидности: I группа – 1 (5%) больной с выраженными нарушениями неврологического статуса, II группа – 14 (70%) больных, у которых отмечался умеренной выраженности дефицит неврологической симптоматики и III группа – 5 (25%) пациенты с легкой выраженностью неврологической патологии. 5 больных с заболеваниями периферической нервной системы, идентичные по полу и возрасту составили контрольную группу. Проведены лабораторно-биохимические исследования крови: изучение состояния перекисного окисления липидов (ПОЛ).

Результаты: установлено, что в крови 20 больных в позднем восстановительном периоде инсульта была снижена активность ферментов АОС. Активность каталазы и супероксиддисмутазы у больных при поступлении в клинику было ниже показателя контрольной группы соответственно в 1,43 и 1,31 раза. Проведенные исследования у данной группы больных, показали активацию свободнорадикального окисления липидов в несколько раз относительно контроля, что достигало $1,52 \pm 0,15$ нмоль/мг белка в мин. Также, в индуцируемых системах обнаружена аналогичная картина активации ферментнезависимого и ферментзависимого индуцируемого перекисления соответственно до $6,87 \pm 0,41$ и $9,64 \pm 0,38$ нмоль/мг. Наряду с этим, обнаружено увели-

чение количества гидроперекисей до $7,35 \pm 0,44$ Е/мг липидов. Больные условно были разделены на 2 подгруппы по 10 пациентов для сравнительной оценки эффективности антиоксидантной терапии. Первая подгруппа была подвергнута комплексной реабилитации без антиоксидантной терапии (традиционная терапия), а второй подгруппе больных на фоне комплексного реабилитационного лечения мы в качестве антиоксиданта применили капсулы токоферола ацетата 50 мг по 1 капсуле 2 раза в день в течение 2 - х месяцев. В динамике традиционного лечения интенсивность спонтанного перекисления в крови в этих группах больных снижалась незначительно, т.е. статистически недостоверных пределах ($P > 0,05$). Так, интенсивность индуцируемых систем ПОЛ снижалась для аскорбатзависимого перекисного окисления липидов (АЗП) и НАДФН-зависимого перекисного окисления липидов (НЗП) соответственно в 1,33 и 1,16 раза. Также, отмечалось снижение содержания гидроперекисей (ГП) в крови в 1,3 раза (различия достоверны $P > 0,05$) по сравнению с исходным уровнем. У больных 2 подгруппы после реабилитационного лечения с включением антиоксидантов интенсивность спонтанного перекисления в крови в этой подгруппе больных снизилось в 1,7 раза по сравнению с исходными показателями, а интенсивность индуцируемых систем перекисного окисления липидов снижалась для АЗП и НЗП соответственно в 1,51 и 1,3 раза. В результате реабилитационного лечения с антиоксидантной коррекцией активность каталазы крови увеличивалась в 1,22 раза, а активность супероксиддисмутазы 1,17 по сравнению с исходным уровнем.

Выводы: анализ показателей антиоксидантной защиты в крови инвалидов в позднем восстановительном периоде инсульта, на фоне комплексной реабилитации с включением антиоксидантов, показал значимое снижение уровня накопления метаболитов ПОЛ и усиление мощности АОС.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

Д.Б. Сабирова, Ф.У. Каландаров, Г.Э. Тулакова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить современные методы лечения при ВМД с применением озона.

Материал и методы: клинические исследования проведены у 30 больных (60 глаз) с различными стадиями ВМД. Среди них женщин было 18 (60%), мужчин - 12 (40%), средний возраст составил $67,4 \pm 5,67$. Для оценки эффективности результатов лечения больные были разделены на 2 группы: 1-я группа (контрольная) - 13 пациента (26 глаз), которые получали традиционное медикаментозное лечение, включающее: парабульбарные инъекции патогенетически обоснованных препаратов (Sol. Eмохурин 1.0% 0,5 мл парабульбарно 1 раз в сутки в течение 10 дней) в сочетании с базисным лечением. 2-я группа (основная) - 17 пациентов (34 глаз), которым было проведено традиционное медикаментозное лечение с применением озонированного физиологического раствора в виде парабульбарных инъекций в дозе 0,3 мкт в количестве 10 процедур на курс лечения. Проведены офтальмологические исследования: визиомет-

рия, периметрия, офтальмоскопия, тонометрия, фотографирования глазного дна с ретинофотом.

Результаты: острота зрения в динамике у больных во II группе с неэкссудативной стадией ВМД за 6 месяцев наблюдения улучшилась в 2,3 раза, что в 2,0 раза превышает аналогичные показатели традиционного лечения. Острота зрения у больных с экссудативной стадией ВМД во II группе улучшилась в 4,1 раза к 6 месяцу наблюдения, однако в контрольной группе достоверного улучшения показателей не наблюдаюсь. В рубцовой стадии ВМД полученные данные свидетельствуют о позитивной тенденции в динамике остроты зрения у пациентов во II группе, где показатель остроты зрения имел положительный эффект в 2,0 раза и стабилизацию показателей, в отличие от I группы, где отмечалось ухудшение показателей в 3 раза.

Выводы: 1. Предложенный в комплексной терапии озонированный физиологический раствор способствует стойкому повышению зрительных функций во всех ста-

диях ВМД в течение 6 месяцев. 2.Применяемый метод лечения ВМД способствовал достоверному улучшению визиометрии, офтальмоскопии, периметрии. 3.Применение озонированного раствора имеет достоверно более высокую эффективность для динамики

функции макулярной области сетчатки, что позволяет рекомендовать озонотерапию с целью улучшения зрительных функций в неэкссудативной и экссудативной стадии ВМД и с целью стабилизации зрительных функций как метод выбора в рубцовой стадии ВМД.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДОНОРСКОГО ДВИЖЕНИЯ В Г.КАРАГАНДЕ

Л.Е. Сабинова, Л.Г. Филатова, Д.Р. Омарова, Г.А. Абдулина, А. Сабинова

*Карагандинский государственный медицинский университет,
КГКП "Областной центр крови, (Казахстан)*

В соответствии с международными стандартами, принятыми странами - членами Всемирной организации здравоохранения, для полного обеспечения лечебных учреждений препаратами и компонентами донорской крови необходимо 50 донаций на тысячу человек населения. В нашей стране этот показатель соответствует 17,2 на 1000 населения, по Карагандинской области этот показатель составил 10,6 донаций на 1000 населения. Результат проведенного анализа, свидетельствует о том, что аналогично уменьшению общего числа доноров, уменьшилось и количество донаций на тысячу населения: если в 2000г. показатель донаций составил 20,4, то в 2011г. - 10,6, что показывает уменьшение количества донаций в два раза.

Вопреки всем негативным составляющим современного общества, мы стараемся проводить персонифицированные формы работ, как с населением, так и с организациями, такие как:

- привлечение к донорству родственников, сослуживцев, друзей пациентов, нуждающихся в трансфузии;
- организация и проведение донорских выездных сессий;
- проведение акций и мероприятий по безвозмездной сдаче крови, приуроченных к различным датам, в том числе и к Всемирному дню донора;
- внедрение дополнительных мер поощрения безвозмездных доноров на выездях;

- создание информационного сайта, информация на котором периодически пополняется и обновляется, где донор может получить необходимые сведения.

Агитационно-просветительская работа должна проводиться с использованием современной технологии: выступление по радио и на телевидении, публикации в прессе, размещение рекламных информационных материалов в Центре крови, на улицах, в общественном транспорте, в средствах наружной рекламы. Использовать привлечение к донорству родственников. При правильной постановке пропаганды донорства, из доноров родственников в последующем формируются кадры безвозмездных доноров. Продолжать развивать пропагандистскую работу по организации выездных сессий. Активно сотрудничать с руководителями организаций всех форм собственности; ректорами и директорами государственных учреждений высшего и среднего профессионального образования и представителями средств массовой информации города. Учитывая значимость не только морального, но и материального поощрения донорства, необходимо уделить значительное внимание мерам поощрения и защиты донорства, разрабатывать дополнительные меры социальной поддержки доноров, что делает донорство более привлекательным, особенно для молодежи.

ЭПИЗОДИЧЕСКИЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Г.К. Садикова, С.А. Нарбекова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: изучить клинико-патогенетические особенности головных болей напряжения у детей.

Материалы и методы исследования: в основу исследования были положены данные исследования 36 детей в возрасте от 10 до 15 лет, страдающих ГБН. Диагностика ГБН осуществлялась в соответствии с критериями классификации международного общества по изучению головной боли (1Н8-2003) и критериями МКБ-10.

Результаты исследования: у всех наблюдаемых детей отмечались двухсторонние, диффузные головные боли давящего, сжимающегося характера, возникающие преимущественно во второй половине дня. В зависимости от частоты возникновения приступов головной боли было выделено две группы: пациенты с эпизодической формой ГБН (ЭГБН) и пациенты с хронической формой ГБН (ХГБН).

ЭГБН регистрировались в 24 случаях (66,7%). Частота приступов головной боли составляла 3-10 раз в месяц. В эту группу вошли 11 детей младшей возрастной груп-

пы (от 10 до 12 лет) и 13 детей старшей возрастной группы (от 13 до 15 лет).

Диагноз ХГБН был поставлен в 12 случаях (33,3%). Возникновение головной боли отмечалось от 4 до 7 раз в неделю. 7 детей этой группы (58,3%) относилось к старшей возрастной группе.

При неврологическом обследовании грубой очаговой симптоматики выявлено не было. У 11 детей с ЭГБН (45,8%) отмечалось равномерное оживление глубоких рефлексов без расширения рефлексогенных зон. Напряжение перикраниальной мускулатуры было выявлено только у 4 детей с ЭГБН (16,7%) и 3 детей с ХГБН (25%). У больных II группы в невротическом отмечено болезненность в I и II точке Валле, двухсторонний положительный Симптом Данцинг-Кунакова, снижение брюшных рефлексов, болевая гиперестезия в зонах Зельдера в двухстороннем.

Таким образом, результаты неврологического исследования свидетельствовали о неоднородности клинической картины ГБН у детей, что требует применение параклинических исследований.

СПАСТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДЦП СО ВТОРИЧНЫМИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМИ ЭПИЛЕПСИЯМИ

Г.К. Садикова, С.М. Хамидова

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Материалы и методы: проведен анализ у 38 детей со спастическими формами ДЦП (16 мальчиков и 22 девочек), у которых заболевание протекает с различными формами судорог всем сделан ЭЭГ в динамике.

Результаты исследования: Клинический анализ показал у всех детей зависимо от возраста, наблюдался спастический тетрапарез, больше выраженный в ногах и когнитивные нарушения.

Анализ встречаемости в зависимости от типа припадков показал, что генерализованные тонико-клонические судороги отмечались у 21 детей, парциальные

припадки - у 9, фармако-резистентный приступы - у 3 детей, которых на ЭЭГ обнаружено очаг эпилептической активности в лобно-теменной области со снижением биоэлектрической активности головного мозга.

На МРТ выявлено повреждение белого вещества головного мозга (44.8%), в основном в виде множественных очагов патологической интенсивности.

Заключение: приступы судорог при спастических формах ДЦП носят разнообразный характер и они усугубляют имеющиеся когнитивные нарушения.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ

Р.М. Самибаев, Н.Н. Мамурова, Н.Г. Саломов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить клинко-неврологические особенности и их нарушения при гипотиреозе с помощью КТ и МРТ.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 24 больных с гипотиреозом. Исследовали сравнительные особенности поражения нервной системы в возрастном аспекте. У всех больных было проведено клинко-неврологическое, КТ и МРТ обследование, использовали опросник для выявления поражения вегетативной нервной системы, поражение краниальных нервов. Примерно у 75% больных отмечается обратимая нейросенсорная тугоухость (больные жалуются на снижение слуха и шум в ушах), а у 60% - птоз, связанный со снижением симпатического тонуса. Нарушение вкуса и обоняния (обратимые при лечении гипотиреоза) довольно типичны для больных гипотиреозом. У части больных отмечается невропатия зрительного нерва со снижением остроты зрения, атрофией диска зрительного нерва и центральной скотомой. При первичном гипотиреозе может происходить компенсаторное увеличение гипофиза со сдавлением хиазмы, что приводит к появлению дефектов полей зрения, иногда с отеком дисков зрительных нервов (симптомы регрессируют на фоне заместительной гормональной терапии). Гипотиреоз предрасполагает к развитию невропатии лицевого нерва с парезом мимической мускулатуры. Измене-

ния голоса чаще связаны с миксематозными изменениями в гортани и голосовых связках, а также увеличением языка.

Результаты и обсуждения. Согласно данным исследования выраженность поражения вегетативной нервной системы у больных с гипотиреозом выше, чем в контрольной группе.

Головная боль носит характер «головной боли напряжения» или «мигрени». Больные пожилого возраста часто страдали от инсомнии с затрудненным засыпанием и частыми ночными пробуждениями. Обмороки связаны с пониженным систолическим давлением, брадикардией (часто менее 60 ударов в мин), анемией, тенденцией к гипогликемии. Все эти изменения регрессируют при адекватной коррекции гипотиреоза.

Таким образом, вегетативные поражения при гипотиреозе являются облигатными. Органическое поражение чаще встречается у больных с рецидивирующим течением заболевания.

Неврологические проявления встречающиеся при данном заболевании мало известны клиницистам. Тщательная оценка неврологического статуса позволила бы более своевременную диагностику и начало терапии и реабилитации. При лечении кортикостероидами с цитостатиками часто наблюдается полное восстановление, хотя возможны рецидивы болезни.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ ЛЕКАРСТВЕННОГО МОНИТОРИНГА

Ф.Н. Самадов, Ш.Х. Саидазизова, З.Д. Саидазизова

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель работы: оценить роль лекарственного мониторинга у детей с эпилепсией, в аспекте реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы исследования: исследование включало в себя определение концентрации карбамазепина в плазме крови у 40 детей методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. Согласно данным терапевтического лекарственного мониторинга (ТЛМ) все пациенты были распределены на три группы в 1-ю группу были включены пациенты, у которых концентрация АЭП находилась на суб терапевтическом уровне - 33 (82,5%), во 2-ю группу - пациенты с терапевтическим уровнем АЭП в крови - 6 (15%), в 3-ю группу - с уровнем препаратов, превышающим терапевтический интервал - 1 (2,5%).

Результаты: была проанализирована связь назначаемой дозы препарата в миллиграмм (мг) на каждый килограмм (кг) пациента с его концентрацией в плазме крови. В результате чего, у пациентов с низкой концентрацией препарата в плазме крови подтвердился адекватный расчет препарата на кг веса. Что лишний раз говорит об индивидуальной переносимости препарата каждым пациентом, а также о наличии других неизвестных нам причин (глистные инвазии, ферментативная недостаточность, недостаточная функциональная активность печени, невыявленный минеральный состав крови и т.д.), способствующих снижению терапевтического эффекта назначаемого препарата. Наибольший терапевтический эффект наблюдался у пациентов, у которых расчет велся 6 мг, 7мг, 15мг и 20мг на кг веса - 6

обследованных, вероятно в данных случаях доза препарата увеличивалась путем наращивания. Неадекватность назначаемой дозы была выявлена лишь в одном случае- 2,8 мг на кг веса. Коррекция схемы лечения на основании результатов терапевтического лекарственного мониторинга привела к значимому урежению эпилептических припадков как в группе с локально обусловленными, так и в группе с генерализованными формами эпилепсии и в конечном итоге. Из них у 8 (20%) достигнута ремиссия припадков у I,III возрастной группы, у 11 (27,5%) – снижение частоты приступов более чем на 50% у II возрастной группы, у 14 (35%) – снижение частоты приступов менее чем на 50% у IV-V возрастной группы, у 7 (17,5%) – эффекта не отмечалось. В

то же время в 9 (22,5%) случаев несмотря на адекватно подобранную дозу, монотерапия к желаемому результату не привела, что потребовало в дальнейшем поиска схем рациональной политерапии.

Вывод: в связи с вышеизложенным, актуальность проведения данного исследования является крайне необходимым, так как, результаты проведенного исследования могут послужить мониторингованию заболевания, оценки качества лечения, жизни и прогноза согласно международным принципам диагностики и лечения эпилепсии у детей, также позволит значительно повысить результаты реабилитационных мероприятий у детей с эпилепсией.

РЕАБИЛИТАЦИОННО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Ф.Н. Самадов, Н.М. Туляганова, З.Д. Саидазизова

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель работы: оптимизация реабилитационно-терапевтических мероприятий у детей с эпилепсией.

Материалы и методы исследования: было проведено исследование уровня концентрации карбамазепина в сыворотке у 20 детей в возрасте от 3 месяцев до 12 лет, принимавших препараты карбамазепинового ряда. Критериями отбора явились дети принимающие препарат не менее 3 месяцев. Терапевтический диапазон концентраций данного препарата соответствует 4-12 мкг/мл. Из общего числа обследуемых мальчиков- 11 (55%), девочек 9 (45%). Возраст варьировал: 3-6 мес.- 2 детей, 1-3 года- 10 детей, 3-6 лет- 2 детей, 6-9 лет- 1 ребенок, 9-12 лет- 5 детей.

Результаты: в ходе исследования концентрации препаратов карбамазепинового ряда в плазме крови получены следующие данные: уровень, не соответствующий терапевтической норме у 14 (70%) детей, то есть концентрация препарата была менее 4 мкг/мл. Из этого числа концентрация ниже нормы 3-3,9 мкг/мл у 4 (29%) детей, низкая концентрация 2-2,9 мкг/мл у 7 (50%) детей, очень низкая концентрация у 3 (21%) детей. У 4 детей концентрация препарата не входит в рамки терапевтической, то есть 3-3,9 мкг/мл что может быть связано с неправильным подбором дозы препарата. У 10 детей низкая и очень низкая концентрация может быть связана, как с неадекватным подбором АЭП, без учета

формы эпилепсии и типа припадков, так и с индивидуальными особенностями организма (метаболические причины). Лечение эпилепсии в режиме политерапии проводилось у 25 (75%) пациентов, монотерапии- у 5 (25%). Проведение терапевтического лекарственного мониторинга (ТЛМ) позволило установить причины неадекватно проводимого лечения. Назначение антиэпилептических препаратов (АЭП) в необоснованно низких дозах, не соответствующих рекомендациям, предложенным Международной лигой по борьбе с эпилепсией, а также назначение двух и более АЭП из различных групп без учета их фармакокинетического взаимодействия, в том числе с индукторами микросомальных ферментов печени, являлись причинами субтерапевтического уровня препаратов в сыворотке крови.

Таким образом, проведение адекватной реабилитационно-терапевтических мероприятий, несомненно, позволит более эффективно компенсировать нарушения когнитивных и моторных функций и в большинстве случаев избежать формирования необратимых дефектов неврологического и психического статуса у детей с эпилепсией. Это в свою очередь позволит значительно снизить процент инвалидизации детей раннего возраста с эпилепсией и добиться более полного восстановления их индивидуальной и общественной ценности.

ВЕРТЕБРОГЕННЫЕ БОЛИ (ДОРСАЛГИЯ): ТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Р.М. Самибаев, У.Р. Хушмурадов, А.Т. Холмуродов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: разработка комплексной программы реабилитации больных вертеброгенными болями (дорсалгия), включающей алгоритмы восстановительного лечения в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях.

Материал и методы: Нами было обследовано 78 больных. Для сопоставления результатов лечения все больные были распределены на две группы. Первую составили 43 больных, которым при назначении курса лечения общепринятые медикаментозные и физиотерапевтические процедуры и методы мануальной терапии. Вторую группу составили 35 больных которым наряду с общепринятой медикаментозной и физиотерапевтическим методом лечения, проводилось этапность реабилитационной терапии. Эффективность лечения определялось на основании клинического и ней-

ровизуализационных исследований, проводившихся до и после лечения, с диагнозом: вертеброгенные боли (дорсалгия).

Результаты и обсуждение: общепринятое медикаментозное и физиотерапевтическое лечение и схема реабилитационной терапии проводимое с учётом характера неврологических нарушений, обеспечивает уменьшение, а затем и исчезновение болевого синдрома. Разработана следующая схема реабилитационной терапии: неврологическое отделение больницы → отделение реабилитации → амбулаторное → санаторно-курортное лечение. На стационарном этапе всем больным проводили медикаментозную терапию, включающую нестероидные противовоспалительные препараты, хондропротекторы, антихолинэстеразные препара-

раты, витамины группы В, а также биостимуляторы, сосудистые препараты и физиотерапевтическое лечение.

Больные 2ой группы получали 4х этапный курс лечения. Комплексные методы лечения проводили в реабилитационном центре г.Самарканда курса мануальной терапии и проведения специальных комплексов ПИР (постизометрическая релаксация мышц) и вакуумная рефлексотерапия для коррекции мышечного дисбаланса, а также применяли в комплексе лечения данного этапа кровать для вибромассажа CE-V-888.

Вывод: Предложенные в работе современные комплексные методы лечения, являются весьма эффективными (стационарного, реабилитационного, амбулаторно-поликлинического этапов лечения), и их следует включить в арсенал основных лечебных мероприятий.

Таким образом, комплексность восстановительных мероприятий при лечении вертеброгенных болей (дорсалгии) приводит к быстрому выздоровлению пациента и улучшает качество жизни.

СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Р.М. Самибаев, Н.Н. Мамурова, У.Х. Самибаева, Ф.Х. Усмонова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: оптимизация метаболической «реабилитации» направленной на коррекцию комплекса нарушений гемостаза, нарушений жирового и углеводного обмена, инсулинорезистентность, а также на коррекцию изменений гемореологии и гемостаза.

Материал и методы: под нашим наблюдением находились 40 больных в возрасте 41-72 года. У них были изучены возможные причины нарушений церебрального кровообращения при наличии метаболического синдрома с неврологической симптоматикой гипертензивной энцефалопатии. У всех обследуемых нами больных проводили клинико-неврологическое исследование: КТ, МРТ, ЭЭГ, ЭКГ и доплерографию церебральных сосудов.

Результаты и обсуждения: данные клинико-неврологического и нейровизуализационного исследования у обследуемых нами больных 1 и 2 группы свидетельствовали о значительной вариабельности значений гемодинамических показателей в зависимости от клинических стадий. Сравнительный анализ клинических данных и нейровизуального исследование выявил, что

для пациентов страдающих МС, характерно более частое развитие сосудистых заболеваний мозга.

Нами проводились различные характеристики МС. У обследуемых нами больных с энцефалопатией, МС включало следующие факторы риска - повышенное АД (более 140/90) у 40% больных, повышенный уровень глюкозы (более 5,5 ммоль/л) у 30% больных, и ожирение (объем талии более 100 см, у мужчин и более 85 см у женщин) у 60% больных. Наличие таких нарушений позволяют диагностировать МС. Наш сравнительный анализ клинических данных и параклинические методы исследования выявили, что для пациентов, страдающих МС, характерны более выраженные признаки течения энцефалопатии.

Таким образом, МС кластер патогенетически взаимосвязанных метаболических и сосудистых нарушений, является одной из приоритетных проблем современной медицины, это связано с взаимопотенцирующим действием его компонентов приводимых к быстрому прогрессированию и развитию осложнений сосудистых заболеваний, в том числе и заболеваний головного мозга.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Р.М. Самибаев, И.Н. Мамурова, З. Исроилова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: изучение влияния этапности и преемственности реабилитационных мероприятий при проведении лечения больных перенесших инсульт.

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены результаты лечения 30 больных (18 женщин и 12 мужчин), находившихся на лечении в отделении неврологии ГМО Самарканда, в период с сентября 2013 года по октябрь 2014 год. Средний возраст больных составил 58 лет (от 42-74 года). Длительность заболевания варьировала от 3 месяцев до 3 лет. Все больные были разделены на 2 группы: 1-ю основную группу вошли 16 больных, которые помимо традиционной медикаментозной терапии получали реабилитационные мероприятия. Во 2-ю контрольную группу вошли 14 больных, которым проводилась только медикаментозная терапия. Для оценки эффективности применения реабилитационных мероприятий всем пациентам проводилось клинико-неврологическое обследование, МРТ и контрастная ангиография сосудов головного мозга, ЭКГ, ЭМГ, R-графия шейных позвонков.

Результаты и их обсуждение: по результатам комплексного анализа лечения больных инсультом в восстановительный период установлено решение о проведении того или иного вида стандартного лечения и реабилитации. Сравнительный анализ эффективности

больных инсультом с ранним применением реабилитационных мероприятий по отношению к контрольной группе показал, что у 30% больных первой группы отмечалось раннее восстановление двигательных функций.

Терапия и реабилитация основывается на профилактике повторного инсульта. Реабилитационные мероприятия включают речевую терапию, кинезотерапию, предупреждение контрактур, физио-и рефлексотерапии, постизометрическую релаксацию мышц (ПИРМ). При проведении реабилитации больных перенесших инсульт важна этапность и преемственность реабилитации. Реабилитация должна быть непрерывной и особенно активной в течение 6 месяцев после перенесенного мозгового инсульта. Активация больного представляет одно из важнейших направлений реабилитации. Физиологическая нагрузка составляет основу активации и должно учитывать имеющиеся противопоказания к быстрой активации.

Таким образом, целенаправленное применение реабилитации в комплексном лечении больных с инсультом приводит к раннему восстановлению двигательных и речевых функций и профилактике повторного инсульта.

МЕТАБОЛИЧЕСКИ И ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Р.М. Самибаев, И.Н. Мамурова, З.М. Баширов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить неврологические осложнения, таких, как метаболически и генетически обусловленные невропатии у больных сахарным диабетом с помощью ЭМГ, КТ и МРТ исследований и проведение этапности реабилитационных мероприятий.

Материал и методы исследования: обследованы 28 больных сахарным диабетом 1 и 2 типа в возрасте от 24 до 64 лет, с длительностью заболевания от 5 до 20 лет. Женщин было 18, мужчин 10. Неврологические проявления характеризовались наличием полиневропатии. На ЭМГ определяли скорость проведения импульса в руках и ногах. У больных в возрасте 45-64 лет продолжительность диабета превышало более 20 лет. Поражение нервной системы отмечается 84 % больных. Неврологические расстройства у 92% больных развивалось медленно, незаметно и принимало необратимый характер течения.

Чувствительные расстройства, особенно в нижних конечностях отмечалось у всех больных. Заболевание приводит к развитию вегетативных невропатий в виде ортостатической гипотонии у 81% и нейрогенного мочевого пузыря у 42%, а так же к импотенции. Другие поражения нервной системы развивались внезапно и их прогноз оказался благоприятным. Подтверждают диагноз с помощью КТ и МРТ.

Результаты и обсуждения: Поражение периферической нервной системы клинически выявлено у 18 боль-

ных с инсулинозависимым диабетом, но ЭМГ признаки поражения периферических нервов обнаружено 94% больных с продолжительностью диабета более 20 лет. Лица молодого возраста до 35 лет с периферической невропатией жаловались на внезапно проявляющиеся острые боли, которые усиливались по ночам. Диабетическая амиотрофия с дряблостью мышц бедра было выявлено у 4 больных, в таких случаях мышечные релаксанты противопоказаны.

Остеоартропатия Шарко: у обследуемых больных с периферической невропатией было выявлено у одного больного костные изменения. Проведенные мероприятия у данного больного делают возможным осуществление патологических движений в суставах на фоне комплексной терапии и реабилитации с включением мексидола, электростимуляции.

Выводы: данные наших исследований, показывающие значимость изучения периферической нервной системы, нарушение которого приводит к срыву регуляции сосудистого тонуса и способствует формированию сосудистой невропатии на фоне комплексной терапии у больных сахарным диабетом. Улучшилось общее самочувствие больных, неврологическое и соматическое состояния, повысилось скорость проведения импульсов при ЭМГ и улучшилось качество жизни больных сахарным диабетом.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПЕРЕНЕСШИХ НЕЙРОИНФЕКЦИИ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

У.Х. Самибаева

Самаркандский государственный медицинский институт

Материалы и методы: Было проведено обследование 312 пациентов до 25 лет с генерализованными формами МИ за 2002-2011гг. по Обл.ИБ. Из исходов генерализованных форм менингитов: Из 312 больных благоприятный исход. Полное выздоровление при выписке из стационара – у 87 больных(27,8%), 1.Обратимые остаточные явления – 120 больных(38,46%), Неблагоприятный исход -1. Гипертензионный синдром -78 больных(25%). 2. Синдромы двигательных расстройств (парезы и невриты) - 23 больных(7,37%). 3. Судорожный синдром - у 3 больных(0,96%). 4. Слепота – у 1 больного(0,32%).

Как видно из вышеперечисленных данных лишь у 207 больных (66,3%) отмечается благоприятный исход, 105 всех пролеченных больных что составляет (33, 6%) выписываются с неблагоприятным исходом и инвалидизирующими последствиями заболевания.

Результаты и обсуждения. Все вышеизложенные данные диктуют необходимость проведения медицинской реабилитации данной категории больных на раннем этапе.

Показано, что к периоду выздоровления после выписки из стационара необходимость проведения ЭЭГ с последующей реабилитацией больных. В настоящее время разработаны основные принципы коррекции неврологических нарушений с помощью медикамен-

тозных средств, кинезотерапии и физических процедур. Ранее начало реабилитационных мероприятий предопределяет их успех и эффективность на последующих этапах. Реабилитационные мероприятия сразу после выписки детей из стационара должны быть направлены на устранение последствий острого периода нейроинфекции. Своевременное проведение целенаправленных реабилитационных мероприятий у пациентов с остаточными явлениями после перенесенных нейроинфекций имеет достаточно высокую эффективность и длительный период следствия. Целью реабилитации становится обеспечение возможности адаптация его к привычному окружению в семье и в коллективе.

Выводы.

1.Выделение в качестве приоритета медицинской реабилитации пациентов с дефектами здоровья.

2.Показание при выписке из стационара необходимости проведения ЭЭГ.

3.Оказание индивидуальной помощи в зависимости от конкретных потребностей каждого больного по отдельности, определяемых при проведении реабилитационной диагностики.

4.Применение методов реабилитации на основе системного подхода при осуществлении. Одним из аспектов медицинской реабилитации является диспансеризация пациентов.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ МИАСТЕНИИ

А.С. Самиев, Р.М. Самибаев, Г.И. Шодиев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить эффективность включения методов оздоровления и реабилитации для ускорения и закрепления компенсаторных механизмов у больных с миастенией.

Материал и методы исследования: нами было обследовано 26 больных с миастенией. Из них 16 больных были с глазной формой, 6 больных с генерализованной формой и 4 из них с бульбарной формой. У всех больных было проведено клиничко-неврологическое, ЭНМГ, КТ и МРТ обследование. Также больным проводились оздоровительные мероприятия общего типа: закаливания, диеты богатой калием и витаминами, адаптогены, АТФ, массаж и специальная лечебная гимнастика, выработка навыков самообслуживания (ходьба, одевание, принятие пищи и др.), специальные режимы двигательные, эмоционально-поведенческие, режим сна и трудовой деятельности, тренировка глазодвигательных мышц при стойких парезах, специальные очки для

удержания век, специальные приемы кормления (назогастральный зонд, гастростомия) и предупреждения аспирации, аутогенная тренировка, денервация синокаротидной области, электрофорез с прозергином на синокаротидную область, применение средств малой механизации.

Результаты и обсуждения: у 23 больных из 26 проведенные терапевтические и реабилитационные мероприятия дали хороший эффект. У них улучшилось качество жизни, увеличилось социальная трудоспособность. У больных (1 больной с распространенной формой миастении, у 2-х больных бульбарная форма) отмечалось относительное улучшение трудоспособности на фоне обычной дозы антихолинэстеразных препаратов.

Выводы: Полученные данные дают основание считать обоснованным и эффективным широкое применение комплексных методов терапии и реабилитации при миастении.

ВЕРТЕБРОГЕННЫЕ СПОНДИЛОГЕННЫЕ РАДИКУЛОПАТИИ - ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

А.С. Самиев, Р.М. Самибаев, А.Ш Юлдашева

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучение эффективности включения в традиционное лечение вертеброгенных спондилогенных радикулопатий этапы лечения в реабилитационных центрах с применением не медикаментозных методов.

Материал и методы исследования: было обследовано 86 больных. Основная группа больных (43) получала этапное лечение: стационар- центр реабилитации- амбулаторно- поликлинические этапы. А 43 больных контрольной группы ограничили лечение в стационаре и частично в поликлинических условиях. Для определения эффективности проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий, и с целью мониторинга объективных данных были проведены параклинические методы исследования, включающие в себя рентгенографию, КТ, МРТ, ЭНМГ и мануальная диагностика. Мануальная диагностика неврологических синдромов остеохондроза позвоночника осуществляется прежде всего для дифференциального диагноза патологии позвоночника с болезнями других органов и систем. Мануальная диагностика включает в себя ручную диа-

гностику подвижности и «суставной игры» суставов при помощи пассивных движений и смещений специальными приёмами исследования.

Результаты и обсуждения: в итоге, общая эффективность у больных основной группы составила 87%, в контрольной группе 78%. У больных основной группы по шкале ВАШ слабые боли отмечалось только у 4 больных. Напряжение прямой мышцы спины исчезли у всех больных. У больных контрольной группы по шкале ВАШ сильно обозначенные боли остались у 2 больных, умеренные боли у 3-х больных, а слабые боли сохранились у 7 больных. Напряжение прямых мышц спины сохранились у 6 больных. У больных основной группы отмечалось достоверное увеличение скорости проводимости двигательных импульсов по пораженным нервам, показатели двигательных единиц и амплитуда максимального М-ответа заметно возросла.

Выводы: вертеброгенные радикулопатии, несмотря на кажущиеся простые и четкие критерии в диагностике и лечении, требует от врача и от пациента достаточного труда для достижения успеха в лечении.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

У.Б.Самиев, С.Х.Ярмухамедова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: целью нашего исследования было разработка методов психологической реабилитации больных перенесших острый инфаркт миокарда на этапе поликлинического лечения.

Материалы и методы исследования: из числа лиц перенесших ОИМ по клинической шкале оценки психологического состояния были отобраны 26 больных в возрасте от 46 до 74 лет (женщин 8 – мужчин 18) с патологической реакцией на перенесенный ОИМ психопатологические реакции у этих больных проявлялись в основном кардиофобией, депрессией и тревогой. Все эти больные были разделены на 3 группы. 1 группа - 9

больных с легкой реакцией; Во второй группе было 14 больных с умеренной реакцией и 3 больных с выраженной психологической реакцией отнесена 3 группе. Все больные получили традиционное, стандартное медикаментозное лечение, включающее β -блокаторы, антиагреганты, статины, нитраты и др. Кроме того всем больным был определен индивидуально подобранный режим двигательной активности (ходьба, гимнастика и др.). В I - группе больных в основном проводилась немедикаментозная психопрофилактика: доверительная беседа с больным, беседа с родственниками, аутогенная тренировка, прогулки. Во II группе больных, кроме не-

медикаментозных методов, назначали седативную терапию, включающую такие препараты как персен, атакс, флуоксетин. В III группе больных где были только мужчины кроме немедикаментозных методов терапии, обязательно проводили консультацию психотерапевта и совместно подбирали лечение. Всем 3 больным III группы был назначен препарат ксанакс. Результаты оценивались по шкале через 1, и 3 месяца.

Результаты и обсуждение: в первой группе больных уже через один месяц после выписки из стационара у 4 больных полностью отсутствовали признаки психопатологической реакции, а через 3 месяца лишь у одного больного сохранялась легкая степень психопатологической реакции в виде тревоги и кардиофобии. Во второй группе к концу первого месяца у 11 из 14 больных продолжали сохраняться элементы психопатологических

реакций, а через 3 месяца 12 больных из 14, чувствовали себя психологически комфортно. Наиболее длительным процесс психологической адаптации проходил в III группе больных. Лишь к концу третьего месяца двое больных стали отмечать положительную динамику. В целом этот процесс реабилитации в этой группе проходил 5-6 месяцев, а у одного больного ипохондрический синдром затянулся почти до одного года.

Таким образом, психологическая реабилитация больных, перенесших ОИМ на поликлиническом этапе реабилитации включает в себе комплексную (немедикаментозную и медикаментозную) систему полного выздоровления и продолжается в среднем 3-4 месяца. Основной целью психологической реабилитации является психологическая реадaptация больного и улучшение качества жизни.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ, ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЛАРИНГОТРАХЕИТОМ

Г.У. Самиева, Н.Ж. Хушвакова, С.И. Индияминов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: разработка новых методов лечения, уменьшение числа рецидивов и сокращение сроков выздоровления (реабилитации) у больных детей с рецидивирующим стенозирующим ларинготрахеитом.

Материал и методы исследования: нами обследованно 67 детей в возрасте от 2х до 5лет, 45 мальчиков и 42 девочек с рецидивирующей формой острого стенозирующего ларинготрахеита. Методом случайной выборки дети были разделены на 2 группы, идентичные по возрасту и по полу. Первая группа детей (n=37) дополнительно к традиционной терапии получала дополнительные профилактические мероприятия включающие дополнительно к базовой терапии введение с помощью небулайзера бактериального иммуномодулятора: полиоксидоний с целью непосредственного воздействия на слизистую гортани и голосовых складок и стимуляции местного иммунитета. Порошок полиоксидония растворялся в 5 мл 0,9% физ. раствора, ингаляция раствора полиоксидония с помощью небулайзера проводилась в первый раз в течение 5 минут а затем 7-8 мин через день 5 сеансов. Одновременно давали иммуномодулирующий препарат Анаферон детский сублингвально, первые 2 часа каждый 30 мин, а затем до конца первых суток еще три приема препарата через равные промежутки время. Со вторых суток и далее по 1таб 3 раза в сутки до полного выздоровления. Кроме того на область гортани накладывают марлевые примочки с 20% димексидом и 1% новокаином в соотношении 1:1 на 20-30мин, никоим образом нельзя ставить

компресс (возможен местный ожог). Со второго дня курсом лечения 6 дней воздействовали инфракрасным тепловым облучением. Вторую группу (n=30) составили дети, которым проводилось традиционное лечение (спазмолитики, антибиотики, гормональные препараты и др.) а для профилактики рецидивов ОSLT назначали поливитаминные препараты в течение 3 месяцев в осенне-зимне-весенний период (контрольная группа). Клинико-иммунологический мониторинг детей обеих групп проводили трехкратно сразу в день выписки из стационара и каждые 6 месяцев в течение года (12 месяцев) от момента начала проведения лечебно-профилактических мероприятий.

Результаты: установлено что, в сравнение с контрольной групп из 30 детей, получавших традиционную терапию в исследуемой основной группе больных на 40% сократились сроки выздоровления, среднее пребывание детей этой группы сократилось на 2,8 койко-дней причем достоверно ($p < 0,05$) и раньше купировались клинические симптомы ларинготрахеита: стенотическое затрудненное дыхание - на 1,1 суток, изменение тембра голоса - на 1,2 суток, грубый "лающий" кашель - на 2,3 суток, а шестимесячное ретроспективное наблюдение позволило, установить двукратное 52% уменьшение рецидивов, стенозирующего ларинготрахеита в основной группе.

Таким образом, у больных основной группы значительно быстрее и статистически достоверно наступало как клиническая, так и иммунологическая реабилитация больных детей.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Н.К. Сарбаева, М.Л. Аграновский

Андижанский государственный медицинский институт

Целью работы явилось изучение эффективности применения физической реабилитации психосоматических больных.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в условиях дневного стационара и пограничного отделения Андижанского областного центра охраны психического здоровья населения находилось 103 больных с разными психосоматическими формами экзогенного и эндогенного характера. У больных были диагностированы все многообразные синдромы и состояния, встре-

чающиеся в рамках пограничных нервнопсихических заболеваний. Следует отметить и то обстоятельство, что многие больные к моменту госпитализации длительное время и безуспешно лечились в медицинских учреждениях общего профиля.

Результаты. Комплексному лечению в пограничном отделении предшествовало тщательное обследование сомато-неврологического статуса больного, выяснение преобладающих интересов направленности личности, устанавливался синдромологический и нозологический

диагноз, а затем назначалась комплексная медикаментозная терапия включением психотерапии к физическим методам лечения в восстановительном периоде. Наряду с лечебной физкультурой применялись: гальванический воротник с хлоридом кальция, сульфатом магния и брома, общий электрофорез с бромом, продольная гальванизация позвоночника, электрофорез воротниковой зоны; магнитотерапия, электросон и другие.

Лечение комбинировалось с рациональной психотерапией включая гипнотерапию и назначением малых транквилизаторов, больные выписывались с восстановленной трудоспособностью, полностью вернулись к прежней социальной и трудовой деятельности, которую выполняли в полном объеме.

Выводы. Физические методы лечения должны быть рекомендованы для более широкой патогенетической терапии психосоматических расстройств различного генеза.

КОМПЛЕКСНОЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦЕРВИКОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

А.Р. Сагтаров, Ш.Ч. Ахмедов, А.О. Кобиллов, И.С. Машарипов

Национальный Центр реабилитации и протезирования инвалидов МТ и СЗ РУз

Цель исследования: Анализ комплексного лечения цервикогенных болевых синдромов при сочетанных патогенетических вариантах шейного остеохондроза.

Материалы и методы. Проведено комплексное клинико-рентгенологическое обследование 40 больных с мультисегментарным поражением шейных позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) при сочетании дисфиксационного и дискогенного вариантов патогенеза заболевания.

Результаты и обсуждение. Оно позволило установить, что данная патология является результатом мультисистемной дисфункции шейного, верхне- и среднегрудного отделов позвоночника с нарушением стабилизации лопаток. Выделены ключевые диагностические критерии для данной категории больных. Разработан алгоритм лечебно-профилактических мероприятий, согласно которому эффективное использование физиотерапевтических процедур: электрофорез с 4% раствором мумие, карипазим, лекозим, компьютерное балансирующее вытяжение шейного отдела позвоночника, манипуляционной техники на цервикоторакальном и грудном отделе позвоночника у данной категории па-

циентов является адекватной альтернативой или эффективным дополнением манипуляционной техники на шейном отделе позвоночника и позволяет избежать осложнений. Разработана методика и алгоритм проведения исследования баланса антагонистов шейно-плечевой области, их сократительной активности и кожной микрогемодинамики. Эффективность проведенного лечения, согласно предложенной тактике применения комплексного лечения с мануальной терапией, составила 86%.

Выводы. Предлагаемые диагностика и лечение больных с мультисегментарным поражением шейных ПДС при сочетании дисфиксационного и дискогенного вариантов патогенеза с использованием современных подходов физиотерапии и мануальной терапии имеет большую практическую значимость, является высокоэффективной и безопасной, может быть рекомендована для лечения и реабилитации пациентов с мультисегментарным поражением шейных ПДС в учреждениях лечебно-профилактического и курортного профиля Республики Узбекистан.

ХАРАКТЕР ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С УРОВНЕМ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ЮНЫХ ФУТБОЛИСТОВ

Д.С. Сафарбеков, И.Р. Мавлянов, А.А. Усманходжаева

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: Изучить характер взаимосвязи вегетативной регуляции с показателями соматического здоровья у юных спортсменов футболистов 13-15 лет.

Материалы и методы исследования: Обследовано 86 подростков, занимающихся футболом, изучена антропометрия, определены типы конституции, рассчитан индекс Кердо, проведена электроэнцефалография.

Результаты: Было установлено, что средние антропометрические показатели (длина тела – 1,68±0,18 см и масса тела 51,2±8,09 кг) соответствуют принятым нормативам и относятся к хорошим показателям. Гармоничность физического развития подтверждают показатели весоростового индекса – в среднем 304,2±163,4 г/см; и показатели крепости телосложения – индекса Пинье – в среднем 28,1±1,7 усл. ед. 53,2% лиц имеют положительные значения индекса Кердо (ВПСВ-14,9%, УПСВ-38,3%), мобилизующего организм на выполнение деятельности, что говорит о хорошем уровне тренированности; 10,6% спортсменов находятся в состоянии нормотонии (ЭТ). У 36,2% лиц преобладание парасимпатического тонуса при котором в организме преобладают трофотропные процессы – перестройка на энергосберегающий тип обеспечения деятельности.

В целом, у подростков МеС типа наблюдается оптимальное соотношение сердечного и сосудистого компонента в поддержании системного кровообращения и синхронности функционирования обоих отделов ВНС (ЭТ-12,9%). У подростков МиС типа в 5,9 раза чаще регистрируется гиперкинетический тип, а у подростков МаС типа в 2 раза чаще регистрируется гипокINETический тип нейрокинетической регуляции.

Выводы: Генетическая программа обеспечивает развитие функциональных возможностей в сфере формирования уровня психосоматического здоровья. Известно, что скорость развития различных компонентов моторики в онтогенезе и возрастные периоды ускоренного роста и развития неодинакова, кроме того, факторы среды (образ жизни, социальные условия, программы физического воспитания и т.п.) обуславливают возрастание степени вариативности внутригрупповых количественных показателей морфофункционального развития в периоды их ускоренного роста. Высокую генетическую обусловленность имеют, как уже указывалось, свойства нервной системы, которые определяют уровень проявления двигательного качества.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ НОРМИРОВАНИЯ НАГРУЗКИ В ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ

Н.К. Светличная

Узбекский государственный институт физической культуры

Физическая активность – одно из необходимых условий жизни, естественная потребность живого организма на всех этапах развития и жизнедеятельности, важный фактор коррекции образа жизни человека. Практика подтверждает, что если для здоровых людей двигательная активность – обычная потребность, реализуемая повседневно, то для лиц с ограниченными возможностями здоровья физические упражнения жизненно необходимы, так как они являются эффективным средством и методом одновременно физической, психической и социальной адаптации.

Сфера физической культуры и спорта выполняет в обществе множество функций, охватывая все возрастные группы населения. Полифункциональный характер проявляется в том, что физическая культура и спорт – это развитие, кроме физических, еще и эстетических и нравственных качеств личности, организация досуга населения, профилактика заболеваний, воспитание гармонично развитого подрастающего поколения, физическая и эмоциональная рекреация и реабилитация, коммуникация и т.д.

Рационально подобранные физические упражнения способствуют восстановлению здоровья и утраченных функций, но следует особое внимание уделять профилактике травматизма, развитию переутомления, провокации развития заболеваний и т.д.

Каждое занятие должно отвечать следующим требованиям: 1) иметь определенные задачи (общие и частные); 2) быть последовательным продолжением предыдущих занятий и в то же время иметь свою целостность и законченность; 3) в групповых или индивидуально-групповых занятиях соответствовать по своему содержанию определенному составу занимающихся в отношении возраста, пола, нозологии, физического развития и физической подготовленности; 4) быть интересным для занимающихся, побуждать их к активной деятельности; 5) содержать упражнения, содействующие разностороннему физическому развитию и укреплению здоровья; 6) правильно сочетаться с другими видами дея-

тельности в режиме дня; 7) носить воспитывающий характер; 8) соблюдение принципов работы (единства диагностики и коррекции, учета возрастных особенностей, сознательности и активности, дифференциации и индивидуализации, систематичности и непрерывности, доступности и прочности, адекватности, оптимальности и вариативности воздействий, приоритетной роли микросоциума и др.).

Схема построения занятий ОФК состоит из трех частей: в вводной части занятия нагрузка повышается осторожно и постепенно, обеспечивая подготовку всех органов и систем к основной нагрузке; в основной части занятия решаются задачи развития мышечной системы, органов дыхания и кровообращения, совершенствования координации движения, овладения двигательными навыками, формирования осанки, воспитания волевых качеств и др.; в заключительной части занятия создаются условия для того, чтобы восстановить силы, устранить утомление.

Дозировку физической нагрузки можно регулировать при помощи специальных методических приемов: а) интенсивности выполнения физических упражнений (малая, умеренная, максимальная); б) подбор исходного положения; в) продолжительности занятий; г) изменения степени сложности, темпа и ритма упражнения; д) изменения количества упражнений в комплексе и числа повторов каждого упражнения; е) плотности упражнений; ж) изменение амплитуды движений; з) применение предметов в упражнениях и др.

Планирование занятий оздоровительной физической культуры должно соответствовать закономерностям изменения функций различных систем организма подразделяться на соответствующие нагрузочные мезоциклы и микроциклы.

Таким образом, в процессе занятий оздоровительной физической культурой необходимо создавать такие условия, которые способствовали бы максимальному развитию двигательной сферы и формированию жизненно важных умений и навыков.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ РАЗВИТИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Н.К. Светличная

Узбекский государственный институт физической культуры

Физическая культура является важнейшим компонентом всей системы реабилитации детей с отклонениями в состоянии здоровья, всех ее видов и форм. Она со всей очевидностью присутствует во всех сферах жизнедеятельности человека и поэтому составляет фундамент социально-бытовой, социально-трудовой и социально-культурной реабилитации, выступая в качестве важнейших средств и методов медицинской, технической, психологической и педагогической реабилитации. Применение физических упражнений в комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья помогает ликвидировать отрицательные воздействия гиподинамии на организм ребенка, предупреждая развитие дегенеративных изменений в тканях и органах.

Освоение двигательного действия связано не только с формированием навыка, но и с развитием тех качественных особенностей, которые позволяют выполнять физическое упражнение с необходимой силой, быстротой, выносливостью, ловкостью и подвижностью в суставах. Знание соответствующих закономерностей позволяет найти правильное соотношение в работе над техникой физического упражнения и количественным результатом, определить возрастные границы для наиболее эффективного развития каждой качественной особенности, устанавливать оптимальную меру комплексности в развитии качественных особенностей.

Под двигательными способностями понимают социально обусловленные совокупности биологических и психических свойств человека, выражающие его физи-

ческую готовность осуществлять активную двигательную деятельность.

Одним из эффективных методов развития двигательных способностей является круговая тренировка. Применение круговой тренировки в адаптивном физическом воспитании дает возможность самостоятельно приобретать знания, развивать физические качества, совершенствовать отдельные умения и навыки, позволяет добиться высокой работоспособности организма. Физические упражнения, включаемые в круговую тренировку, не только способствуют формированию и совершенствованию двигательных способностей и навыков, развивающихся в неразрывном взаимодействии и единстве, но и повышают устойчивость навыков, способствуют их положительному переносу, и, в конечном итоге, позволяет расширить человеку сферу своих двигательных возможностей.

Суть программирования круговой тренировки заключается в том, что весь объем специально смоделированного комплекса подлежит нормированному выполнению в строго заданном временном интервале, определенной последовательности, при постепенном увеличении нагрузок и учете индивидуальных особенностей

физического развития и подготовленности занимающихся. При этом на всех этапах круговой тренировки сохраняется прямая и обратная связь между педагогом и занимающимся, ведется строгий контроль физического развития, подготовки и состояния здоровья.

В комплексы круговой тренировки по программному материалу подбираются упражнения, направленные на преимущественное развитие различных групп мышц, увеличение подвижности суставов, а также тренировку вестибулярного аппарата. Наилучший эффект, подтвержденный практикой, дает применение параллельно в чередовании на станциях круговой тренировки силовых, скоростных и скоростно-силовых упражнений с упражнениями на гибкость и координацию. Кроме того, на каждого занимающегося заводится специальный дневник (карточка) с краткой характеристикой программы и методики занятий. Периодически необходимо проводить диагностику функционального состояния организма, оценку применяемых нагрузок и эффективности занятий с помощью функциональных проб (проба Мартине, спирометрия, ортостатическая проба, гониометрия) и специальных упражнений.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОГНИТИВНОГО МОДУЛИРОВАНИЯ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ У СПОРТСМЕНОВ МЛАДШЕГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Т.Б. Сикирицкая, М.А. Карлийчук, И.Г. Бирюк, А.П. Кучук

Буковинский государственный медицинский университет

Цель работы: обосновывать и оценить эффективность метода когнитивной модуляции остроты зрения в лечении студентов и спортсменов с амблиопией.

Материал и методы исследования: нами проведен комплексный анализ данных 12 детей (контрольная группа) с амблиопией различного генеза, получивших традиционное плеоптическое лечение и 35 детей (исследовательская группа) - прошедшие комплексное лечение с использованием аппаратного комплекса "Амблиокор" офтальмологической амбулатории "Оптика Люксор". Все дети-спортсмены контрольной и опытной группы были в возрасте от 12 до 18 лет. Среди 12 детей контрольной группы (5 мальчиков и 7 девочек) было выявлено 7 детей (58%) с рефракционной амблиопией, 3 (25%) - с дисбинокулярной, а 2 (17%) - с обскурационной амблиопией. При обследовании данной группы, амблиопия слабой степени наблюдали у 6 (50%) детей, среднего - у 4 (33%) и высокого - у 2 (17%). Плеоптическое лечение включало в себя различные виды фото, цвето- и лазерстимуляции. У всех пациентов до и после лечения определялась острота и поля зрения. Остроту зрения определяли по таблицам Сивцева-Головина, Орловой и кольцах Ландольта без коррекции и с оптической коррекцией. Показатели остроты зрения у детей опытной группы использовали в качестве контроля эффективности лечения.

Результаты: нами проведен анализ результатов лечения 35 детей (9 мальчиков и 26 девочек) на аппаратном комплексе "Амблиокор" через 3 и 6 месяцев после пройденных сеансов. В опытной группе детей-спортсменов амблиопия слабой степени наблюдалась у 18 (51%) детей, среднего - у 14 (40%) и высокого - у 3 (9%) детей. По данным исследования, у детей-спортсменов, получавших плеоптическое лечение, средняя острота зрения без коррекции повысилась на 0,05, а с коррекцией - на 0,15. Соответственно изменилась структура амблиопии по степеням. Таким образом, амблиопия высо-

кой степени уменьшилась в 1,5 раза (с 15% до 19%), среднего - в 2 раза (с 29 до 14%), а доля амблиопии слабой степени увеличилась в 1,5 раза (с 50 до 74%). Проанализировав полученные данные лечения детей на комплексном аппарате "Амблиокор" можно констатировать, что благодаря аппаратному лечению средняя острота зрения без коррекции увеличилась на 0,3, а с коррекцией на 0,45. В результате комплексного лечения средняя острота зрения повысилась с $0,2 \pm 0,15$ (до лечения) до $0,65 \pm 0,3$ (после лечения). Через 3 месяца после аппаратного лечения у 74% детей острота зрения оставалась прежней, а через 6 месяцев - у 68%. В других случаях снижение остроты зрения без коррекции и с оптической коррекцией варьировали с 0,05 до 0,4. В большинстве случаев это были дети из обскурационной или дисбинокулярной амблиопией очень высокого и высокой степени, что, по нашему мнению, объясняет наличие неправильной (нецентральной) фиксации, отсутствие постоянного ношения коррекции при одностороннем поражении.

Выводы: 1. Данное исследование подтверждает необходимость поиска новых методов лечения амблиопии с применением современных технологий. 2. Метод когнитивной модуляции остроты зрения позволяет у большинства пациентов (68% - 74%) стабилизировать зрительные функции на достаточно высоком уровне. 3. Преимущество метода видео-компьютерного аутотренинга - отсутствие противопоказаний, простота процедуры и хорошая результативность. 4. Несмотря на использование современных методов плеоптики, лечение амблиопии остается до конца не решенным. 5. Полученные и приведенные результаты являются научным основанием для дальнейшего изучения влияния когнитивной модуляции для улучшения остроты зрения студентов и спортсменов, которые подвергают орган зрения интенсивным перегрузкам.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕ СБЕРЕГАЮЩЕЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

В.В. Скоропадский

Буковинский государственный медицинский университет

Образование, компетентность и здоровый образ жизни в XXI веке доминируют среди важнейших факторов обеспечения безопасности жизнедеятельности каждого человека. Среди составляющих ключевых компетенций, имеющих отношение к проблеме сохранения и укрепления здоровья человека, ученые выделяют компетентность здоровьесбережения.

Специалисту по физической реабилитации принадлежит важная социальная функция в передаче знаний и умений здоровьесбережения, поэтому формирование здоровьесберегающей компетентности будущего специалиста по физической реабилитации является необходимым и обязательным компонентом его профессиональной подготовки. Она также включает владение здоровьесберегающей технологией и предусматривает создание здоровьесберегающей среды, центром которого является здоровьесберегающей деятельности будущего специалиста по физической реабилитации.

Д.Е.Воронин утверждает, что здоровьесберегающих компетентность предполагает не только медико-валеологическую информативность, но и применение полученных знаний на практике, владение методиками укрепления здоровья и предупреждения заболеваний. Формирование у студентов направленности мышления на сохранение и укрепление здоровья - неотъемлемый компонент здоровьесберегающей компетентности будущих специалистов.

Учитывая тот факт, что в понятие "компетентность" заложен глубокие знания определенной области науки, под здоровьесберегающей компетентностью мы понимаем интегративное качество личности будущего специалиста по физической реабилитации, которая имеет сложную системную организацию и выступает как совокупность, взаимодействие и взаимопроникновение мотивационного, когнитивного и деятельностного компонентов, степень сформированности которых отража-

ет готовность и способность будущего специалиста по физической реабилитации в сохранение и укрепление физического, психического, социального и духовного здоровья - своего и окружающих. К показателям компетентности в вопросах здоровьесбережения относятся: представление о здоровье, о факторах, влияющих на здоровье и о здоровом образе жизни; значение "здоровье" как общечеловеческой ценности; умение отслеживать и фиксировать положительные и отрицательные изменения в состоянии собственного здоровья и здоровья окружающих; умение составлять эффективную и действенную программу сохранения собственного здоровья на основе модели представления себя как здорового человека; умение составлять эффективную и действенную программу сохранения и восстановления здоровья участников реабилитационного процесса; умение создавать здоровьесберегающей среды в процессе реабилитации; владение способами организации и реализации деятельности по профилактике и здоровьесбережения; владение различными здоровьесберегающей технологией; исследования эффективности реабилитационного процесса в зависимости от формирования компетентности специалиста по физической реабилитации в вопросах здоровьесбережения.

Знание, владение и использование здоровьесберегающих технологий является важной составляющей профессиональной компетентности современного специалиста по физической реабилитации. Реабилитологи в тесной взаимосвязи с медицинскими работниками, практическими психологами, социальными работниками, всеми теми, кто заинтересован в сохранении и восстановлении здоровья населения, могут образовать здоровьесберегающей среды, центром которого будет здоровьесберегающей деятельности будущего специалиста по физической реабилитации.

ИННОВАЦИОННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

В.В. Скоропадский

Буковинский государственный медицинский университет

Проблема сохранения и укрепления здоровья населения, особенно детей и молодежи, остается одной из наиболее актуальных проблем для государства. Об этом свидетельствуют законы и постановления, принятые правительством. В Конституции Украины, «Основах законодательства Украины о здравоохранении», программе «Дети Украины» отмечается необходимость сохранения и укрепления здоровья молодежи.

Поэтому, для формирования здорового образа жизни является обязательным введение инновационных направлений рекреации, физической реабилитации и эффективных здоровьесберегающих технологий.

Сущность здоровьесберегающих и здоровьесформирующих технологий обнаружена в исследованиях Бойченко Т. Анализ классификаций существующих здоровьесберегающих технологий предоставлено Ващенко А. М. Власюк рассматривает здоровый образ жизни как комплекс оздоровительных мероприятий, направлен-

ных на укрепление здоровья человека, повышение его работоспособности, продолжение творческого долголетия.

Современное состояние здоровья населения Украины характеризуется негативными тенденциями: распространяются эпидемии туберкулеза, ВИЧ-инфекции и СПИДа; увеличивается заболеваемость сердечно-сосудистые и онкологические болезни; повышается частота врожденных аномалий. В целом, отмечается уменьшение продолжительности жизни, сокращение численности населения, происходит депопуляция.

Исследованиями доказано, что эффективность формирования здорового образа жизни требует активного привлечения молодежи к здоровьесберегающей процесса, формирование у них активной позиции по укреплению и сохранению собственного здоровья. Понятие "здоровьесберегающие технологии" объединяет в

себе многочисленные направления формирования, сохранения и укрепления здоровья молодежи.

Под здоровьесберегающей технологиями понимаются:

-Благоприятные условия обучения, а именно: отсутствие стрессовых ситуаций, адекватность требований, методик обучения и воспитания;

-Оптимальная организация учебного процесса, согласно возрастных, половых, индивидуальных особенностей и гигиенических норм;

-Полноценный и рационально организованный двигательный режим.

Внедрение здоровьесберегающих образовательных технологий связано с использованием медико-

гигиенических, физкультурно-оздоровительных, лечебно-оздоровительных, социально-адаптированных, экологических здоровьесберегающих технологий и технологий обеспечения безопасности жизнедеятельности.

Здоровьесберегающие и здоровьесформирующие технологии позволяют сохранять существующее положение учащейся молодежи, формируют более высокий уровень их здоровья, навыки здорового образа жизни, дают возможность осуществлять мониторинг показателей индивидуального развития и проводить соответствующие психолого-педагогические, коррекционные, реабилитационные мероприятия.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСТУРАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ СПОРТСМЕНОВ ИГРОВЫХ ВИДОВ СПОРТА (ФУТБОЛ, ХОККЕЙ НА ТРАВЕ) НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ СПОРТИВНОГО СТАНОВЛЕНИЯ

Е.Ф. Скрипка

Республиканский научно-практический Центр спорта, (Республика Беларусь)

Цель работы: Определить основные количественные показатели постральной устойчивости спортсменов на различных этапах становления спортивного мастерства.

Материалы и методы исследования: В экспериментальном исследовании приняло участие 110 спортсменов, представительниц футбола и хоккея на траве. Исследование статических процессов поддержания равновесия спортсменов проводилось методом стабилотрии (компьютерный стабиланализатор с биологической обратной связью «Стабилан-01-2»). Для определения основных количественных показателей постральной устойчивости спортсменов игровых видов спорта (футбол, хоккей на траве) на различных этапах спортивного становления использовался тест Ромберга. Регистрация проекции общего центра тяжести в двух режимах – с открытыми и закрытыми глазами позволила зафиксировать показатели постральной устойчивости. Это дало возможность оценить координационные способности спортсменов. Координационные способности обеспечивают поддержание устойчивого положения тела в пространстве при большой динамичности двигательных актов, то есть обеспечивается равновесие как состояние, которое достигается в результате противодействия силам, вызывающим отклонение тела от целеобразного положения. Это необходимо для эффективного выполнения двигательных действий. Устойчивость позы тела человека наиболее актуальна при выполнении действий в условиях, способствующих ее нарушению, особенно при малой площади опоры, при вращательных движениях, при воздействии на организм утомления. По движению общего центра тяжести можно предположить об эффективности движения человека в целом, то есть, оценить результативность и продуктивность движения.

Результаты исследования: Исследование постральной устойчивости спортсменов игровых видов спорта (футбол, хоккей на траве) проводилось на стадиях: начальной специализации, спортивного совершенствования и высшего спортивного мастерства. Спортсменки на стадии начальной специализации характеризуются следующими показателями постральной устойчивости: средний уровень – 59%, высокий – 25%, низкий – 16%. У спортсменов, проходящих подготовку на стадии спортивного совершенствования, примерно в равной степени представлен средний и высокий уровень постральной устойчивости (45% и 50% соответственно), низкий уровень наблюдается только у 5% спортсменов. На стадии высшего спортивного мастерства у спортсменов доминирует высокий уровень постральной устойчивости (76%), 24% исследуемых имеют средний уровень. Также необходимо отметить отсутствие низкого уровня постральной устойчивости у спортсменов игровых видов спорта данной стадии.

Выводы: Результаты исследования позволили выявить прямую тенденцию увеличения уровня постральной устойчивости с прохождением стадий спортивного совершенствования на протяжении многолетней подготовки спортсменов.

Данная методика (тест Ромберга) является весьма информативной для исследования психофизиологических особенностей на различных этапах спортивного отбора футболисток и хоккеисток, т.к. высокий уровень постральной устойчивости способствует своевременной и точной регуляции положения тела в пространстве, плавности движения, устойчивости при резкой смене направления углового движения в обеих плоскостях, что сказывается на результативности игры спортсменов.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

В.И. Сливка

Буковинский государственный университет

Большая часть больных туберкулезом - это люди с неустроенной жизнью. Причины этого - неблагоприятные «жизненные условия» (родители-алкоголики, неполная семья), невозможность найти работу или нежелание ее искать и другие. Около двух третей больных

туберкулезом не работают, злоупотребляют алкоголем или принимают наркотики. Все вышеперечисленные факторы постепенно приводят к полной деградации личности. Самокритика у таких больных снижена, их поведение неадекватное. Изменения нервно-

психического состояния у больных туберкулезом могут проявляться расстройствами настроения (дистимии), психастеническим синдромом, повышенной возбудимостью, а иногда и заторможенностью. Реакция организма на лекарственные средства также зависит от состояния ЦНС больного.

Туберкулез у таких больных часто плохо поддается лечению, склонен к рецидивам и хроническому течению. Некоторые противотуберкулезные препараты оказывают токсическое действие на ЦНС. При выраженном побочном действии эти препараты отменяют, а больным с фоновыми психическими расстройствами (психозы, эпилепсия) назначают их с осторожностью, индивидуально подбирая дозы.

Низкий социальный статус большинства больных туберкулезом (безработные, бездомные, беженцы, мигранты) также не способствует внимательному или хотя бы сочувственному отношению к ним. В некоторых странах для оказания помощи больным туберкулезом и социальной реабилитации создаются специальные службы, отряды добровольцев (волонтеров). Однако в целом отношение общества к больному туберкулезом должна измениться. Более внимательное и сочувственное отношение людей к больным туберкулезом должна способствовать разъяснительная работа среди населения, санитарно просветительная работа.

Люди должны знать, что туберкулез в большинстве случаев - это излечимая болезнь; что больной, принимающий противотуберкулезные препараты, предназначенные квалифицированным врачом, вскоре перестает быть источником инфекции (в среднем через 1,5-2 мес. от начала лечения), что дети, больные туберкулезом,

вообще крайне редко бывают источником инфекции, что туберкулезные больные нуждаются в помощи и поддержке общества. Такая поддержка больных со стороны общества может заключаться.

в оказании материальной помощи на период лечения (в виде продуктов питания, гигиенических средств), в выделении жилья, в организации ночлега и питания для бездомных больных, в проведении индивидуальной и семейной психотерапии, в оформлении пенсии, оказании помощи по инвалидности и др., в трудоустройстве больных туберкулезом, которые не выделяют возбудителя инфекции.

Помощь больным могут оказывать как государственные органы социальной защиты населения, так и общественные гуманитарные организации, добровольцы. Отношение членов семьи к больному туберкулезом зависит от взаимоотношений, сложившихся в ней. В нормальной семье больному сочувствуют, всячески способствуют его выздоровлению, предоставляя моральную поддержку. Родственники активно участвуют в процессе лечения больного (напоминают о необходимости приема препаратов, обеспечивают полноценное питание и др.). Если члены семьи конфликтуют между собой, чаще всего на почве злоупотребления алкоголем и нужд, то больному туберкулезом приходится нелегко. Невнимательность к нему и стрессы могут привести к прогрессированию болезни. Членов семьи больного туберкулезом следует проинформировать об особенностях течения и лечения туберкулеза. Только при полном понимании проблемы всеми членами семьи можно ожидать от них адекватного отношения к больному туберкулезом.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Х.М. Соаткулов, А.А. Улугмуратов, А.С. Юсупов, С.О. Маматов, А.Р. Исломов, Д.К. Нармурадов

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Цель исследования: Оценить и определить показания к спленэктомии при разрывах селезенки у детей сочетанной травмой живота с последующей их реабилитацией в послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования: В СФ РНЦЭМП в отделении экстренной детской хирургии за 2000-2013 г. находились 60 пострадавших с повреждениями селезенки при сочетанной травме живота, которым производилось оперативное лечение. Они сочетались с травмой черепа в 18 наблюдениях, груди - в 7, таза и конечностей - 8 случаях. У остальных были повреждения желудка - у 7, кишечника - у 6, печени - у 6, почек - у 5, забрюшинные гематомы - у 12 детей. Мальчиков было 41 (68,3%), девочек - 19 (31,7%), в возрасте от одного до 10 лет - 17 (28,3%), от 11 до 14 лет - 23 (38,3%) и от 14 до 18 лет - 20 (33,4%).

Всем пострадавшим при поступлении, кроме общеклинического и лабораторного исследования, производили УЗИ, рентген, КТ, диагностическую лапароскопию брюшной полости (у 19). В дальнейшем тактику ведения определяли в зависимости от тяжести состояния пациента, степени геморрагического шока, объема гемоперитонеума, интенсивности кровопотери (ОЦК), гемодинамических показателей (АД, ЦВД, ЧСС, индекс Альговера, диурез и др.).

Результаты. Абсолютными показаниями к спленэктомии у наших больных были следующие: отрыв селезенки от её сосудистой ножки - у 10, полное её размо-

жение - у 17, множественная фрагментация - у 13, повреждения селезенки в сочетании с множественной травмой внутренних органов - у 17, продолжающиеся кровотечения из разрыва паренхимы после попытки его остановки путем наложения швов и тампонады салынком - у 3.

После удаления селезенки проводится тщательный гемостаз. Все подозрительные на возможность возникновения вторичного кровотечения ткани должны быть тщательно лигированы. В ложе селезенки подводится силиконовая дренажная трубка, которую выводят через переднюю брюшную стенку через прокол в левом подреберье.

У детей после удаления селезенки возникает синдром гипоспленизма, проявления которого зависят от степени иммунодепрессии - от фульминантного сепсиса до частых интеркуррентных инфекционных заболеваний. Аутолиентрансплантация селезеночной ткани является действенной защитой от инфекции. Поэтому, нами у 26 детей произведено гетеротопическая ауто-трансплантация селезеночной ткани благоприятным исходом.

Следует отметить, что поскольку спленэктомия и спленэктомия с аутолиентрансплантацией в отдаленном послеоперационном периоде приводит к увеличению агрегационной способности тромбоцитов, изменениям реологических свойств крови и коагуляционного звена системы гемостаза, больные после таких операций

должны наблюдаться у хирурга и участкового врача по месту жительства пожизненно с периодическим исследованием коагулограммы и показателей иммунитета.

В послеоперационном периоде после спленэктомии, мы наблюдали в течение 5-8 дней гипертермию у 19 детей, тахикардию – у 22, при отсутствии гнойных осложнений, а также явления дискоагулопатии (у 7) и гипертромбоцитоза (у 5). Из 60 оперированных детей умерли 3 (5,0%). Это были дети с множественными по-

вреждениями органов брюшной полости и все с сочетанной травмой.

Выводы: Снижению послеоперационных осложнений и летальности у детей с закрытой сочетанной травмой селезенки способствует коррекция выявленных расстройств в системе гемостаза и иммунном статусе организма, в связи с этим оперированные должны находиться под постоянным диспансерным наблюдением у хирурга и участкового врача пожизненно.

ҚВП ШАРОИТИДА АҲОЛИ ОРАСИДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ

Д.Т. Содиқова, Я.Ғ. Усмонова, М.Б. Бойкўзиева

Андижон давлат тиббиёт институти

Мақсад: Бирламчи тиббий бўғинда катта ёшли аҳоли ўртасида Вирусли гепатит касаллигини олдини олиш ишларини сифатини яхшилаш.

Услуб: Бизнинг текширув ишлари Избоскан тумани “Янгиқишлоқ” ҚВП ҳудудида ўтказилди. Текширувими 36 нафар 20-40 ёшгача аҳоли гуруҳи жалб қилинди. Текширув методи сифатида махсус ишлаб чиқарилган, 3 та пункт ва 10 та саволларни ўз ичига олган анкета сўровномасидан фойдаланилди. Қатнашчилар орасида аввал 1-чи анкета сўровномаси ўтказилди. Сўнгра ушбу қатнашчиларга умумий амалиёт шифокори Вирусли гепатит касаллигини келтириб чиқарувчи хавф омиллари, клиник белгилари, касаллик асоратлари ва профилактика тадбирлари ҳақида маълумот берди. Маълумотдан сўнгра 2-чи анкета сўровномаси ўтказилди.

Натижалар: қуйидаги натижаларга эришилди: 1-чи анкета сўровномасида жами 12(33,3%) киши, 2-чи анкета сўровномасида 34 (94,4%) киши жавоб берди. Текширувими натижаси шуни кўрсатдики, аҳоли Вирусли гепатит касаллиги тўғрисида етарли даражада маълумотга

эга эмас. Бунга сабаб бирламчи тиббий бўғинда аҳоли орасида профилактик ишларини яхши олиб борилмаганидир.

Хулосалар: Бирламчи тиббий бўғинда профилактика ишлар сифати яхши эмас. Текширувлар натижаси шуни кўрсатиб турибдики, аҳоли Вирусли гепатит касаллигини келтириб чиқарувчи хавф омиллари, клиник белгилари, касаллик асоратлари ҳақида етарли маълумотга эга эмас.

Тавсиялар: 1.УАШ бундай маълумотларни аҳоли орасида режа асосида доимий ўтказиб туришлари керак. 2.Мақтаб ва боғчаларда касалликни келтириб чиқарувчи хавф омилларини бартараф қилиш йўллари ролли ўйин тариқасида кўрсатилса яна ҳам тушунарли бўлар эди.3. Маҳаллаларда олиб бориладиган бундай тадбирлар суҳбатлар тариқасида ўтказилса ва оммавий ахборот воситалари орқали чиқишлар йўлга қўйилса, мақсадга мувофиқ бўлар эди. 4.Аҳоли ўртасида Вирусли гепатит касаллигини эрта аниқлаб, диспансер назоратига олиб ва кузатув олиб борилса касалликни сурункали холатга ўтиши камаяди.

СРОКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННЫМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Т.В. Сорокман, С.А. Сокольник

Буковинский государственный медицинский университет

Цель: определить сроки реабилитации больных язвенными желудочно-кишечными кровотечениями после применения эндоскопической аргонплазменной коагуляции.

Материал и методы: на базе детского хирургического отделения Черновицкой городской детской клинической больницы обследованы 17 детей с ЯЖКК соответственно со стандартами оказания медицинской помощи. Средний возраст детей составил 13,2±2,4 года. Фиброгастродуоденоскопию (ФЭГДС) проводили соответственно «Сиднейской системы» (1990) с учетом особенностей у детей с использованием фиброгастроскопа «Pentax FG – 24P». Инфицирование *H. pylori* подтверждали проведением щеточной биопсии с приготовлением мазков-отпечатков для цитоскопического исследования с определением *H. pylori*, твердофазного иммуноферментного анализа с использованием диагностической тест-системы «ХеликоБест-антитела» (набор реактивов ЗАТ «Вектор БЕСТ» (Россия)). Всем пациентам с целью остановки кровотечения проводили эндоскопическую аргонплазменную коагуляцию.

Результаты: через 12-24 часов после остановки кровотечения проводили контрольную ФЭГДС с целью выявления показаний для возможности назначения лекарственных препаратов per os. Показанием для чего было наложение фибрина в дне язвенного дефекта

(Forrest III). Эндоскопическая картина ЯБДПК характеризовалась наличием в 85,8 % детей одиночных язв малого и среднего размеров по передней или задней стенкам луковицы ДПК, в остальных больных – множественными язвенными дефектами слизистой оболочки ДПК. У всех детей обнаружены признаки дуоденита. У 52,9% пациентов с язвенными дефектами слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки после аргонплазменной коагуляции эндоскопическим методом рубцевание язвы произошло к 7-му дню стационарного лечения, у 28% - к 13-му дню, у всех остальных пациентов - 24-му дню. При кровопотере, потребовавшей гемотрансфузии на стационарном этапе, сроки компенсации анемии удлиняются до 35 и 60 дней соответственно. В анамнезе наблюдения (30 месяцев) повторное кровотечение произошло у 1,7 % пациентов, а частота обострения язвенной болезни составила 2,9%. После выписки из хирургического стационара все пациенты с ЯЖКК направляли в детскую поликлинику под наблюдение детского гастроэнтеролога. Реабилитацию проводили в специализированном поликлиническом отделении с использованием эндоскопического и лабораторного контроля. В данной группе пациентов сроки контрольного эндоскопического исследования назначали на 14 день амбулаторного лечения. Пациентам с постгеморрагической анемией производили еженедельный

контроль количества эритроцитов, ретикулоцитов, уровня гемоглобина, гематокрита, цветового показателя до нормализации данных показателей. Всем детям с ЯЖКК проводили антихеликобактерную терапию с использованием методики квадротерапии в течении 7 дней. Средние сроки поликлинической реабилитации детей с ЯЖКК составили $27,5 \pm 2,4$ сутки.

Вывод: фактором, определяющим длительность поликлинического периода реабилитации пациентов с язвенным желудочно-кишечным кровотечением является срок рубцевания язвы слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и компенсации постгеморрагической анемии.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ДЕЙСТВИЯ МАЛЫХ ДОЗ РАДИАЦИИ

Т.В. Сорокман, С.В. Сокольник, Н.Г. Гингуляк, Л.В. Швыгар

Буковинский государственный медицинский университет

Цель: разработать способ дифференцированного динамического наблюдения за состоянием здоровья детей, проживающих в условиях пролонгированного во времени действия малых доз ионизирующего облучения.

Материал и методы: обследовано 120 детей школьного возраста, проживающих в зоне действия малых доз радиации. Методы исследования включали: 1) радиационный скрининг всего детского населения с помощью спектрометра излучения человека; 2) нозологический скрининг - обследование детей с зарегистрированным радиоцезием бригадой специалистов (эндокринолог, гематолог, отоларинголог, окулист, стоматолог, педиатр); 3) лабораторный скрининг - на основе отмеченных патологических отклонений со стороны органов и систем проведения специальных исследований (гормонометрических, иммунометрических, гематологических и т.д.).

Результаты: повышение уровня радиоактивности инкорпорированного радиоцезия с возрастом детей, достоверно высший уровень у детей сельской местности и в отдельных районах проживания. В случаях превышения допустимого уровня накопления радионуклидов в организме, проводить детальное изучение возможных источников их поступления и предоставлять практические рекомендации с целью декорпорации радионуклидов и препятствия последующего попадания в организм. Для проведения комплексного обследования детей сельской местности передвижная лаборатория радиационного контроля должна быть укомплектована кроме дозиметров, гематологическими анализаторами, ультразвуковыми аппаратами, весами, ростомером, электрокардиографом. На фоне общепринятой схемы динамического наблюдения за состоянием здоровья детей, мы рекомендуем у детей групп риска проводить донозологический скрининг:

1) с целью определения функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-гипоталамической системы у детей нами предложенный способ оценки обобщающей функции с помощью показателя $Tsh/ft4$. Этот метод предлагается использовать в качестве высокочувствительного, наиболее точно воспроизводящего функциональное состояние гипоталамо-гипоталамической системы и дает возможность обнаружить нарушение даже тогда, когда уровень TSH и $Ft4$ в периферической крови остаются в пределах нормы. У здоровых детей он колеблется в пределах 0,01-0,29. При отсутствии клинических признаков патологии щитовидной железы можно обнаружить «лабораторный гипотиреоз» ($Tsh/ft4 > 0,29$) и «лабораторный гипертироз» ($Tsh/ft4 < 0,01$);

2) скрининговый анализ на выявление антител к тиреоглобулину и микросомальной фракции тиреоцитов. При нарастании титра автоантител ($> 1:40$ - $< 1:80$ и микросомальной фракции тиреоцитов в титрах $> 1:300$ - $1:400$) они госпитализируются в эндокринологическое отделение с проведением комплексного исследования и лечения;

3) расширенный анализ периферической крови с обязательным определением объема эритроцитов, средним содержанием гемоглобина в эритроците, количестве тромбоцитов, лейкограммы;

4) сонография внутренних половых органов у девочек пубертатного возраста;

5) антропометрические измерения.

Вывод: для эффективного оздоровления и выведения инкорпорированного радиоцезия в условиях центров радиационной защиты необходимо предусмотреть применение рационального питания детей с использованием пищевых добавок, напитков, что имеют радиодекорпорирующие и радиопротекторные свойства.

РАЗВИТИЕ ФРУСТРАЦИОННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ У ФУТБОЛИСТОВ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Я.Л. Сороколит

Республиканский научно-практический Центр спорта, (Республика Беларусь)

Цель работы: определить степень выраженности фрустрационной толерантности и характер ее проявления в условиях фрустрирующей ситуации у футболистов различного возраста.

Материалы и методы исследования: Обследовано 112 футболистов, из них: 36 подросткового возраста, 56 спортсменов юношеского возраста и 20 футболистов возраста зрелой юности. Метод исследования - тестирование с помощью рисуночного теста С. Розенцвейга. Данный тест позволяет определить направление реакции (экстропунитивные, интропунитивные, импунитивные) и тип реакции (препятственно-доминантные, самозащитные, необходимо-упорствующие).

Результаты: Установлено, что для спортсменов подросткового возраста характерны в большей степени интропунитивные стратегии, когда реакция на фрустрирующую ситуацию направлена на самого себя с принятием вины или ответственности за решение проблемы (50%). Высокие показатели необходимо-упорствующей реакции говорят о готовности к разрешению фрустрационной ситуации (58%). Также для спортсменов подросткового возраста характерно наличие как интропунитивных стратегий, так и экстропунитивных (22%), т.е. направленных на окружение, при этом фрустрирующая ситуация требует разрешения от другого лица. Как импунитивные стратегии поведения, (т.е.

фрустрирующая ситуация не рассматривается как нечто незначительное или неизбежное, а преодолемое со временем), так и смешанные стратегии (неустойчивый тип) представлены в данной возрастной группе невысокими показателями (по 14%).

Для спортсменов юношеского возраста характерно преобладание интропунитивных стратегий поведения (55,5%), при этом 41% спортсменов выбирают необходимо-упорствующий тип реакции, как потребность найти конструктивное решение в конфликтной ситуации, которая выражается в форме любого требования помощи от других лиц, либо принятие на себя обязанности разрешить ситуацию. Также для спортсменов этого возраста характерно слабая выраженность импунитивных стратегий (28,5%). Для большинства спортсменов (50%) юношеского возраста доминирующим типом реакции является самозащитная реакция, т.е. когда активность направлена на защиту своего «Я», путем порицания кого-либо, отрицания или признания своей вины. В то же время такой тип реакций как необходимо-упорствующий, характеризующий выраженность фрустрационной толерантности, имеет тенденцию к снижению проявления.

Для спортсменов возраста зрелой юности, характерно наличие всех трех стратегий поведения: экстрапунитивные (20%), интропунитивные (40%) и импунитивные (25%), с небольшим преобладанием интропунитивных стратегий поведения, при этом по типу реакций доминирующей является необходимо-упорствующая реакция (60%), т.е. спортсмен сам берется разрешить фрустрирующую ситуацию, открыто признавая или намекая на свою виновность.

Таким образом, для спортсменов всех возрастов характерны высокие показатели доминирования интропунитивных стратегий поведения, что указывает на чрезмерную самокритичность или неуверенность спортсмена, сниженный или нестабильный уровень общего самоуважения.

С ростом импунитивных стратегий поведения при фрустрирующей или конфликтной ситуации наблюдается развитие фрустрационной толерантности, что означает появление возможности более эффективного межличностного взаимодействия в команде, активное становление спортивного мастерства, а также ориентации спортсменов на достижение значимого результата.

АНАЛИЗ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ОСТЕОПОРОЗУ

Л.С. Сосна

Международный государственный экологический университет им. А.Д. Сахарова (Беларусь)

Цель работы: Анализ частот полиморфных маркеров, ассоциированных с уровнем минеральной плотности костной ткани среди женщин с тяжелым постменопаузальным остеопорозом и группы сравнения.

Материал и методы исследования: Для оценки роли полиморфизмов в развитии остеопороза, были сформированы две группы: 1) основная группа, женщины с постменопаузальным остеопорозом (150 человек, средний возраст $58,3 \pm 6,2$ лет); 2) группа сравнения, женщины без клинически подтвержденного остеопороза (200 человек, средний возраст $56,7 \pm 7,42$ лет).

В качестве биологического материала для исследования использовалась ДНК, экстрагированная из пятен крови, высушенных на специальных бланках Whatman FTA. Для проведения генотипирования групп сравнения использовалось два метода ПЦР анализа: сайт-специфическая ПЦР (для однонуклеотидных полиморфизмов *Cdx2* гена *VDR* и *T-13910C* гена *LCT*) и ПЦР-ПДРФ (для полиморфизмов длин рестрикционных фрагментов *Apal*, *BsmI*, *TaqI* гена *VDR*).

Результаты: Установлено, что для лиц, гомозиготных по аллелю А (генотип AA) полиморфизма длин рестрикционных фрагментов *Apal* гена *VDR*, риск развития остеопороза в 2,23 раза выше по отношению к группе сравнения ($p < 0,01$). Кроме того, было показано, что среди женщин с ПМО частота аллеля А выше по отношению к группе сравнения ($OR = 1,73$, $p < 0,01$). Среди женщин с ПМО наличие аллеля В полиморфизма длин рестрикционных фрагментов *BsmI* гена *VDR* по-

вышает риск развития заболевания в 1,57 раза по отношению к группе сравнения ($p < 0,01$). При анализе частот распределения генотипов и аллелей однонуклеотидного полиморфизма *Cdx2* гена *VDR* среди основной группы и группы сравнения, не выявлено каких либо статистически достоверных отличий ($p > 0,05$). Среди женщин с ПМО наличие аллеля *t* полиморфизма длин рестрикционных фрагментов *TaqI* гена *VDR* повышает риск развития заболевания в 1,45 раза по отношению к группе сравнения ($p < 0,05$). Для лиц, гомозиготных по аллелю С (генотип CC) однонуклеотидного полиморфизма *T-13910C* гена *LCT*, риск развития остеопороза в 2,44 раза выше по отношению к группе сравнения ($p < 0,01$). Среди женщин с ПМО частота аллеля С выше по отношению к группе сравнения ($OR = 1,81$, $p < 0,01$).

Выводы: Результаты работы свидетельствуют о том, что полиморфизмы длин рестрикционных фрагментов *Apal*, *BsmI*, *TaqI* гена *VDR* и однонуклеотидный полиморфизм *T-13910C* гена *LCT* оказывают влияние на риск развития постменопаузального остеопороза. В то же время, для однонуклеотидного полиморфизма *Cdx2* гена *VDR* была показана статистически недостоверная взаимосвязь с риском развития постменопаузального остеопороза. Скрининг проанализированных генетических маркеров может позволить проводить раннюю идентификацию групп риска развития постменопаузального остеопороза для проведения своевременных превентивных мероприятий.

РОЛЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

В.А. Степаненко, М.М. Юрчук, И.В. Еременчук

Буковинский государственный медицинский университет

Проблема фармакотерапии туберкулеза как при проведении основного курса лечения, так и в период реабилитации приобретает в настоящее время приори-

тетное значение в связи с недостаточной эффективностью методов традиционной медицины. Патогенетическая терапия, направленная на повышение иммунитета,

резистентности организма по отношению к туберкулезной инфекции, становится обязательным компонентом комплексного лечения и реабилитации больных туберкулезом.

Для ускорения процессов заживления у впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом, повышения иммунитета с целью реабилитации необходимо назначать препараты, способствующие более эффективному заживлению полостей распада, процессам уплотнения очагов и их дальнейшему обызвествлению.

Особого внимания заслуживают больные с химиорезистентным туберкулезом, где методы традиционной терапии недостаточно эффективны. В таких условиях большое значение приобретают препараты, которые повышают эффективность фагоцитоза и способствуют элиминации возбудителя, а также усиливают резистентность клеток макроорганизма к вредному влиянию и стимулируют процессы репарации. Подобным свойством обладает препарат Глутоксим (в/м 1 мл 3% раствора 2 раза в день на протяжении 2-х месяцев). Как дезинтоксикационный препарат с антиоксидантным эффектом применяется 1,5% раствор Реамбирин для инфузий. Укорачивается время заживления каверн препарат Вобензим (1 табл. 3 раза в день, курс лечения 4 месяца). В отдельных случаях применяются немедикаментозные методы лечения, к которым относится озонотерапия и коллапсотерапия. Озонотерапия проводится на фоне назначения антимикобактериальных препара-

тов (АМБП), к которым сохраняется чувствительность возбудителя (2 раза в неделю внутривенно капельно 200,0 мл озонированного физиологического раствора (ОФР) с концентрацией озона 1-2 мкг/мл или ректально капельно 40,0 мл ОФР с концентрацией озона 4-6 мкг/мл). Продолжительность курса озонотерапии от 20 до 40 процедур. При необходимости через 2 месяца можно назначить повторный курс.

Искусственный пневмоперитонеум накладывается и проводится по стандартной методике. Продолжительность поддержки пневмоперитонеума у больных – от 4 до 12 месяцев в зависимости от клинкорентгенологической динамики туберкулезного процесса. Применение озонотерапии, искусственного пневмоперитонеума, а иногда обеих этих методов одновременно на фоне химиотерапии снижает частоту развития побочных реакций, связанных со специфической терапией, сокращает срок абациллирования и заживления каверн.

Таким образом, максимальный клинический эффект при лечении туберкулеза может быть достигнут при применении антимикобактериальных препаратов, к которым сохранилась чувствительность возбудителя туберкулеза, вместе с препаратами патогенетического направления.

Все вышеизложенное дает возможность больному вернуть трудоспособность и избежать рецидивов процесса в последующие годы.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Л.А. Сторожук, Г.В. Бессмертная, Т.В. Довгалюк

Научно-исследовательский институт реабилитации инвалидов Винницкого национального медуниверситета им. Н.И. Пирогова

Цель исследования: разработка дифференциальных программ реабилитации инвалидов с неврологическими проявлениями дегенеративно-дистрофических заболеваний.

Материалы и методы: на основе анализа результатов обследования 165 больных и инвалидов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника проведено деление больных на 5 клинкорепабилитационных групп. Определены объемы реабилитационных мероприятий для каждой клинкорепабилитационной группы и критерии эффективности реабилитации.

В качестве критериев эффективности реабилитационных мероприятий пациентов с вертеброгенными болями целесообразно использовать показатели регресса субъективной и объективной клинической симптоматики, степень восстановления нарушений жизнедеятельности и работоспособности.

Оценка результатов восстановительного лечения больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника основана на установлении динамики клинических проявлений, изменения характера течения заболевания, положительных изменений со стороны нарушения жизнедеятельности.

Результаты: в качестве эффективных показателей выступают, как правило, клинические симптомы заболевания, сроки возврата к труду и возможный объем выполняемой работы. Важна оценка как непосредственных, так и отдаленных результатов реабилитационных мероприятий. Оценка эффективности лечебного про-

цесса начинают с определения степени регресса болевого синдрома, поскольку именно боль при дистрофических поражениях позвоночника является наиболее значимым проявлением заболевания для самого пациента. Простейшими тестами для количественной оценки восприятия боли является визуальная аналоговая оценочная шкала.

Сравнение расстояния от начала шкалы до соответствующих отметок до и после проведения реабилитационных мероприятий позволяет оценить динамику восприятия больными своих болевых ощущений.

Количественная оценка показателей объективного статуса больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника затрудняется разнообразием клинических проявлений. Для характеристики эффективности медицинских реабилитационных мероприятий, по нашему мнению, целесообразно использовать единую пятибалльную систему оценки соответствующих параметров (мышечная сила, объем движений в суставах, мышечный тонус, степень деформации позвоночника и ограничение движений в нем, выраженность нейродистрофических и других нарушений), которая облегчает сравнение динамики различных симптомов заболевания в процессе соответствующего лечения.

Общая интегральная оценка эффективности реабилитации может быть определена не только динамикой морфофункционального дефекта (клинических синдромов), но и функциональными возможностями боль-

ного в его повседневной жизни с оценкой качества жизни.

Таким образом, оптимизация реабилитационных программ возможна за счет включения в них не только лечебных и психологических мероприятий, но и мероприятий социального плана в виде улучшения условий и

организации процесса труда, экономического и профессионального консультирования, трудоустройства. Решение этой проблемы возможно только при интеграции усилий реабилитологов, специалистов врачебной экспертизы, социального обеспечения, профессиональной реабилитации и всего общества в целом.

ОКСИД АЗОТА В РЕГУЛЯЦИИ ФУНКЦИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

А.Н. Страколист, А.В. Голубенко

Запорожский Национальный университет (Украина)

Цель работы: обосновать поиск новых доноров оксида азота и избирательных ингибиторов iNOS и оценить их вклад регуляцию функций пищеварительного тракта.

Материалы и методы исследования: метод анализа литературы, методы математической статистики.

Результаты: начиная с 90х годов мощный рост исследований роли оксида азота коснулся едва ли не всех функциональных систем, включая пищеварительный тракт. Было доказано, что нормальная релаксация мышц желудка может быть блокирована ингибиторами NOS, а введение оксида азота в кишку имитирует действие нервной стимуляции. Среди физиологических функций оксида азота в отношении пищеварительной системы наиболее важной является обеспечение моторной функции желудочно-кишечного тракта, а также регуляции поступления желчи в кишечник. Показано, что оксид азота стимулирует расслабление тучных мышц желудочно-кишечного тракта. Кроме того, NO следует отнести к числу наиболее важных факторов защиты слизистой желудка. Его влияние осуществляется путем воздействия на кровоснабжение слизистой оболочки. При внутрижелудочном введении соляной кислоты синтез NO увеличивает кровоснабжение слизистой оболочки. Этот механизм защищает слизистую оболочку при усилении обратной диффузии ионов водорода в случае нарушения слизистого барьера. Важно отметить, что именно через NO, как вторичного посредника, обеспечиваются вазодилататорные эффекты блуждающего нерва и многих других вазоактивных веществ. Блокада NOS резко уменьшает кровоток в сосудах слизистой оболочки. Косвенно это сказывается на секреторной функции желудка, на способности его слизистой оболочки противостоять воздействию на нее факторов агрессии, на возникновении и заживлении эрозий и язв. Существует несколько путей синтеза NO в пищеварительном тракте: прежде всего это продукция NO тучными клетками, эпителием слизистой оболочки,

тучными мышцами, нервными сплетениями, базальными или инфильтрирующими лейкоцитами, а также образование NO из нитратов в просвете кишечника за счет денитрификации анаэробными бактериями. Стимуляция NANC-нейронов приводит к увеличению биосинтеза и выделения ими NO, который посредством цГМФ вызывает глубокую релаксацию артериальных сосудов, адаптивную релаксацию желудка, тучных мышц нижней части пищевода и двенадцатиперстной кишки, а также циркулярной мышцы тонкой кишки, что обеспечивает перистальтику и передвижение пищевых масс вдоль кишечника. Доноры NO ускоряют заживление ацетатных язв, а угнетение синтеза NO ослабляет гастропротекторное действие простагландина E2 и капсаицина.

Анализ литературных данных по теме исследования позволил засвидетельствовать и патологическое действие оксида азота. NO может быть плейотропным агрессивным фактором за счет своей способности при определенных условиях угнетать циклооксигеназу, усиливать цитотоксичность перекиси водорода при поражении слизистой оболочки желудка, выступать одним из патогенетических факторов развития колита, инициировать апоптоз гепатоцитов при острых и хронических активных вирусных гепатитах, гепатоцеллюлярной карциноме, алкогольных поражениях и при отторжении трансплантированной печени. Все эти нежелательные эффекты опосредованы активацией iNOS и чрезмерной выработкой NO, при которой проявляется цитотоксический эффект оксида азота.

Таким образом, роль NO в желудочно-кишечном тракте многофакторна и пока мало изучена. В настоящее время представляется критически необходимым поиск новых доноров оксида азота и оценить вклад этого феномена в их биологическое действие. Также открытым остается вопрос поиска избирательных ингибиторов iNOS.

ВЛИЯНИЕ РАЗРАБОТАННОЙ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА МОЗГОВЫЙ КРОВОТОК У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

О.А. Суджаева, С.Г. Суджаева, Т.С. Губич, Н.А. Казаева

Республиканский научно-практический Центр «Кардиология» (Беларусь)

Цель работы: изучить влияние разработанной программы физической реабилитации (ФР) на показатели мозговой гемодинамики у лиц с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы исследования: обследовано 64 пациентов с АГ I-III степени. Методом рандомизации сформировано 2 группы: в основную группу (ОГ) включались пациенты, у которых использовалась разработанная программа ФР (n=44). Пациенты с традиционным способом ФР составили КГ, (n=20). Возраст пациентов ОГ составил 42,9±2,7 лет, КГ – 49,1±2,7 лет (p<0,05).

Лица женского пола составили 40% в ОГ и 60% - в КГ. Оценка мозгового кровотока осуществлялась методом реоэнцефалографии (РЭГ), которая проводилась по тетраполярной методике в положении пациента сидя в фронтотастоидальном отведении с помощью аппаратно-программного комплекса для записи импедансных кривых «Импекард М» с автоматическим компьютерным анализом параметров реограммы. У каждого включенного в исследование пациента оценка клинико-функционального состояния проводилась исходно (I тест), через 3 месяца (II тест) и через 6 месяцев (III тест).

Результаты: исходно показатели РЭГ, характеризующие артериальный и венозный компоненты мозгового кровотока, в ОГ и КГ были сопоставимы ($p>0,05$) и характеризовались снижением артериального кровенаполнения головного мозга (показатель А), нарушением скорости объемного кровотока (показатель F), повышением тонуса мелких мозговых артерий (показатель В/А), асимметрией и венозного кровотока и нарушением венозного оттока (показатели ВО и ВВ). При II тесте в ОГ исчезла имевшая место исходно асимметрия артериальной и венозной компонент мозгового кровотока. Значение показателя А справа и слева ($0,115\pm0,49$ и $0,065\pm0,008$ Ом, соответственно, $p>0,05$), а также показателя ВО ($17,9\pm4,1$ и $14,1\pm7,6\%$, $p>0,05$) при II тесте стали сопоставимы. При II тесте значение показателя ВО - $14,1\pm7,6\%$ - стало достоверно меньше, чем при I тесте - $41,0\pm17,1\%$ ($p<0,05$). За счет уменьшения значения артериального кровенаполнения и нормализации венозного оттока (А и ВО), выявленных в ОГ при II тесте, произошло уменьшение скорости объемного кровотока справа, исходно превышавшей норму. В КГ, напротив, при II тесте выявлено достоверное увеличение значения показателя F в сравнении с I тестом от $0,15\pm0,01$ до $0,191\pm0,04$ Ом/с ($p<0,05$). Кроме того, скорость объемного кровотока в правом полушарии - $0,191\pm0,04$ Ом/с - стала превышать таковую слева - $0,136\pm0,019$ Ом/с (т.е.) и нормаль-

ное значение $0,17\pm0,09$ Ом/с. При III тесте в ОГ значение показателя ВО справа ($18,1\pm5,9\%$) существенно меньше, чем при I тесте - $41,0\pm17,1\%$ ($p<0,05$), оно не превышает возрастную норму (0-25%), а также существенно не отличается справа и слева ($p>0,05$), что свидетельствует об отсутствии асимметрии венозного оттока, имевшей место при I тесте. Скорость объемного кровотока справа и слева сопоставима ($0,14\pm0,01$ и $0,15\pm0,03$ Ом/с, $p>0,05$), что свидетельствует об отсутствии асимметрии кровотока головного мозга. В КГ при III тесте значения показателя ВО слева и справа ($26,9\pm7,3$ и $31,6\pm3,4$ Ом/с, соответственно) существенно превышают норму (0-25%), справа существенно выше, чем при I тесте - $21,6\pm3,9$ Ом/с ($p<0,05$), и чем в ОГ справа при III тесте - $18,1\pm5,9$ Ом/с ($p<0,05$).

Таким образом, при использовании разработанной программы ФР у лиц с АГ через 3 и 6 месяцев исчезает асимметрия артериальной и венозной компонент мозгового кровообращения, происходит нормализация скорости объемного кровотока за счет улучшения артериального кровотока, некоторого уменьшения тонуса мелких артерий и оптимизации венозного оттока. При отсутствии интенсивной ФР у лиц с АГ через 3 и 6 месяцев появляется асимметрия скорости мозгового кровотока, появляются изменения, характерные для утяжеления степени АГ.

МОНИТОРИНГ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ КАК СРЕДСТВО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ

Н. Сулейманова, Д. Бегматов, А.У. Рахимов, А.А. Муминов

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью исследования являлось определение внутрибрюшного давления как средства мониторинга эффективности проводимой дыхательной гимнастики для профилактики компартмент синдрома.

Материал и методы. Обследованию подвергнуты 36 больных госпитализированных в отделение хирургии клиники СамМИ с большими грыжами передней брюшной стенки с целью подготовки и последующему производству оперативного вмешательства. В предоперационном периоде больным проводилась дыхательная гимнастика, проводилось исследование биохимических параметров и функции внешнего дыхания - дважды до операции (при поступлении и перед операцией) после оперативного вмешательства на 2,5,7 сутки. Лечебная гимнастика проводилась за 15 дней до начала операции, а до этого в течении 2-3 месяцев рекомендовалось применение бандажа на поясничную область. Определение внутрибрюшного давления проводилось в те же сроки при помощи катетера в мочевом пузыре.

Результаты исследования. Нами было установлено, что имеется колебание показателей внутрибрюшного давления в дневное и ночное время. Днем оно статисти-

чески достоверно превышало ночное (днем - $14\pm1,2$ мм вод.ст., ночью $9\pm1,3$ мм.). Как и ожидалось ношение бандажа, вправление в брюшную полость содержимого грыжевого мешка приводило к повышению давления в брюшной полости, учащению дыхания. Трое больных не выдерживали подобное состояние в течении трех часов. Их подготовку к операции решено было продолжить до достижения эффекта - снятия учащения, повышения сатурации крови. Проведение лечебной дыхательной гимнастики положительно сказалось на показателях внешнего дыхания и сатурации крови. К операции мы рекомендовали больных после достижения внутрибрюшного давления в полости после вправления содержимого грыжевого мешка до 9-10 мм од.ст. У всех больных, после герниопластики мы не отметили проявлений компартмент синдрома.

Вывод. Проведение лечебной дыхательной гимнастики является обязательным компонентом предоперационной подготовки больных с большими грыжами передней брюшной стенки.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОНТУРНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ГУБ ПОСЛЕ ИНЪЕКЦИОННОЙ ПЛАСТИКИ

Н.О. Султанова, А.А. Копыльцов, Ю.А. Степанова, М.В. Кадырова, Д.С. Ломброзо

Институт хирургии им. А.В. Вишневского МЗ РФ

Цель: определить тактику лечения пациенток с различными видами контурных деформаций после инъекционной пластики губ.

Материалы и методы: Работа базируется на опыте лечения 70 пациенток в период с 2013 года по 2014 год.

Все пациентки были разделены на 3 группы. Для сравнения были выбраны 15 здоровых женщин с различной формой губ без инъекционной пластики. В первую группу исследования вошли 49(70%) женщин с осложнениями после инъекционной пластики биополимерным

гелем (Биополимер и Интрадерм), во вторую группу - 6 (8,5%) женщин после пластики губ полиакриламидным гелем (Формарил и Аргиформ) и третья группа - 15(21,5%) после контурной пластики препаратами гиалуроновой кислотой (Рестилайн, Ювидерм, Сурджи-дерм). Первым этапом исследования для определения состояния мягких тканей и вида введенного материала всем пациентам было выполнено УЗ-исследование. Частота осложнений после введения биополимерного геля была выше в сроках от 5 до 10 лет, а в случае пластики полиакриламидным гелем в сроке до 5 лет. Все осложнения были разделены на ранние и поздние. На ранних сроках (до 6 месяцев) после введения наиболее часто встречалась асимметрия, однако это осложнение мы наблюдали во всех группах и в отдаленные сроки после введения, и связано оно было с фиброзом и деформацией. Асимметрия, возникающая на ранних сроках, была связана, как правило, с неправильной техникой введения материала 27 (38,5%). К поздним осложне-

ниям мы относили: фиброз с последующей деформацией губ -21(30%); гранулемы - 8 (11,5%); ретенционные кисты -7(10%); абсцесс (свищи) - 1 (1,5%); миграцию смежных областей - 6 (8,5%). Наиболее частым осложнением в группе пациенток после инъекционной пластики биополимерным гелем был фиброз и деформации, в группе с ПААГ - миграция и абсцесс.

Результаты лечения зависели от исходного состояния губ, вида материала и степени выраженности фиброза и деформации. Тактика лечения пациенток была различна и включала в себя консервативную терапию (физиотерапию и инъекционное местное лечение) - 17(24%); хирургическое - 44 (63%) и комбинированное - 9(13%).

Таким образом, проблема лечения пациенток после введения различных инъекционных материалов весьма актуальна и требует более тщательного анализа в прогнозировании осложнений.

МАГНИТОЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ I-II СТАДИИ

И.И. Султонов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: оценить эффективность магнитолазерной терапии больных гипертонической болезнью I-II стадии.

Материал и методы: изучено влияние факторов, индуцируемых от аппарата "Рикта" у 48 больных на фоне приема ЛФК, массажа. Процедуры проводились ежедневно на рефлексогенные зоны (синокаротидные, паравerteбральные на уровне С3-С7) с частотой 50 Гц продолжительностью воздействия до 1 мин на каждую область, на курс 10-12 сеансов.

Результаты исследования: в результате проведенной терапии было установлено, что больные хорошо переносят процедуры, отсутствуют какие-либо побочные эффекты, стабильно и прогрессивно снижается уровень систолического давления на 20-30 мм рт.ст. и диастолического - на 10-15 мм рт.ст. от исходного уровня, что сопровождалось улучшением субъективного

статуса больных (исчезновение или заметное уменьшение головных болей, головокружений, шума в ушах, неприятных ощущений в области сердца и др.). Как правило, регрессирование повышенных цифр АД наблюдалось уже после 2-3 процедур, достигая максимального целевого уровня к концу лечебного курса (10-12 сеансов). По данным ЭКГ в динамике отмечено уменьшение признаков перегрузки, гипоксии и дистрофии миокарда. Между тем, раздельное использование источников магнитного поля или лазерного облучения (контрольные группы по 15 больных в каждой) заметно уступало в эффективности сочетанному использованию этих физических факторов.

Таким образом, предложенная высокоэффективная методика лечения больных с ГБ I-II стадии, основанная на синергизме воздействия физических факторов может быть широко использована в практической медицине.

СУРУНКАЛИ ПРОСТАТИТНИ ДАВОЛАШДА ФИЗИОТЕРАПЕВТИК МУОЛАЖАЛАРНИНГ РОЛИ

И.Т. Султанов, Р.С. Ярашов

Хоразм вилоят қўш тармоқли тиббиёт маркази

Текширув мақсади: Сурункали простатитни даволашда физиотерапевтик муолажаларни қўллаш: эндоуретрал электрофорез, дарсонвализация, инфрақизил - лазер билан даволаш.

Материал ва текшириш усуллари: ВКТТМда 2012йилда сурункали простатит билан даволанган 26та беморни ташкил қилади. Ташхис анамнез, субъектив ва объектив белгилар, УТТ хулосалари, «3 стаканли» пешоб тахлили, лаборатория тахлилларига асосан қўйилди.

Беморлар икки гуруҳга ажратилди: I-гуруҳ, асосий гуруҳга ва II-гуруҳ, назорат гуруҳига. Ҳар иккала гуруҳга ҳам консерватив даво ўтказилди. I-гуруҳга консерватив даводан ташқари қўшимча физиотерапевтик муолажалари ўтказилди:

1. Эндоуретрал электрофорез муолажаси: димексидли трипсин 0,05%ли (5мг трипсин+0,9%ли NaCl) эритмаси билан. Бу муолажада уретрага 5мл фермент эритмаси юборилиб, олатнинг олди қисми дока билан боғланиб «Поток - 1» апарати ёрдамида бажарилди;

2. ИК - лазеротерапия муолажаси. Англиянинг ВТЛ - 5000 апаратининг 3Н50 нурлатгичи ёрдамида туш суягининг пастки қисмига - 2,0 дақиқа, жигар соҳасига - 3,0; талоқ соҳасига - 3,0; паравerteбрал S-III сегментлари соҳасига (чап, ўнг томондан) 3Н30 нурлатгичи билан - 1,0 дақиқадан; чов соҳасига икала томондан ҳам КМ - 2 нурлатгичи билан 1,0 дақиқадан, қов суяги ва оралиқ соҳасига КМ - 2 нурлатгичида 3,0 дақиқадан; ректал простата беги проекциясига П2 нурлатгичида 1,5 дақиқа нурлатиш ўтказилди;

3. Дарсонвализация - ректал электрод ёрдамида per rectum, стабил методикада, 6-8 дақиқа бажарилди.

Муолажалар ҳар куни 2 соат оралиқ билан, 12 кун мобайнида ўтказилди.

Натижалар: Беморларда ўтказилган даволаш усуллариининг самарадорлигини ўрганганимизда шу нарса аниқландики, эндоурал электрофорез, ИК-лазер, дарсонвализация ва консерватив даволашни биргаликда қўллаш даволаш натижасини юқори даражага ошир-

ганлигини кўрсатади, фақатгина консерватив даво тўлиқ натижа бермайди.

Хулоса: Сурункали простатитни даволашда консерватив даво билан физиотерапевтик муолажаларини

қўллаш касалликни кечиш даврини қисқартиради, асоратларни олдини олади ва даволаш самарадорлигини оширади.

КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФАРМАКОПУНКТУРЫ И ТРАКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Е.А.Сущеня

Белорусская медицинская академия последишломного образования

Цель работы: разработать методику комплексного применения фармакопунктуры солкосерила и тракционной терапии у пациентов с неврологическими проявлениями шейного остеохондроза.

Материалы и методы исследования: в ходе неврологического обследования были выбраны 33 пациента в возрасте от 36 до 60 лет (из них 20 мужчин) с неврологическими проявлениями шейного остеохондроза. С целью контроля эффективности терапии анализировали динамику регресса болевого синдрома, изменения в неврологическом статусе – сравнение симметрии сухожильно-периостальных рефлексов (СПР), изменение зоны гипестезии, нарастание мышечной силы в баллах, а так изменение качественных и количественных показателей при ЭНМГ исследовании. При магнитно-резонансном исследовании у 96% пациентов выявлены грыжи и протрузии межпозвонковых дисков на шейном уровне с компрессией невралгических структур. При проведении у пациентов ультразвуковой доплерографии выявлены признаки экстравазальной компрессии позвоночной артерии – 96%. Пациенты были распределены в 3 лечебные группы. Первая группа (12 пациентов) получала фармакопунктуру раствора солкосерила и тракционную терапию шейного отдела позвоночника курсом 12 процедур, вторая группа (10 пациентов) – классическое иглоукалывание ежедневно 12 процедур на курс, третья (11) – контрольная группа получала стандартное медикаментозное лечение (16 дней). Фармакопунктуру пациентам первой группы выполняли ежедневно: стерильный ампульный раствор солкосерила (Solcoseryl, MEDA Pharmaceutical Switzerland) в дозе по 0.2 мл вводился в одну акупунктурную точку (АТ), для инъекции использовали одноразовые стерильные иглы (0,4 x 20 мм 27G) и шприцы по 2 мл, 12 процедур

на курс. На одну процедуру выбиралось 6 акупунктурных точек на каналах, проходящих через шейно-воротниковую область, в которые вводился лекарственный препарат. Тракционную терапию выполняли методом «сухого» горизонтального вытяжения с помощью аппарата Eltrac 471 (Enraf Nonius, Нидерланды) через день. После вытяжения обязательно проводилась стабилизация шейного отдела воротником Шанца на 1,5 – 2 часа. Тракцию проводили после процедуры фармакопунктуры 3 раза в неделю, 8 процедур на курс. Классическая иглотерапия второй группе пациентов проводилась в соответствии с общими правилами, принятыми в традиционной китайской медицине. Процедуры выполняли ежедневно по 25 – 40 минут.

Результаты: По окончании курса лечения положительный клинический эффект отмечен во всех группах: в 1 и 2 группе отмечен в 83% и 80% соответственно, и в 3 – 77%. Положительные изменения со стороны двигательной сферы проявлялись увеличением мышечной силы, уменьшением асимметрии СПР (в 50% наблюдений) в 1 и 2 группах. Одновременно выявлено сужение зон гипестезии в 1 и 2 группах во время курса лечения. Степень регресса болевых ощущений в ходе лечения подтвердила большую эффективность фармакопунктуры в комбинации с тракцией, в сравнении с другими вариантами воздействия. Так, в ходе этого вида лечения интенсивность болей при рефлекторных синдромах снижалась с 70% до 15%, радикулопатиях – с 85% до 30%.

Выводы: Таким образом, исследование подтверждает целесообразность включения методики комплексного применения фармакопунктуры солкосерила и тракционной терапии для лечения пациентов с неврологическими проявлениями шейного остеохондроза.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ

В.Г. Сюсюка

*Запорожский государственный медицинский университет
Клинический санаторий «Великий Луг» (Украина)*

Цель работы: оценить влияние программы медико-психологической коррекции и комплекса санаторной реабилитации на частоту осложнений гестации и исход родоразрешения у женщин с нейроциркуляторной дистонией.

Материалы и методы исследования: обследовано 70 беременных женщин сроком гестации 12-34 недели. В I группу включены 29 беременных с НЦД, принявших участие в комплексной программе медико-психологической коррекции включающей: собеседование с беременными, аутогенную тренировку, сеансы релаксации, нейролингвистическое программирование, «якорение», рационально-кинетические практики, визуализацию, телесно-ориентированные упражнения, музыка- и арт-терапию, а также дифференцированную

санаторную реабилитацию (диетический рацион, климатотерапия, УФО, утренняя гигиеническая гимнастика, ЛФК, кислородные коктейли, гидрокинезотерапия, аэрофитотерапия, сухие углекислые или морские ванны, электрофорез, электросон, лазеротерапия, массаж воротниковой области). Во II группу включены 27 беременных с НЦД, которые получали только дифференцированную санаторную реабилитацию согласно плану оздоровления. Контрольную группу составили 24 соматически здоровые беременные. Всем беременным до начала программы и после окончания, с целью оценки ее эффективности, проводилось исследование индивидуально-психологических особенностей и психоэмоционального состояния.

Результаты и обсуждение: во всех группах исследо-

вания преобладал средне-высокий уровень личностной (ЛТ) и ситуативной тревожности (СТ). Полученные результаты после проведения комплексной программы медико-психологической коррекции и санаторной реабилитации у беременных I группы свидетельствуют о снижении уровня РТ в 79%. При сравнении среднего показателя СТ, что является проявлением так называемой эмоциональной реакции на стрессовую ситуацию, в I группе до (35,9 балла) и после (31,3 балла) проведения комплексной программы установлено его достоверное снижение ($p < 0,05$). По результатам оценки динамики показателя СТ во II (35,6 и 36,6 балла) и контрольной (34,1 и 34,8 балла) группах достоверной разницы установлено не было. Анализируя осложнения беременности отмечено, что частота невынашивания, после этапа санаторной реабилитации, была значительно ниже в I группе (3,5%) по сравнению с беременными II группы (25,9%). Частота анемии беременных в I группе составила 27,6%, во II группе – 48,1% и 41,7% в контрольной группе. По результатам родоразрешения, установлено,

что операция кесарево сечение у женщин II группы выполнена в 2 раза чаще по сравнению с I группой (22,2% и 10,3% соответственно). При анализе течения родов обращала на себя внимание высокая частота слабости родовой деятельности у женщин II группы (14,8%), которая была значительно выше при сравнении с группой контроля (4,2%). При этом в I группе слабости родовой деятельности не было. В связи с дистрессом плода в потужном периоде у рожениц II группы проведено операция акушерские щипцы (3,7%) и вакуум-экстракция плода (7,4%).

Вывод: результаты проведенного исследования свидетельствуют, что комплексная программа медико-психологической коррекции психоэмоционального состояния на этапе санаторной реабилитации беременных с НЦД способствует снижению уровня ситуативной тревожности, тем самым влияет на показатели родовспоможения, снижая частоту аномалий родовой деятельности, дистресса плода и оперативного родоразрешения.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ С ВЕНОЗНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В.Г. Сюсюка, Н.Ф. Шапран, И.А. Нечухаева, Д.В. Серболов

*Запорожский государственный медицинский университет,
Клинический санаторий «Великий Луг» (Украина)*

Цель работы: оптимизировать и оценить эффективность санаторной реабилитации беременных с варикозной болезнью.

Материалы и методы исследования: в исследование включено 35 женщин с варикозной болезнью, находившихся на санаторном оздоровлении во II и III триместрах беременности. Комплекс санаторной реабилитации беременных с варикозной болезнью проводили согласно плану оздоровления: диетотерапия, лечебная физкультура, климатотерапия, бальнеотерапия и другие виды гидротерапии, кислородотерапия, аутотренинг, психорелаксацию и медико-психологическую коррекцию, а также физиотерапевтические методы лечения (гидролазерный душ и «сухие» углекислые ванны). Кроме этого терапия дополнена эластической компрессией нижних конечностей и использованием флеботоников. Контрольную группу составили 30 беременных без соматической патологии.

Результаты и обсуждения: большинство беременных (74,3%) с варикозной болезнью имели жалобы на наличие отеков нижних конечностей, которые сопровождались ощущением напряжения. По результатам исследования показателей гемодинамики у этих женщин установлено увеличение общего периферического сопротивления сосудов на 37% и удельного периферического сопротивления сосудов на 25% по сравнению с группой контроля. Кроме того, установлено, статистически достоверное ($p < 0,05$) снижение по сравнению с контрольной группой, показателей, характеризующих амплитуду систолической волны (0,027 и 0,036 Ом), амплитуду быстрого кровенаполнения (0,014 и 0,018 Ом), амплитуду диастолической волны (0,006 и 0,009 Ом), максимальную скорость кровенаполнения (0,359 и 0,477

Ом/с), удельное кровенаполнения сосудов (0,039 и 0,052 %) и реографический систолический индекс (0,272 и 0,364 б/р). Такие изменения у беременных могут способствовать нарушению притока крови к периферическим тканям, в том числе и к системе мать-плацента-плод. Ранее нами проведенные исследования, позволили установить, что вышеуказанные нарушения обуславливают высокую частоту диагностики плацентарной дисфункции и ее последствий у беременных с варикозной болезнью. Применение комплексной реабилитации беременных с варикозной болезнью способствовало уменьшению чувства напряжения и отеков в нижних конечностях. По результатам исследования показателей гемодинамики имело место снижение общего и удельного периферического сопротивления сосудов до уровня показателей группы контроля. Это имело положительное влияние не только на венозную систему, но и на состояние гемодинамики системы мать-плацента-плод у беременных с варикозной болезнью. Так по данным кардиотокографического исследования состояния плода в динамике, отмечено его стабильное состояние, а по результатам родоразрешения высокая оценка по шкале Апгар (7-9 баллов) и низкий процент перинатальных осложнений (5,7%). Следует отметить отсутствие тромбоэмболических осложнений у женщин с варикозной болезнью, как во время беременности, так и в послеродовом периоде.

Вывод: результаты проведенного исследования свидетельствуют об эффективности предложенного комплекса санаторной реабилитации беременных с варикозной болезнью, что подтверждается данными объективных и функциональных методов исследования.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОЖОГОВЫХ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМИ ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

К.Р. Тагаев, И.Б. Мустафакулов, Б.М. Шакиров, Х.Ж. Самиев, З.И. Жаббаров, Р.Р. Азимов

Самаркандский государственный медицинский институт

Высокий процент лиц, подвергающихся после ожогов восстановительному хирургическому лечению, ука-

зывает на недостаточную эффективность примененных в настоящее время консервативных методов терапии.

Нельзя не отметить, что на фоне общего прогресса в лечении ожогов имеет место отставание научных исследований, касающихся реабилитации обожженных. Отсутствие научно обоснованной и проверенной системы учета и контроля за состоянием выписанных из стационара больных, программы диспансерного наблюдения, консервативного и хирургического лечения последствий ожогов приводит к уродствам из-за непоправимых вторичных изменений костно-суставного аппарата, относительного укорочения сухожилий, сосудов и нервов, отставанием в росте конечностей, инвалидизации и полной утраты трудоспособности в будущем. Усугубляет положение и то обстоятельство, что отсутствуют специализированные отделения реабилитации лиц, перенесших ожоги.

После спонтанного заживления обширных поверхностных ожогов (IIIА ст.) и оперативного восстановления утраченного кожного покрова ожоговые реконвалесценты обычно переводятся на амбулаторное лечение. Материалы наших исследований показали, что такая тактика осложняет решение задачи реабилитации, поскольку в ряде случаев либо невозможно проведение комплекса всех мероприятий необходимого консервативного лечения (рассасывающая терапия, бальнеотерапия и др.), либо при существовавшей системе больные выпадают из поля зрения врачей ЦРБ, ЦГБ и отделениям комбустиологии РНЦЭМП. Это приводило к удлинению сроков возврата к социальной трудовой деятельности, снижению уровня реадaptации, позднему проведению хирургической реабилитации при нарушениях функций опорно-двигательного аппарата. Накопленный опыт свидетельствует, что обожженные подлежат диспансеризации на протяжении многих лет - на период до окончания роста (до 18-20 лет), даже при отсутствии у них первичных ожоговых деформаций. Причиной тому является то, что в процессе роста больного имеются рубцы и рубцовые поля, не оказывающие

в период выписки из стационара и в ближайшие два-три года влияния на опорно-двигательный аппарат. Через 5-6 лет, а иногда и позже могут начать ограничивать движения, изъязвляться, стать источником формирования не только легких, но и тяжелых деформаций вплоть до развития вывихов, подвывихов, особенно в суставах кисти, лучезапястного сустава, пальцах стопы.

Ведущее место в системе реабилитации принадлежит отделению комбустиологии РНЦЭМП и областному ожоговому центру, являющемуся организационно-методическим центром по реабилитации ожоговых реконвалесцентов в своей области. Эти центры организуют и проводят диспансеризацию, определяют контингенты реконвалесцентов, подлежащих диспансеризации, определяют программу реабилитации.

Наблюдение за диспансерными больными обожженными ведется врачами-комбустиологами в поликлинике областной больницы, где при необходимости проводится дополнительные консультации врачами специалистами смежных профилей (педиатры, терапевты, кардиологи, пульмонологи, гастроэнтерологи, нефрологи). Здесь по разработанному плану, а также при необходимости осуществляется комплексное обследование: клинические и биохимические исследования крови и мочи, электрокардиография, функциональные исследования печени и почек, рентгенография суставов. Это даёт возможность наряду с выявлением патологии опорно-двигательного аппарата выявить скрытую патологию со стороны внутренних органов и систем.

Таким образом, эффективность медицинской реабилитации находится в прямой зависимости от сроков её проведения и более высока при проведении её в первые 2-3 месяца после заживания ожоговых ран и выписки из стационара. Это позволяет более рано осуществить хирургическую реабилитацию обожженным, которые в ней нуждаются.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БАКТЕРИОФАГОВ ПЕРИОД РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ СТАФИЛОКОККОВЫХ ЭНТЕРОКОЛИТАХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Б.М. Таджиев, Н.Р. Якубова, Р. Усманов, С. Мусаев

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности поливалентного бактериофага в период реабилитации стафилококковой инфекции у детей раннего возраста.

Методы и материал исследования: было обследовано 58 детей в возрасте с 2 месяцев до 1 года со стафилококковыми энтероколитами. Методика обследования включала в себя подробное изучение жалоб, анамнеза больных, объективный осмотр, бак. посев и посев на чувствительность, общеклинические методы исследования, анализ на гемокультуру, определение чувствительности возбудителя к антибиотикам. Дети были поделены на 2 группы. В первую группу вошли пациенты получавшие только стандартную терапию, во второй группе после стандартной терапии проводился курс лечения поливалентным интестиобактериофагом. Он является высокоэффективным биологическим препаратом антибактериального действия и не нарушает нормального биоценоза кишечника, а также незаменим при устойчивой восприимчивости возбудителя к антибиотикотерапии. Бактериофаг давали 2 раза в сутки натощак за 1,5-2 часа до приема пищи, в дозировке 10-15 мл на один при-

ем. У больных обеих групп при поступлении наблюдалась схожая симптоматика: снижение аппетита, срыгивание, рвота, повышение температуры, частый жидкий стул. В динамике мы обращали внимание на более быструю положительную динамику клинических признаков основного заболевания. У больных во второй группе: нормализацию температуры, улучшение общего самочувствия, улучшения аппетита, урежение стула и нормализацию копрологии. После проведенного курса были проведены общеклинические анализы и бактериологический посев. Побочных явлений и осложнений в ходе проводимой терапии не наблюдалось.

Вывод: у больных первой группы нормализация показателей наблюдалась в более поздние сроки; у 3 больных отмечался рецидив заболевания, тогда как у пациентов второй группы рецидивов заболевания не отмечено, нормализация клинической симптоматики наступала в более ранние сроки. Таким образом следует, что бактериофаг может использоваться при реабилитации стафилококковых заболеваний у детей раннего возраста.

ДИСПАНЦЕРИЗАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ «В» И «С»

Б.М. Таджиев, Х.Н. Ибрагимова, М.Н. Даминова, М.М. Мирсмаилов, Д.У. Каримова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Целью нашей работы: явилось изучение организации диспанцеризации и реабилитации детей, перенесших ОВГВ и ОВГС с целью раннего распознавания начальных признаков поражения гепатобилиарной системы и предотвращения формирования развития хронического гепатита и других неблагоприятных исходов вирусного гепатита В.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением было 24 перенесших ВГВ детей и 7 детей с ВГС, трех детей ВГС+ВГВ с переходом в цирроз печени, у трех хронический гепатит не ясной этиологии, находящихся на диспансерном наблюдении в ГКИБ №5 в возрасте от 3 до 14 лет. Из них 45% было девочек, 55% мальчиков. Диагноз острый ВГВ, ВГС подтверждался клинико-лабораторно определением маркеров HBV, HVC инфекции в крови по методу ИФА и РИА. Из них 4 больных было в возрасте 3-7 лет, 8-14 лет – 20 больных детей. 12 детей в остром периоде перенесли среднетяжелую форму болезни, 4-тяжелую, а атипичная – отмечалась у 10 детей. Реконвалесценты ВГВ и ВГС в гепатоцентре были обследованы после выписки из стационара согласно приказу МЗ РУз № 5 в 1,3,6,9,12 месяцы. Ими были проведены следующие методы обследования: клинический осмотр (жалобы, аппетит, слабость, наличие иктеричности кожи и склер, размеры печени) и лабораторные методы исследования (определение общего билирубина и его фракции по методу М.Эндрашека, определение активности аминотрансфераз: АлАТ,

АсАТ, определение маркеров ВГВ, ВГС в крови по методу ИФА), УЗИ печени и желчевыводящих путей.

Результаты и обсуждения: были выявлены следующие симптомы: постгепатитная астения (56,25% детей), дискомфорт и тяжесть в правом подреберье (37,5%), снижение аппетита (31,25%). На первом диспансерном осмотре у 5 детей с ВГС отмечено ухудшение состояния, снижение аппетита, появление иктеричности кожи и склер, увеличение размеров печени, что подтвердилось повышением уровня аминотрансфераз и общего билирубина. На УЗИ определялась неоднородность паренхимы печени с элементами уплотнения. На 3, 6 месяце было выявлено у них биохимическое обострение. На девятом месяце после выписки из стационара у 3-х больных было ухудшение общего состояния, слабость, вялость, увеличение размеров печени, повышение уровня билирубина, аминотрансфераз в крови. У них УЗИ подтвердило диагноз перехода в хроническую форму.

Выводы: диспанцеризация реконвалесцентов вирусного гепатита – позволяет своевременно выявить постгепатитное состояние и предупредить возможность перехода в хронические гепатиты и формирование цирроза. Проведение реконвалесцентом в периоде диспанцеризации УЗИ печени и желчевыводящих путей имеет значение и дает возможность судить о глубине и степени поражения печени в динамике диспансерного наблюдения.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С
ОСЕВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

М.М. Таджиев, Х. Раимкулова, З. Хайитов

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: выявить клинико-электронейрофизиологические нарушения у больных с осевыми деформациями позвоночника.

Материалы и методы исследования: нами изучены электронейромиографические показатели периферической нервной системы у 125 больных с осевыми деформациями позвоночника. Средний угол деформации составил $-84,3^\circ (\pm 2^\circ)$. Средний возраст больных составил $15,3 \pm 0,4$ лет. По полу преобладали девочки которые составили более 80%. По выраженности угла сколиоза все больные были разделены на 3 группы. Контрольную группу составили 20 здоровых детей. С целью определения вовлеченности периферической нервной системы нами применена методика стимуляционной электронейромиографии (ЭНМГ).

Результаты и обсуждения: Из полученных данных в I группе больных (62 больных), при угле деформации ($40-75^\circ$), скорость проведения импульсов (СПИ) по эфферентным и афферентным волокнам большеберцового и малоберцового нервам значительно снижена ($38,4 \pm 1,8$ м/с, $39,2 \pm 1,3$ м/с и $43,4 \pm 2,8$ м/с, $43,2 \pm 3,0$ м/с соответственно) по сравнению с группой контроля ($57,4 \pm 2,1$ м/с $59,1 \pm 1,2$ м/с и $58,2 \pm 2,3$ м/с $59,5 \pm 2,5$ м/с). Снижение СПИ афферентных и СПИ эфферентных объясняется тем что, на фоне сколиотической болезни развивается также периферическая нейропатия (ПН), которая способствует

снижению проведения импульса по нервам. По нашему мнению в данном случае механизм ПН компрессионный, т.е. вследствие хронической компрессии нервных волокон искривленным позвоночным столбом. Во второй группе пациентов (29 больных) угол деформации ($75-110^\circ$), СПИ эфферентных и афферентных по большеберцовому и малоберцовому нервам составила $35,4 \pm 1,8$ м/с, $34,5 \pm 1,6$ м/с и $34,2 \pm 2$ м/с, $33,5 \pm 2$ м/с соответственно и достоверно отличалась от показателей контрольной группы. Также достоверно отличимые от контроля, были и такие ЭНМГ-показатели как: максимальная и минимальная амплитуда (А макс., А мин.) и количество двигательных единиц (ДЕ). В III группе пациентов (35 больных), с углом сколиоза более 110° эти показатели претерпевали еще большие изменения. Так снижение СПИ по эфферентным и афферентным волокнам БН и МН составило $30,4 \pm 1,5$ м/с, $31,5 \pm 0,6$ м/с и $31,2 \pm 1,0$ м/с, $30,5 \pm 1,0$ м/с, что было вдвое меньше показателей группы контроля.

Выводы: 1. Осевые деформации позвоночника сопровождаются поражением периферической нервной системы; Поражение периферической нервной системы при осевых деформациях позвоночника проявляется изменениями электронейромиографических показателей; 2. Выраженность изменений ЭНМГ-показателей зависит от степени деформации позвоночника.

ВЛИЯНИЕ КОНЦЕНТРИРОВАННОГО ИМПУЛЬСНОГО СВЕТА НА УРОВЕНЬ СПОНТАННЫХ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Ю.Х. Таджиходжаева, Ю.Д. Каюмова

Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр терапии и медицинской реабилитации

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель работы: Изучить влияние фототерапии с использованием концентрированного импульсного света (КИС) на уровень спонтанных цитокинов сыворотки крови у животных с экспериментальной хронической обструктивной болезнью легких (ЭХОБЛ).

Материал и методы исследования: Модель ХОБЛ воспроизводилась у 60 белых беспородных крыс-самцов весом 120-180 грамм под влиянием табачного дыма путем помещения животных в специальную «курительную» камеру на 30-40 мин в сутки в течение 2-х месяцев. Контролем служили 10 крыс, содержащихся в аналогичных условиях, но без контакта с табачным дымом. В качестве лечения для половины животных с ЭХОБЛ (группа 1) использован метод фототерапии от светолечебной установки «СЛУ-2» при длине волн от 600 до 800 нм, с частотой 30 имп\мин на область легких крыс, по 10 процедур на курс. Фототерапия осуществлялась ежедневно продолжительностью по 5 мин первые 5 процедур и по 10 минут последующие. 30 крыс с ЭХОБЛ лечению не подлежали (группа 2). Определение цитокинов в

сыворотке крови производилось методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты: В группе здоровых животных (контроль) содержание спонтанных провоспалительных цитокинов в сыворотке крови составляло: IL-1в $6,3 \pm 0,3$ пг\мл, IL-6 $1,23 \pm 0,012$ пг\мл и TNFα $0,69 \pm 0,027$ пг\мл. У всех крыс с ЭХОБЛ выявлено статистически значимое увеличение исследуемых показателей по сравнению с контролем в 7 раз, 26,5 и 23,6 раза соответственно. В результате фототерапии по сравнению с группой без лечения выявлено достоверное снижение уровня провоспалительных цитокинов, но по сравнению с контролем они по-прежнему оказались высокими. Так, по сравнению с исходными данными, содержание IL-1в оказалось сниженным на 58,4%, IL-6 – на 72,8%, а TNFα – на 56,3% ($p < 0,01$).

Таким образом, применение одного курса фототерапии методом КИС способствует достоверному снижению уровня спонтанных провоспалительных цитокинов при ЭХОБЛ.

МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА КООРДИНАЦИОН ҚОБИЛИЯТИНИ ОШИРИШДА ГИМНАСТИК МАШҚЛАРНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

Н.Н. Тажиева

Ўзбекистон Давлат жисмоний тарбия институти

Тадқиқотнинг мақсади – мактабгача ёшдаги болаларда координацион қобилиятини оширишда гимнастик машқларни қўллашнинг самарадор усуллари ишлаб чиқиш.

Тадқиқот объекти – Тошкент шаҳридаги Ҳамза тумани 415 болалар мактабгача таълим муассасасининг 3-6 ёшли 38 нафар болалари.

Тадқиқот услуги – жисмоний тарбия воситаларининг ёрдамида 3-6 ёшли болалар жисмоний сифатлари ва психик жараёнларини мақсадида гимнастик машқларнинг таъсири ва самарасини “Бир оёқда мувозанат сақлаш”, “4х10 м.га моксимон югуриш”, “Коптокни нишонга отиш” тест натижаларини таҳлил этиш билан амалга оширилди.

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, назорат ва тадқиқот гуруҳларидан тадқиқотдан олдинги ва машқларни қўллаганлар кейинги даврда олинган натижалар қуйидаги жадвалда ифодаланган.

Болаларда координацион қобилиятини текшириш бўйича ўтказилган тест натижалари тажриба гуруҳида тадқиқотдан олдин паст кўрсаткичда 22,5 га, ўртача

кўрсаткичда 19,5 га, юқори кўрсаткичда эса 16,2 га тенг бўлган бўлса, назорат гуруҳида паст кўрсаткичда 21,7 га, ўртача кўрсаткич 19,4 га, юқори кўрсаткич эса 10,8 га тенг бўлди. Тадқиқотдан кейинги натижаларда ўсиш анча юқори бўлиб, паст кўрсаткичда 22,5га, ўртача кўрсаткичда 20,1га, юқори кўрсаткичда эса 15,1га тенг бўлган бўлса, назорат гуруҳида паст кўрсаткичда 23,1га, ўртача кўрсаткич 20,0га, юқори кўрсаткич эса 16,5 га тенг бўлди.

Хулоса. Мактабгача бўлган даврда болаларга педагогик таъсиротни тананинг барча соҳасидаги жойлашган мускулларни ривожлантириш гимнастик машғулотлар ҳолида ўтказиш лозим. Бунда нафақат бел, орқада, қоринда жойлашган мускуллар ривожланади, балки уларни фиксацияловчи, ёки мустақамловчи бойлам-мускул аппарат ҳам ривожланади. Биз ишлаб чиққан машқлар мажмуаси қадди-қомат бузилишларини олдини олишда, координацион қобилиятини оширишда ва болаларнинг соғлигини қайта тиклашда ўз самарасини бери.

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ С КОМОРБИДНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАЦЕРЕИНОМ

Е.В. Танас

Буковинский государственный медицинский университет

Цель работы: оценить эффективность применения диацереина на показатели цитокинового профиля.

Материалы и методы: в исследование были включены 31 пациент (5 мужчин и 26 женщин) остеоартрозом

(ОА) коленных суставов II-III стадии с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) II стадии и ожирением I степени. Для уменьшения болевого синдрома все пациенты получали нестероидные противовоспалитель-

ные средства (НПВС) 7-10 дней; для коррекции артериального давления (АД) препараты из группы ингибиторов АПФ. Кроме того всем пациентам назначался диацереин по 1 капсуле (50 мг) в течение 2-х недель после приема пищи на ночь. Начиная со 2-й недели лечения, дозу препарата увеличивали до 100 мг в сутки в 2 приема (по 1 капсуле утром и вечером после еды), курс лечения составил 90 дней. Содержание в крови цитокинов: ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α , трансформирующего фактора роста- β 1 (ТФР- β 1) определяли с помощью иммуноферментного анализа, используя набор реагентов фирмы Вектор БЕСТ. Оценка вышеупомянутых показателей проводилась до начала лечения и через 12 недель. Статистическая обработка данных осуществляли с помощью параметрических методов вариационной статистики.

Результаты исследования показали, что до лечения у больных ОА с АГ и ожирением было существенно повышено содержание в крови провоспалительных цитокинов: ИЛ-1 β - в 1,5 раза ($p < 0,05$), ИЛ-6 - в 1,5 раза по ($p < 0,05$), ФНО- α - в 1,5 раза ($p < 0,05$) по сравнению с ПЗО, что коррелировало с ростом содержания в крови с-реактивного протеина в 4,2 раза ($p < 0,05$). В то же время, у данной категории больных было установлено пониженное содержание в крови трансформирующего фактора роста β 1 (ТФР- β 1) в 1,7 раза ($p < 0,05$). Последний факт свидетельствует об угнетении процессов пролиферации хондроцитов и продукции коллагена II, протеогликанов в хряще. Назначение комплексной терапии с включением диацереина привело к существенному снижению интенсивности болевого синдрома уже на 7-й

день лечения (в половинной дозе), увеличение подвижности пораженных суставов к 10 дню лечения с полной отменой НСПЗ. Динамические показатели содержания в крови С-реактивного белка после проведенного лечения достоверно уменьшились в 2,6 раза ($p < 0,05$). Одновременно с этим, диацереин повлиял на содержание в крови провоспалительных цитокинов: достоверно снизив содержание ИЛ-1 β - на 29,3% ($p < 0,05$) с нормализацией показателя, ИЛ-6 - на 25,9% ($p < 0,05$), ФНО- α - 26,0% ($p < 0,05$). Механизм противовоспалительного действия диацереина не обусловлен влиянием на ЦОГ и липооксигеназу. Основное патогенетическое действие диацереина и его активного метаболита реина при ОА заключается в блокировании синтеза ИЛ-1, торможении экспрессии рецепторов к нему на поверхности хондроцитов, что способствует снижению чувствительности клеток к действию этого цитокина. Одновременно комплексная терапия привела к нормализации содержания в крови ТФР- β 1 в 2,0 раза ($p < 0,05$), что, вероятно, может способствовать восстановлению биосинтеза протеогликанов в хряще и процесса регенерации хряща.

Выводы: включение в комплексную терапию остеоартроза на фоне коморбидности с ожирением и артериальной гипертензией диацереина способствует быстрому устранению болевого синдрома в пораженных суставах, повышению их подвижности, угнетению активности воспалительного процесса, а также торможению цитокинового звена регуляции воспаления путем нейтрализации действия провоспалительных цитокинов: ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α и восстановления потенциала стимуляторов регенерации хряща (ТФР- β 1).

ОЦЕНКА СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНАХ С ЖАРКИМ КЛИМАТОМ

З.Б. Тауешева, Д.Ж. Тайжанова, З.К. Гусеинова, Ю.Л. Романюк, А.О. Холощенко

Карагандинский государственный медицинский университет

Цель работы: оценить суточный уровень артериального давления у лиц, проживающих в регионах с жарким климатом.

Материалы и методы исследования: для оценки суточного мониторинга артериального давления (АД) обследовано 143 жителя Кызылординской области. Обследованные были разделены на две возрастные группы: в первую (I) группу вошли 68 (47,6%) человек в возрасте от 18 до 49 лет, из них 30 (44%) мужчин и 38 (56%) женщин; вторую (II) группу составили 75 (52,4%) человек в возрасте от 50 до 79 лет, из них 35 (46,7%) мужчин и 40 (53,3%) женщин. В исследование не включались пациенты с клинически значимыми нарушениями ритма, сахарным диабетом, перенесенным инфарктом миокарда, хронической сердечной недостаточностью III-IV функционального класса по NYHA, острой и хронической почечной недостаточностью, гиперкалиемией. Всем больным проводилось комплексное обследование, включавшее осмотр, сбор анамнеза, ЭКГ, измерение суточного артериального давления (СМАД). Всем обследованным пациентам высчитывался коэффициент вариации (КВ) по формуле: $KB = (s : \text{среднее АД}) \cdot 100\%$, где s средняя величина за сутки.

Результаты: по результатам клинического исследования в двух группах вне зависимости от возраста, при осмотре выявлено стойкое повышение суточного артериального давления (АД). При сборе анамнеза были выделены такие факторы, как курение, ожирение не выше I степени. Так в I группе у 45 (60%) обследованных,

обнаружена стойкая артериальная гипертензия (АГ) с повышением АД более 139 мм.рт.ст. (систолического) и 89 мм.рт.ст. (диастолического). У 22 (48,9%) лиц первой группы уровень АД находился в пределах первой степени и у 23 (51,1%) пациентов уровень АД находился в пределах второй степени АД, по уровню АД соответствующей третьей степени АГ выявленных пациентов не было обнаружено. Коэффициент вариации АД у лиц с АГ превышал по уровню систолического давления в среднем 23,2 ($\pm 5,4$) мм.рт.ст., и диастолического 14,6 ($\pm 2,1$) мм.рт.ст. Нужно отметить, что в ночное время уровень АД снижался в 24,3% до нормальных среднестатистических цифр. Во II группе обследованных лиц у 68 (90,6%) пациентов выявлена стойкая АГ. При этом у 29 (42,7%) уровень АД соответствовал второй степени АГ и у 39 (57,3%) третьей степени АГ, по уровню АД первой степени выявленных пациентов не было обнаружено. Коэффициент вариации АД у пациентов II группы с АГ превышал по уровню систолического давления в среднем 27,1 ($\pm 3,6$) мм.рт.ст., и диастолического 15,2 ($\pm 2,7$) мм.рт.ст. По данным СМАД во II группе снижение АД в ночное время отмечалось в 7,8% до среднестатистических цифр. При повышении температуры атмосферного воздуха более 30°C, в I группе наблюдался рост АД более чем на 12 ($\pm 2,1$) мм.рт.ст., преимущественно систолического давления. Тогда, как во II группе наблюдалось повышение АД как систолического, так и диастолического, с превалированием систолического давления.

Выводы: отмечена высокая вариабельность АД в двух обследованных группах вне зависимости от возраста и пола в условиях жаркого климата. При этом отмечен высокий процентный показатель АГ у лиц I группы репродуктивного возраста, как среди лиц женского, так и мужского пола, это обстоятельство объясняется тем,

что тепловая нагрузка, активизируя симпатoadренальную и гипоталамико-адренокортикальную системы, стимулирует секрецию катехоламинов мозговым слоем надпочечников и глюкокортикоидов их корой вызывая стойкое повышение артериального давления.

ОЦЕНКА ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Л.Х. Ташинова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: оценить эффективность комплексного лечения больных АС с включением физиотерапевтических процедур на различных этапах лечения и реабилитации больных.

Материал и методы исследования: обследованы 26 больных АС (диагноз заболевания установлен согласно рекомендациям по номенклатуре и классификации заболеваний, предложенные Институтом ревматологии РАМН, 1999). Возраст больных составил в среднем $37,2 \pm 4,2$ лет. У всех больных в клинической картине преобладало поражение позвоночника, у 10 (38,4%) больных констатировано поражение периферических суставов. Клиническое состояние больных АС оценивали по длительности утренней скованности, суставному (СИ) и позвоночному (ПИ) индексу. Динамику лабораторных показателей воспаления оценивали по изменению СОЭ. У 23 (88,4%) больных наблюдалась скованность преимущественно в позвоночнике, у 8 (30,7%) больных наблюдалась скованность в суставах и позвоночнике. 18 (69,2%) больных жаловались на ночные боли в позвоночнике и напряжение мышц спины. В зависимости от лечения наблюдаемые нами больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 16 (61,5%) больных АС, которым назначалось лечебное воздействие в виде ультразвуковых волн, током низкой частоты, продолжительностью 10-15 мин и парафиновые аппликации на пораженные области в виде «носков», «курток», «перчаток», продолжительностью 20-30 мин, курсом 10 процедур, ежедневно с чередованием, а также традиционная фармакотерапия. 2-ю группу со-

ставили 10 (38,4%) больных, которые получали НПВП в комбинации с базисными средствами (метотрексат, сульфасалазин, плаквенил, лефно).

Результаты исследования: проведенный курс лечения, в первую очередь, сопровождался уменьшением признаков суставного синдрома: повседневным снижением интенсивности боли и утренней скованности в позвоночнике и суставах, уменьшением отека суставов и увеличением объема движений. Положительная динамика суставных показателей сопровождалась улучшением общего состояния больных, повышением их настроения, аппетита. После курса лечения в обеих группах больных отмечалось достоверное снижение отека и боли в суставах, увеличение объема активных и пассивных движений. Наряду с клиническим эффектом, проведенный курс лечения способствовал улучшению ряда лабораторных показателей активности воспаления: СОЭ (до $20,4 \pm 2,1$ мм/ч, $P < 0,05$). В результате исследования выявлено, что у первой группы больных уменьшение болей, скованность в позвоночнике, напряжения в мышцах спины и снижение СОЭ наблюдалось на 10-12 день, а у больных второй группы - на более позднее сроки лечения (13-15 день).

Выводы: результативность комплексного применения физиотерапии при АС выше по сравнению с медикаментозным лечением. Это позволяет применять физиотерапевтических процедур на этапах медицинской реабилитации при средней и низкой клинической активности заболевания.

РАЗВИТИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ИБС С БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ В ПЕРИОД РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Э.Н. Ташкенбаева, Х.А. Ашрапов, С.А. Арипов, Р.З. Мирзаев, Г.А. Абдиева, Ф.Ш. Кадырова, А.О. Лоханов, Ф.Ш. Камилова, Б.А. Муранов

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи*

Цель работы - изучить связь NO - реактивности эндотелия сосудов (NO-РЭС) с уровнем в крови мочевой кислоты (МК) и кардиоспецифических ферментов - креатинфосфокиназы (КФК) при развитии ВП у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и бессимптомной формой гиперурикемии (ГУ) в период ранней реабилитации.

Материалы и методы. В исследование включены 13 больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с зубцом Q, у которых развивалась в динамике проводимого лечения ВП (1 гр.) и 11 больных с ОИМ с зубцом Q без ВП (2 гр.). Диагноз устанавливали на основании клинических симптомов заболевания согласно классификации НУНА (1981), анамнестических данных, результатов ЭКГ, КФК, подъема сегмента ST. Диагноз ВП устанавли-

вали в соответствии со "стандартами диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких" (1999) с использованием известных клиникорентгенологических признаков. Всем больным с ОКС осложненной ВП наряду с диуретиками, антиагрегантами, В-блокаторами, ингибиторами АПФ, анальгетиками, антиоксидантами, одновременно проводили этиотропную антибактериальную, дезинтоксикационную и противовоспалительную терапию. В крови больных, наряду с определением активности КФК изучали суммарный уровень основных метаболитов NO, пероксинитрита (ONOO-), активность ферментов эндотелиального NO-синтазы (eNOS) и нитратредуктазы (НР) - маркера индуцированной NO-синтазы (iNOS). NO-РЭС оценивали по изменению уровня метаболитов NO до и

после монжеточной пробы и выражали в %. До и в процессе лечения изучали в крови уровень МК, креатинина и мочевины, рассчитывали показатель скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Полученные результаты подвергали статистической обработке.

Результаты и обсуждение. У всех больных с ОКС до проводимого лечения отмечался высокий уровень КФК, который превышал контрольный уровень (кровь полученная от 15 условно здоровых лиц) в 3,6 раза, уровень метаболитов NO – в 6,8 раза, содержание ONOO⁻ – в 7,4 раза, активность HP – в 3,3 раза, на фоне низкой активности фермента eNOS – в 2,2 раза и гиперэкспрессии МК – 2,1 раза, креатинина – в 1,3 раза, снижению уровня мочевины в 1,5 раза и повышению СКФ – в 1,3 раза. В процесс лечения на 3-5 сутки у больных с ОКС без ВП уровень изучаемых показателей имели выраженную тенденцию, направленную на их нормализацию. Тогда как в 1гр. при сохранении на стабильном уровне креатинина, СКФ, на этот же срок исследования – 3-5 сутки

интенсивного лечения отмечено увеличение в 1,3 раза МК и снижение мочевины в 1,2 раза, на фоне в 1,5 раза снижения показателя NO-РЭС, увеличение уровня NO, ONOO⁻, HP, фермента КФК. При этом у 2 (15,4%) отмечен рецидив ОКС, что потребовало проведения срочных реанимационных мероприятий.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования показали, что одним из возможных механизмов развития ВП у больных с ИБС и бессимптомной формой ГУ является снижение NO-РЭС, угнетение eNOS, значительное увеличение высокорекреационного и цитотоксического соединения ONOO⁻, активации HP. Можно полагать, что с активацией iNOS и увеличении ONOO⁻, связаны с расстройством метаболических систем в кардиомиоцитах, о чем свидетельствуют данные значительного увеличения кардиоспецифического фермента КФК в крови, что было одной из причин появлений увеличения случаев рецидива ОКС.

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО И ПУРИНОВОГО ОБМЕНОВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ПЕРИОД ИХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Э.Н. Ташкенбаева, Д.Х. Тогаев, Б.С. Касимова, Ф.О. Хасанжанова,
Ф.Ш. Кадырова, С.А. Арипов, Р.З. Мирзаев, Г.А. Абдиева

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи*

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей липидного профиля крови у больных с ИБС и бессимптомной формой гиперурикемии, а также связи между уровнем МК и факторами прогрессирования ИБС в период их реабилитации.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включено 59 больных ИБС, средний возраст 55,6±4,8 года. В зависимости от проводимого лечения все больные были разделены на 2 группы: в 1-ю гр. включены 25 больных с ГУ в течении 2-3 месяца получавших аллопуринол и стандартную терапию; 2-ю группу, составили 24 пациента, которым назначали только курс стандартной терапии. Изучали содержание в сыворотке и суточной моче мочевой кислоты (МК), глюкозы, креатинина и скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Одновременно оценивали основные показатели липидного спектра: общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ); липопротеиды высокой плотности (ХС ЛПВП), низкой плотности (ХС ЛПНП) – рассчитывали по формуле W.Friedwald, распределение ХС между атерогенными и антиатерогенными липопротеидами изучали с помощью липидного коэффициента (КА) представляющего собой отношение ХС – ХС ЛПВП / ХС ЛПВП.

Результаты и обсуждение. Следует отметить, что у больных с бессимптомной формой ГУ выявлены существенно высокие данные в контроле содержания ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ТГ. За счет пропорционального увеличения фракций ХС ЛПВП и ХС ЛПНП, на фоне высокого содержания общего ХС сохраняется на стабильном уровне, в пределах контроля интегральный коэф-

фициент атерогенности КА. Это свидетельствует, что наблюдается напряженность в липидной системе и повышенный уровень общего ХС и ХС ЛПНП в основном участвуют в стабилизации сахара в крови больных с ГУ. Вместе с тем повышенный, в наших исследованиях, уровень ХС ЛПВП дает относительный риск ИБС и АГ. Чтобы доказать важность ГУ в развитии коронарного синдрома нами проведена оценка корреляционной связи МК с исследуемыми показателями липопротеинового спектра, а также с КФК и параметрами характеризующие функцию сердца – ФВ, СДИ и КДИ. До проводимого лечения, как и после проводимого лечения нами не выявлена корреляционная связь ($r < 0,2$) МК с показателями холестерина спектра при их оценке в 1 и 2-й гр., тогда как с показателями КФК – выявлена четкая связь – до лечения ($r = 0,76$ и $0,77$, $P < 0,001$), а после лечения, в 1-й группе - $r = 0,79$, а во второй - $r = 0,95$ ($P < 0,001$). Одновременно выявлена связь в конце срока лечения МК с ФВ - $r = -0,60$ ($P < 0,001$) и $0,81$ ($P < 0,002$), КДИ - $r = -0,51$ и $0,66$ ($P < 0,01$), а также с КСИ - $r = -0,55$ и $0,68$ ($P < 0,01$), соответственно в 1 и 2 –й группах после 3-х месяцев лечения.

Таким образом, проведенные исследования показали, что нарастание уровня МК у больных с бессимптомной формой ГУ может служить важным фактором прогрессирования ИБС и риском развития ОКС. При этом высокий уровень МК у больных с бессимптомной формой ГУ не сопровождается повышением уровня в крови больных ИБС фракций липопротеидов.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Ш.А. Темиркулова, К.Т. Байжанова

Международный казахско-турецкий университет им. Ходжа Ахмад Ясави

Цель исследования: определить целесообразность и необходимость включения санаторного этапа в комплексную программу реабилитации пожилых пациентов с АГ, перенесших ИМ.

Материалы и методы исследования: нами был проведен ретроспективный сравнительный анализ 56 историй болезни пациентов с АГ и ИБС, перенесших инфаркт миокарда старше 65 (основная группа) лет с по-

вторными госпитализациями в году в отделении кардиологии и 30 амбулаторных карт пациентов, сопоставимых по всем параметрам, получивших санаторную реабилитацию (контрольная группа) на период с января 2011 по сентябрь 2013 годы. Критериями включения являлись: возраст старше 65 лет, ИБС, ПИМ различной давности, наличие в анамнезе АГ (более 10 лет) II-III степени с высоким и очень высоким риском. Статистическая обработка материалов исследования проводилась с использованием компьютерных программ EXCEL и STADIA. Вероятность (p) определялась по распределению критерия Стьюдента (t). Существенными считались различия между относительными и средними величинами при $p < 0,05$.

Результаты: в группе пациентов, прошедших санаторную реабилитацию, повышается толерантность к физическим нагрузкам на 8,4%, снижается количество повторных госпитализаций по поводу обострения ИБС на 52,5%, повышается возврат к труду на 4,8%, снижают-

ся выход на первичную инвалидность на 8,5%, частота повторных инфарктов миокарда на 14,9% и инсультов на 35,6%. Уменьшение интенсивности и продолжительности физических тренировок на санаторном этапе реабилитации пожилых пациентов инфарктом миокарда на 40% от рекомендованной нагрузки для пациентов до 60 лет позволяет обеспечить безопасность и эффективность физической реабилитации: уменьшается число неблагоприятных исходов на 6,1%, повышается толерантность к физическим нагрузкам на 9,2%, улучшается качество жизни на 38,7%, повышается приверженность пациентов к рекомендованному лечению.

Таким образом, включение санаторного этапа в программу постстационарной реабилитации пожилых пациентов с АГ и ИБС с инфарктом миокарда способствует улучшению клинического течения постинфарктного периода и прогноза: повышается толерантность к физическим нагрузкам, уменьшается число неблагоприятных исходов.

КЛИНИКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АЛКОГОЛЯ

Г.Д. Тешабаева, О.У. Зияев

Ташкентская медицинская академия

Целью исследования являлось изучение особенностей клиники зависимости от алкоголя, протекающей на фоне аффективных расстройств.

Материалы и методы исследования: для изучения особенностей течения алкогольной зависимости у больных с аффективными психозами за период с 2012 по 2014 гг. клинко-психопатологическим методом было изучено 124 пациента (все мужчины), в возрасте от 22 до 50 лет (средний возраст - $33,8 \pm 5,4$ года). Диагностика состояний проводилась по МКБ-10. В исследование были включены пациенты с МДП (депрессивным или циркулярным типом, различной степени тяжести без психотических симптомов); циклотимией; рекуррентным депрессивным расстройством; шизоаффективным психозом. Диагноз «биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод средней (Б33.00- Р33.01) или тяжелой степени без психотических симптомов (Б31.4)» был установлен у 66 пациентов; при этом его циркулярный тип наблюдался лишь у 24 из них, в остальных 42 случаях заболевание протекало по униполярному депрессивному типу. Циклотимия (Б34.0) была диагностирована у 32 человек. Шизоаффективное расстройство наблюдалось у 26 пациентов (Р25.xx).

Результаты и обсуждения: начало систематического употребления алкоголя больными было отставленным и наблюдалось в возрасте 28-32 лет (средний возраст - $26,6 \pm 1,4$ года). Становление алкогольного абстинентного синдрома (ААС) и рост толерантности, происходили быстро. В большинстве случаев (16 пациентов — 67%) темп прогрессивности алкоголизма: формирование ААС от начала систематического употребления спиртного происходило в течение 4-5 лет. К особенностям ААС относилось преобладание в его структуре аффективных нарушений, которые были выражены больше по сравнению с вегетативными и соматоневрологиче-

скими расстройствами, отличались интенсивностью и длительностью существования (до 2-3 недель), независимо от структуры аффекта (тревога или тоска). Становление стержневого расстройства заболевания — патологического влечения к алкоголю — происходило быстро, в ряде случаев — стремительно (после первых 10-12 эпизодических проб пациенты начинали испытывать осознанное желание употребить алкоголь). Влечение к алкоголю развивалось на аффективно измененном фоне и, независимо от структуры аффекта (тоска или тревога), у подавляющего большинства больных оно усиливалось в опьянении. Исключение составляли лишь тяжелые случаи депрессии, приближающиеся по тяжести к психотическому уровню. У 1/3 пациентов (8 чел.) наблюдалось длительное постоянное употребление алкоголя (более 12-18 месяцев) с дальнейшим формированием ремиссий, достигавших 1,5-2-х лет. У 12 пациентов отмечалась характерная псевдозапойная, а у оставшихся 4-х — постоянная форма злоупотребления алкоголем.

Выводы: наблюдалось быстрое становление основных синдромов алкогольной зависимости, быстро нарастала их тяжесть, темп прогрессивности был высоким. В ААС у этих больных на первых этапах преобладала выраженная дисфория, которая в процессе лечения сменялась пониженным фоном настроения, тоской. Как правило, больные не скрывали осознанного желания выпить. Становление патологического влечения к алкоголю происходило стремительно. В отличие от первой подгруппы, отсутствовало осознание болезни и критика к ней. По мере утяжеления симптомов алкоголизма наблюдалась трансформация аффективных расстройств: в структуре депрессивных приступов ведущее место начинала занимать дисфорическая симптоматика, а маниакальные приступы становились более стертыми, появлялись реже.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ

Г.Д. Тешабаева, Б.А. Аликулов

Ташкентская медицинская академия

Целью данной работы явилось изучение клинических особенностей алкогольных психозов.

Материал и методы: исследование проводилось на базе РНЦ (Республиканский наркологический центр)

г.Ташкента. В исследовании применялся клинико-ка-тамнестический метод. Материалом для исследования послужили медицинские документы пациентов, поступивших в отделение в 2013–2014 гг. В зависимости от диагноза основного заболевания 125 наблюдений были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли больные с диагнозом «алкогольный абстинентный синдром с делирием», во 2-ю — больные с диагнозом «острый алкогольный галлюциноз». Статистическая обработка данных производилась с использованием пакета Excel 2003.

Результаты и обсуждение: у 89 из 125 больных алкогольными психозами (71,2% от общего числа больных алкогольными психозами) была диагностирована II стадия алкоголизма. У остальных 36 пациентов стадия алкоголизма не была определена, однако клиническая картина также соответствовала II–III стадиям. У 121 больного было сформировано запойное пьянство, у 4 — непрерывное употребление. Общее число больных с диагнозом «алкогольный абстинентный синдром с делирием» составило 95 человек (76% от общего числа больных алкогольными психозами), диагноз «острый алкогольный галлюциноз» был установлен у 26 (20,8%) больных, диагноз «корсаковский психоз» — у 2 (1,6%) больных. Психическое расстройство, вызванное употреблением нескольких веществ (алкоголь и психостимуляторы), было диагностировано у 1 (0,8%) больного, алкогольный бред ревности — у 1 (0,8%) больного. Следует также отметить полное отсутствие в структуре алкогольных психозов такой клинической формы, как алкогольный паранойд. Полученные нами данные о

структуре алкогольных психозов в целом совпадают с данными литературы, где доля алкогольного делирия в общей структуре алкогольных психозов составляет 75–92%; алкогольного галлюциноза — 14,29–27,45%.

Из числа 125 больных алкогольными психозами общественно опасные действия совершили 5 (4%) человек, при этом у 4 пациентов наблюдался алкогольный делирий, у 1 — алкогольный бред ревности, суицидные попытки совершили 4 (3,2%) человека, у 3 пациентов был диагностирован алкогольный делирий, у 1 — алкогольный галлюциноз. Не наблюдалось ни одного случая завершённого суицида во время лечения (однако данная статистика не учитывает случаи завершённого суицида до госпитализации).

Выводы: Алкогольные психозы на фоне употребления других ПАВ развиваются в более молодом возрасте, имеют менее благоприятный прогноз. ЧМТ в анамнезе имеется у 42% больных алкогольными психозами. Ее наличие значительно усугубляет течение и прогноз заболевания, влияет на частоту возникновения судорожного синдрома. Алкогольный галлюциноз — наиболее легкая форма алкогольных психозов. Наиболее тяжело протекают корсаковский психоз и алкогольный бред ревности. Преобладание эндоморфной симптоматики, более легкое по сравнению с другими формами алкогольных психозов течение, малая зависимость от возраста и длительности алкоголизма. Также связь с наследственностью, отягощенной психическими заболеваниями, характеризуют алкогольный галлюциноз как атипичную форму алкогольных психозов.

ПОВТОРНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ УДАЛЕНИИ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Б.Т. Тиляков, Х.А. Тиляков, Ф.М. Аскарров

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Определить наиболее оптимальный вариант оперативного лечения, у больных с последствиями неудачных операций по удалению грыжи межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника, и выяснением тактики послеоперационного ведения больных.

Материал и методы исследования. В основу нашей работы вошло 50 больных, с последствиями неудачных операций по удалению грыжи межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника, находившихся на лечении в Самаркандской областной травматологической больнице с 2012 – 2014гг. Возраст пациентов колебался от 25 до 55 лет, большинство больных (38) имело место наиболее работоспособного возраста. Среди больных мужчин было - 33 (61,5%), женщин - 17 (38,%). Все больные поступили в состояние после проведенной им оперативного вмешательства по поводу удаления грыжи межпозвонкового диска поясничного отдела позвоночника. При этом удаления грыжи у большинства больных (36) производилось путем гемии - или расширенной ламинэктомии. При поступлении больные жаловались на боли в пояснице, отдающей в ноги, чувство онемения, мышечный спазм, усиливающейся при вертикальном положении, также чувствительность по типу гипестезии в зоне иннервации корешка, вовлеченного в диск - радикулярный конфликт. Нарушение функции тазовых органов в виде недержания мочи отмечено у 3 больных. Учитывая, клинических данных и результатов томографического исследования все пациенты подвергались повторному оперативному вмешательству. Следует заметить, что у больных - 16 (65,4%)

вновь образованная грыжа диска удалена междуvertebral доступом. Рецидивы грыжи в области проведенной первичной операции у - 13 (46,2%) удаления производилось путем расширенной ламинэктомии с иссечением рубцово-спаечного процесса с освобождением дурального мешка и корешка. У больных - 11 (34,6%) с наличием рубцово-спаечного процесса в области проведенной первичной операции, проводилось также расширенной ламинэктомии с иссечением рубцово-спаечного процесса с освобождением дурального мешка и корешка из рубца. При наличии нестабильности у - 10 (18,2%) проводилось оперативное вмешательство задний спондилодез, у больных L5 – S1 позвонков осуществлялось передний корпородез. У больных оценка хирургического вмешательства при первичной операции у - 18 случаях первично было ламинэктомия, у - 11 случаях гемии-ламинэктомия, а у -21 интерламинэктомия.

Результаты. Впервые сутки после операции было отмечено уменьшение болевого синдрома, регресс неврологических нарушений, повышения социальной адаптации. На 10 сутки после операции выявлена положительная динамика в виде значительного регресса болевого синдрома и корешкового синдрома, а также регресс двигательных нарушений. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 3 мес до 3 лет. Оценка результатов в эти сроки производилось по 3х балльной (хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный) системы последующим критерием: вид неврологических нарушений, наличия болевого синдрома, двигательных нарушений, чувствительные нарушения и

нарушения функции тазовых органов. Хорошим результатом 86,8% отмечено регрессия болевого синдрома, восстановления чувствительности, восстановления функции тазовых органов, исчезновения рефлекторного спазма мышц от признаков нестабильности. Удовлетворительные результаты 9,4% считается умеренные боли в пояснице в ногах требующие временами анальгетиков.

Неудовлетворительные результаты 2 (3,8%) – заметных отклонений в сторону улучшения не наступило.

Заключения. Следует отметить, что тяжесть послеоперационных осложнений напрямую зависит от объема проведенной первой операции при удалении грыжи диска поясничного отдела позвоночника.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГРЫЖИ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Б.Т. Тилаков, Х.А. Тиляков

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью восстановительных мероприятий после операции удаления грыжи поясничного отдела позвоночника являются уменьшение болевого синдрома, укрепление мышц в поясничной области, профилактика образования рубцово-спаечного процесса в зоне операции, профилактика рецидивов грыж.

Материал и методы исследования. В основу нашей работы вошло 50 больных, с последствиями неудачных операций по удалению грыжи межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника, находившихся на лечении в Самаркандской областной травматологической больнице с 2012 – 2014г. Больные были в возрасте от 25 до 50 лет, большинство больных (38) имело место наиболее работоспособного возраста. Всем больным с диагностической целью выполнялись магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ), а при наличии признаков нестабильности поясничного отдела позвоночника дополнительно производилось функциональная рентгенография. Курс реабилитации, проведенные в послеоперационном этапе.

Режим. После операции удаления грыжи не рекомендовано сидеть в течение месяца, исключение составляют лишь приседания, например, в туалете. Начинать ходить надо, наоборот, как можно раньше, с первого второго дня после операции. Главное, не переусердствовать, в течение суток необходимо сделать несколько перерывов по 20-30 минут, чтобы отдохнуть в положении лежа. В первые 2-3 месяца показано ношение полужесткого корсета для профилактики рецидивов грыжи диска и формирования правильной осанки.

Физиотерапия. Через две недели после операции назначают физиопроцедуры. Применяют лазеротерапию, электрофорез лидазы, позже фонофорез гидрокортизона. Выбор в пользу того или иного метода физиолечения зависит от клинической картины, других факторов. Если послеоперационный шов еще недоста-

точно хорошо зажил, можно сразу начинать с электрофореза лидазы для профилактики образования спаек и рубцов. В любом случае реабилитация после удаления грыжи длительный процесс, поэтому рекомендую курс не менее 2-3 процедур подряд.

Лечебная физкультура. Назначается после операции удаления грыжи поясничного отдела позвоночника как можно раньше. Правда, в первые десять дней больному показаны только дозированная ходьба с обязательными перерывами на отдых не менее получаса, сокращение в течение нескольких секунд мышц конечностей и туловища в положении лежа, дыхательная гимнастика. В последующем, в течение первого месяца можно выполнять более активные упражнения лежа на спине и животе.

Массаж. Легкий массаж конечности на стороне поражения можно начинать выполнять уже в первую неделю после операции. Это необходимо при наличии онемения, слабости в ноге, снижении рефлексов, то есть при клинике типичного корешкового синдрома. Массаж пояснично-крестцового отдела позвоночника назначают через 1-1,5 месяца после проведенного оперативного лечения, когда процессы заживления в зоне операции пройдут определенные этапы. В данном случае спешка ни к чему, первая заповедь врача - не навреди.

Результат. Хороший результат составил 86,8%, Удовлетворительные результаты 9,4%, Неудовлетворительные результаты 2 (3,8%).

Таким образом, реабилитации включающих целый комплекс восстановительных мероприятий, у каждого конкретного пациента должен быть индивидуальным, учитывать особенности течения заболевания, послеоперационного периода, возраст, наличие сопутствующих заболеваний.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОЛЮМБАЛЬНОЙ ИНСУФЛЯЦИИ ОЗОНА

Б.Т. Тиляков, Х.А. Тиляков

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Применения восстановительных мероприятий путем эндолюмбальной инсуфляции воздуха, кислорода и улучшать проходимость подпаутинного пространства, уменьшение болевого синдрома, укрепление мышц в поясничной области, профилактика образования рубцово-спаечного процесса в зоне операции.

Материал и методы. В основу нашей работы вошло 50 больных, находившихся на лечении в Самаркандской областной травматологической больнице с 2012 – 2014г. Больные были в возрасте от 25 до 50 лет, большинство

больных (38) имело место наиболее работоспособного возраста. Мы в наших наблюдениях применяли эндолюмбальную инсуфляцию озона. Озон получали по нашей методике (1977), приспособив аппарат для эндолюмбального введения газа. В качестве озонатора применяется искроразрядный высокочастотный аппарат Дарсонваля, вакуумный электрод которого заключен в стеклянный цилиндр. В последний через трубочку поступает кислород из резервуара, под действием высокочастотных искровых разрядов поступающий кислород

(O₂) превращается в озон (O₃), который через стерильные трубочки набирается в шприц и через треугольник с оборудованными клапанами направляется в просвет спинномозговой иглы, находящейся в позвоночном канале. Количество вводимого озона легко определяется с помощью шприца, через который идет озон в позвоночный канал. Для проверки образования озона И.А.Ветохин предложил йодкрахмальную полоску фильтровальной бумаги, которая синее при концентрации свыше 1 %. Наличие озона можно определить без индикатор-лакмуса. Для эндолумбального введения озона производится лумбальная пункция между L 3- L 4 позвонками по общепринятой методике в лежачем положении. Измеряется ликворное давление, после проверки ликвородинамических проб выводятся 10-15 мл ликвора и вводится 20-30 см озона. Больного переключают на спину. При этом газ заполняет переднюю камеру спинного мозга. При переломах поясничных позвонков приподнимается ножной конец больного и озон в основном накапливается в каудальном отделе спинномозгового канала. Курс лечения озоном состоял из 4-5 сеансов по 25 см³ с интервалом 10 дней. Эндолумбальная инсуффляция озона произведена в комплексе с

другими лечебными мероприятиями, особенно в послеоперационном периоде для профилактики спаечно-рубцовых процессов в спинномозговом канале. Это обосновывается характером заболевания, которое в промежуточном и отдаленном периодах приводит к возникновению спаечно-рубцовых процессов. Данная методика достаточно простая и малотравматичная, как оправило, осуществляется без осложнений.

Результат. Хорошим результатом 86,8% отмечено регрессия болевого синдрома, восстановления чувствительности, восстановления функции тазовых органов, исчезновения рефлекторного спазма мышц от признаков нестабильности. Удовлетворительные результаты 9,4% считается умеренные боли в пояснице в ногах требующие временами анальгетиков. Неудовлетворительные результаты 2 (3,8%) – заметных отклонений в сторону улучшения не наступило.

Таким образом, в послеоперационном периоде, проведенные нами комплексные лечебные мероприятия с применением озона, привели к быстрейшему улучшению и восстановлению утраченных функций позвоночника и спинного мозга.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГИНГИВИТОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЭФИРНОГО МАСЛА

И.Ю. Тимофеев, Ю.В. Бобрик

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского

Цель исследования: изучить эффективность использования эфирного масла чайного дерева при восстановительной терапии хронического гингивита.

Материалы и методы исследования: обследовано 33 больных хроническим катаральным генерализованным гингивитом легкой и средней степени тяжести, которые подверглись клиническому, лабораторному и инструментальному обследованию. Возраст обследуемых был 20-44 лет. Все больные разделены на две группы. Первую группу составили 17 человек, которые получали стандартное лечение согласно канонам лечения хронического катарального гингивита (контроль). Вторую группу составили 16 человек, которые получали наряду с базисной терапией и лечение с эфирным маслом (с применением эфирного масла чайного дерева) – основная группа. Наряду с общепринятым клиническим обследованием состояние тканей пародонта оценивалось с помощью пробы Шиллера-Писарева. С помощью пробы Шиллера-Писарева судили о наличии, распространенности и степени выраженности воспалительного процесса. Она основана на прижизненной окраске гликогена йодсодержащим раствором, количество которого увеличивается в эпителии при воспалении. При накоплении гликогена интенсивность окраски возрастает.

Результаты: у пациентов основной группы положительные сдвиги в клинической картине отмечались на 3 сутки лечения, клинические показатели были следующими: исчезновение запаха изо рта и кровоточивости десен отмечали 67,8% пациентов. Значительное уменьшение отечности слизистой оболочки десен наблюдалось у 78,7% больных. У пациентов контрольной группы положительные сдвиги в клинической картине отмечались только на 5-6 сутки, клинические показатели были следующими: исчезновение запаха изо рта и кровоточивости десен отмечали 42,4% пациентов. Значительное уменьшение отечности слизистой оболочки десен наблюдалось у 65,7% больных. При обследовании выяснилось, что проба Шиллера-Писарева в основной группе до лечения слабоположительная в 93,75%, положительная в 6,25%, а после лечения отрицательная в 100%. В отличие от основной группы в контрольной показатели пробы Шиллера-Писарева составили: до лечения слабоположительная – 82,35%, положительная – 17,65%, а после лечения отрицательная в 58,82%, слабоположительная – 41,18%.

Таким образом, использование эфирного масла чайного дерева при лечении хронического катарального гингивита позволяет значительно повысить качество восстановительного лечения пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ В ПЕРИОД РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫМ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ КОРРЕКТОРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Д.Х. Тогаев, Э.Н. Ташкенбаева, Б.С. Касимова, Ф.Ш. Кадырова, Б.А. Муранов, С.А. Арипов, Р.З. Мирзаев, Г.А. Абдиева, А.О. Лахонов, Ф.Ш. Камилова

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Цель исследования: оценить динамику клинического течения и состояние функции эндотелия, во взаимосвязи с уровнем МК при назначении в базовую терапию в период реабилитации лозартана и небиволола боль-

ным стабильной стенокардией (СС) с бессимптомной гиперурикемией (БГУ).

Материалы и методы. Проведено клиническое исследование состояния активности функции эндотелия и пуринового обмена у 100 больных СС, в том числе у 40

ассоциированной с БГУ в возрасте от 38 до 60 ($51,3 \pm 6,12$) лет. Контрольную группу составили 20 условно здоровых лиц. Внутрисердечную гемодинамику у лиц включённых в исследования оценивали эхокардиографически.

Биохимическое исследование венозной крови с определением уровней креатинина (КН), мочевины, МК, уровня экскреции МК в суточной моче проводили на полуавтоматическом биохимическом анализаторе. Исследования проводили в группах: 1-группа ($n=25$) с СС без гиперурикемии, 2-группа ($n=24$) с БГУ леченные лозартаном, 3 и 4 группы ($n=26$ и $n=25$) соответственно леченные небивололом. Лозартан назначали в суточной дозе 25-50 мг, небиволол - 5-7,5 мг.

Результаты и обсуждения. По данным изменений основных гемодинамических параметров у пациентов 1-ой и 3-ей групп исходно регистрировалось умеренное по тяжести проявления АГ (в пределах $159,6 \pm 6,79/98,1 \pm 3,12$ мм рт.ст.), у больных 2-ой и 4-ой группах – более значительное ($167,9 \pm 7,11/98,5 \pm 4,62$ мм рт.ст.). Одновременно отмечалось ремоделирование левого желудочка (ЛЖ), которое проявлялось в частности увеличением показателя КСО, гипертрофией миокарда задней стенки ЛЖ, увеличением ИММЛЖ, нарушенной диастолой (Е/А) сердца. Из 3 и 4-ой групп при включе-

нии в исследование наблюдались симптомы выраженной хронической сердечной недостаточности (ШФК), у остальных наблюдавшихся таковые соответствовали ШФК по классификации NYHA.

В результате терапии лозартаном в дозе 25-50 мг/сут, а также небивололом в дозе 5-7,5 мг/сут существенно снижался уровень САД и ДАД во всех сравниваемых группах, ЧСС, показатели внутрисердечной гемодинамики КДР, КСР, КДО, КСО, ТЗСЛЖ. ИММЛЖ повышал ФВЛЖ и диастолу левого желудочка (Е/А). Курсовая терапия в период реабилитации лозартаном и небивололом обеспечивали положительную динамику показателей нарушенного обмена NO-системы во всех обследуемых группах больных СС. Уровень NO, eNOS, iNOS, ONO_2 , VEGF, ДЭК у больных 3 и 4-ой группах претерпевал существенное изменение, чем в 1-ой и 2-ой группах. В условиях БГУ у больных ИБС лозартан и небиволол не влияли существенно на уровень КН, экскрецию МК с мочой, показатель СКФ.

Изменение содержания МК в крови сочетающееся с динамикой изменения его с параметрами NO-системы, внутрисердечной гемодинамики под влиянием терапии в период реабилитации лозартаном и небивололом свидетельствуют о важной роли высокого содержания МК в патогенезе и прогрессировании ИБС у больных с БГУ.

РОЛЬ ФЕРМЕНТА МЕТАБОЛИЗМА КСЕНОБИОТИКОВ ГЛУТАТИОН-S-ТРАНСФЕРАЗЫ В ТЕЧЕНИИ ТОКСИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Л.Д. Тодорико

Буковинский государственный медицинский университет

Цель работы: оценить распространенность токсичных гепатитов, исследовать влияние полиморфизма генов системы детоксикации ксенобиотиков (GSTM1 та GSTT1) у больных химиорезистентным туберкулезом легких.

Материал и методы: обследовано 84 больных с впервые диагностированным туберкулезом легких с различной чувствительностью к химиопрепаратам (63% мужчин, 37% женщин; средний возраст $45,6 \pm 1,2$ года). Клинические, лабораторные, микробиологические, иммунологические, иммуноферментные, инструментальные, статистические.

Результаты и выводы: наиболее типичными для токсического гепатита, который развился вследствие полихимиотерапии при ТБ легких, являются жалобы на дискомфорт и тяжесть в правом подреберье, которые беспокоят больше половины больных. У больных доминировали симптомы: гепатомегалия – 87 (70,73 %), интоксикационный – 64 (52,03 %), астено-вегетативный – 84 (68,29 %), диспепсический – 58 (47,15 %), желтушный – 53 (43,08 %), мезенхимально-воспалительный – 43 (44,2%). У больных химиорезистентным туберкулезом (ХРТБ) легких с токсическим гепатитом доминировал распространенный деструктивный туберкулез – у 67,4 % случаев; с бактериовыделением – у 63,48 % случаев. Мультирезистентный ТБ легких диагностирован у 73,08 % лиц. Иммунологическая реактивность организма была снижена у 76 % больных. Плохая переносимость препаратов наблюдается у 69,11 % случаев. Установлено, что факторами риска токсического поражения печени при приеме противотуберкулезных препаратов у больных с ХРТБ являются: возраст старше 60 лет; концентрация альбумина в сыворотке крови меньше 35 г/л; женский пол;

увеличение показателей билирубина и раньше диагностированные хронические заболевания печени; положительный тест на HBsAg; использование значительного количества препаратов согласно стандарта, в т.ч. и с включением пиразинамида; злоупотребление алкоголем. Степень выраженности гепатотоксичности при приеме ПТП в значительной мере обусловлена индивидуальным полиморфизмом больных за генами ферментов метаболизма ксенобиотиков глутатион-S-трансферазы (GSTM1 та GSTT1). Сведения о связи полиморфных вариантов генов ферментов метаболизма ксенобиотиков глутатион-S-трансферазы с показателями печеночной функции могут быть использованы при назначении программ химиотерапии с целью предупреждения проявлений гепатотоксичности. Показано, что гидразин, который образуется вследствие гидратизации изониазида, имеет тенденцию к накоплению особенно у больных с GSTM1-null генотипом, а при наличии гена GSTM1 подобный эффект не наблюдается. Исследования ассоциации среди лиц европейской расы выявили повышенную частоту гепатотоксических осложнений у больных легочным ТБ с GSTT1-null генотипом, а при наличии гена GSTM1 подобный эффект не наблюдается.

Выводы: изучение полиморфизма генов GTTM1 та GSTT1, которые отвечают за метаболизм лекарственных препаратов, проявляющийся различной эффективностью химиотерапии и наличием различных побочных эффектов медикаментозной нагрузки со стороны гепато-билиарной системы является достаточно перспективным в практическом применении у больных туберкулезом легких с целью составления программы реабилитации.

ИНГАЛЯЦИОННОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Л.Д. Тодорико, И.А. Семьянин, Т.И. Ильчишин

Буковинский государственный медицинский университет

Цель работы: оптимизировать лечение больных туберкулезом легких (ТБ) с сопутствующим поражением гепато-билиарной системы.

Материал и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 100 историй больных туберкулезом легких находящихся на стационарном лечении в Черновицком областном противотуберкулезном диспансере.

Результаты: одним из основных принципов антимикобактериальной терапии туберкулеза является длительный и непрерывный прием противотуберкулезных препаратов (ПТП), что обуславливает повышение токсического воздействия их метаболитов. Среди изученных нами пациентов, изменения со стороны гепато-билиарной системы были обнаружены у 55 больных туберкулезом легких, из которых: 63 % хронический холецистит, 9 % хронический гепатит, 45 % диффузные изменения печени.

Общей особенностью противотуберкулезной терапии при заболеваниях печени является в 4 раза более частое развитие и значительно более тяжелое течение медикаментозных гепато-токсических реакций с закономерным более существенным повреждением органов гепато-билиарной системы. Это обусловлено суммационным эффектом неблагоприятного влияния вирусной инфекции или постинфекции и противотуберкулезных препаратов. Кроме этого, для больных туберкулезом с признаками активной репликации вируса характерен более тяжелый специфический процесс (выраженный экссудативно-некротический характер воспаления) и замедленный регресс специфических изменений в легких, что определяет неблагоприятный прогноз и требует внесения существенных корректив в противотуберкулезную терапию. Нарушение функции и структуры

печени у больных туберкулезом могут быть следствием воздействия туберкулезной интоксикации, гипоксемии, приема противотуберкулезных препаратов, сопутствующих заболеваний, туберкулезного поражения гепато-билиарной системы, индивидуальной активности метаболических процессов. Существует и обратная зависимость: присоединение патологии печени к легочному заболеванию усугубляет нарушения вентиляции и газообмена, что обусловлено повреждением клеток ретикулоэндотелиальной, сердечно-сосудистой систем, и нарушением функции гепатоцитов. Для улучшения терапевтического эффекта и уменьшения токсического воздействия на гепато-билиарную систему у таких больных, рекомендуется применение ингаляционного введения противотуберкулезных препаратов. Очевидные преимущества ингаляционной терапии включают: возможность непосредственного и быстрого воздействия на зону воспаления в слизистой оболочке; ориентация на альвеолярные макрофаги, несущие микобактерии; снижен риск системной токсичности; влияние аэрозоля на большую поверхность слизистой дыхательных путей, что приводит к увеличению фармакокинетической активности лекарств и быстрому развитию терапевтического эффекта; небулайзеры доставляют в мелкие бронхи и альвеолы до 70% респираторных фракций аэрозоля; улучшения соблюдения пациентом приема препаратов.

Таким образом, применение небулайзерной терапии у больных туберкулезом легких приведет к снижению развития осложнений со стороны гепато-билиарной системы и отсутствию системного эффекта антимикобактериальной терапии у таких пациентов, что в дальнейшем существенно улучшает реабилитацию таких больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Э.С. Тоиров, М.М. Эргашова, Ш.Н. Худойкулова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить непосредственную клинико-лабораторную эффективность физиотерапевтических процедур у больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы: обследованы 168 больных: средний возраст – 42,1±1,3 лет, продолжительность заболевания – 6,5±0,5 лет. Низкая активность патологического процесса была диагностирована у 44(26,2%), средняя – у 73(43,5%), высокая у 51(30,4%) больных. I рентгенологическая стадия РА установлена у 4(2,4%), II стадия – у 71(42,3%), III стадия – у 63(37,5%), IV стадия – у 30(17,9%) больных. Функциональная способность у 34(20,2%) больных была сохранена. У 64(38,1%) установлена первая, у 55(32,7%) – вторая, у 15(8,9%) – третья степень нарушения функциональной способности. В зависимости от метода лечения больные разделены на 4 группы: I группа больных лечилась только нестероидными противовоспалительными и базисными препаратами (14 больных), II – базисными и гормональными средствами (31 больной). III группа больных получали один из следующих видов физиотерапевтического лечения: ультрафиолетового, лазерного облучения суставов, электрофорез лекарственных препаратов или светолечение (71 больной), IV – ИК облучение (52 больных) суставов.

Результаты: проведенный курс стационарного лечения, сопровождался уменьшением признаков суставного синдрома: повседневным снижением интенсивности боли и утренней скованности в суставах, уменьшением отека суставов и увеличением объема движений. Положительная динамика суставных показателей сопровождалась улучшением общего состояния больных, повышением их настроения, аппетита и снижением признаков невротической напряженности. После курса лечения во всех группах больных отмечалось достоверное снижение отека и боли в суставах, увеличение объема активных и пассивных движений. Перед выпиской продолжительность утренней скованности в суставах уменьшилась в 2,6 раза и составила 56,5±3,2 мин (P<0,02). После лечения также уменьшались показатели болевого индекса (с 2,4±0,02 до 1,1±0,016, P<0,02), количество пораженных суставов (с 9,1±0,4 до 4,2±0,3, P<0,05) и увеличилась манипуляционная спо-

способность кистей (с $66,8 \pm 5,4$ до $87,3 \pm 6,2\%$, $P < 0,05$). Это сопровождалось снижением показателя теста П.Ли ($14,5 \pm 1,2$ до $7,7 \pm 0,5$ б, $P < 0,05$). По сравнению с больными других групп, наилучшие показатели суставного симптома были зарегистрированы у больных III и IV группы. Наряду с клиническим эффектом, проведенный курс лечения способствовал улучшению ряда лабораторных показателей активности воспаления: СОЭ (до $20,4 \pm 2,1$ мм/ч, $P < 0,05$), фибриногена (до $2,5 \pm 0,2$ ммоль/л, $P < 0,05$), сиаловых кислот (до $0,24 \pm 0,02$ ммоль/л, $P < 0,05$) и ДФА-реакции (до $0,21 \pm 0,02$ ед., $P < 0,05$). После лечения у больных первой и второй группы содержание сиаловых кислот, показатели ДФА-реакции и СОЭ все еще были выше, чем в контрольной группе. Лишь включение в комплекс терапии физиотерапевтических методов способствовало достоверному снижению показателей фибриногена и ДФА-реакции. После окончания курса во всех группах больных РА было зарегистрировано понижение содержания циркулирующих иммунных комплексов. Однако, у больных первой ($83,2 \pm 3,1$ ед) и вто-

рой ($88,2 \pm 2,3$ ед) группы степень снижения ЦИК оказалась статистически недостоверной ($P > 0,5$). Применение курса физиотерапевтических методов (III группа) суставов также не способствовало достоверному снижению ЦИК. Только, у больных IV группы степень снижения иммунных комплексов была наиболее ощутимой (в 1,3 раза, $P < 0,05$).

Выводы: проведенные клиничко-лабораторные исследования свидетельствуют об эффективности ИК облучения суставов, который является высокоэффективным в лечении суставного синдрома при РА. Низкоинтенсивные ИК лучи в период разгара воспалительного процесса не ухудшает состояние больных, а напротив, способствует более быстрому снижению отечности суставов, степени боли и тем самым, благоприятному течению заболевания. Такой эффект резонансной терапии выражен у больных РА - с низкой и средней степенью воспалительной активности и не вызывает побочных явлений.

ВЛИЯНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ МОЗГА НА БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

Ф.М. Туляганова, Ф.И. Хамрабаева

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель исследования: сравнительное изучение клинической эффективности транскраниальной стимуляции, атипичных нейролептиков и их комбинации при лечении больных с синдром хронической головной боли (ХГБ).

Материал и методы исследования: в исследованиях участвовали 12 пациентов с ХГБ. Проведено исследование эффективности ТЭС-терапии опиоидных систем мозга в комплексном лечении с сульпиридом (просульпин) 50 мг per os (1 группа- 8 пациентов) и с амитриптилином 25 мг per os (2 группа- 4 больных). Курс лечения состоял из 5-15 процедур длительностью 25-45 минут, проводился аппаратом "Трансаир-02". Воздействовали через фронто-мастоидальные электроды импульсным током 1-2 мА, частотой 77 Гц, длительностью импульса 35 мс с учетом индивидуальной переносимости.

Результаты: комбинация ТЭС с небольшими дозами сульпирида (просульпин) оказывала сходное, а по некоторым показателям более выраженное влияние на параметры головной боли, по сравнению с монотерапией сульпиридом. Через три месяца лечения сокращение на 50% и более ежемесячного количества дней с головной болью отмечено у 70,5% пациентов этой группы, из них 8 (66,6%) больных принимали 50 -100 мг сульпирида

(просульпин) в комбинации с ТЭС, и 4 (44,4%) - 25 мг амитриптилина в сочетании с ТЭС. Уменьшение индекса головной боли было достоверно большим в группе больных получавших ТЭС в сочетании с сульпиридом (просульпин). У 75% больных, получавших комбинацию ТЭС с традиционными нейролептиками, и 85% - ТЭС с сульпиридом (просульпин), отмечено уменьшение потребления анальгетиков и триптанов до 1 дня в неделю и восстановление чувствительности к анальгетикам и триптанам. Положительный лечебный эффект сохранялся у большинства больных в течение 1-2 месяцев. Количество побочных эффектов зарегистрированных в этой группе было незначительным.

Таким образом, сульпирид (просульпин) блокируя дофаминергические D2 и D3 рецепторы воздействует на неостриатную систему, оказывая антидепрессивный, вегетостабилизирующий и антипсихотический эффекты, потенцирует анальгетическое действие ТЭС, а также эффективен при лечении ХГБ и абוזусной цефалгии. Хорошая переносимость, высокая безопасность и быстро развивающийся положительный клинический эффект комбинации ТЭС с сульпиридом (просульпин) позволяет рекомендовать этот способ лечения у больных с ХГБ и абוזусной головной болью.

ОПТИМИЗАЦИЯ ФУНКЦИИ ОБМЕННЫХ МИКРОСОСУДОВ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ КРЫС ПОСЛЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОТРАВЛЕНИЯ

З.Б. Тунгушбаева, Д.К. Айдарбаева

Казахский Национальный педагогический университет

Цель работы: оптимизировать функции эндотелиоцитов обменных микрососудов глубоких шейных лимфатических узлов крыс Тагансорбентом после хронического отравления хлористым кадмием.

Материалы и методы исследования: для решения поставленной задачи были проведены опыты на белых крысах породы «Вистар». Для создания экспериментальной модели хронического отравления ежедневно в течение 2,5 месяцев в утренние часы (8-9 часов) в стандартный виварный рацион добавляли хлористый кадмий из расчета 1,5 мг на 1 кг веса. Были 3 группы животных: первая - контрольная; вторая - с экзотоксикозом;

третья - после экзотоксикоза получившие Тагансорбент 1,0 мг на 1 кг веса. Изучение животных первой и второй группы проводилось после окончания хронического отравления животных в течение 2,5 месяцев и в третьей группе позже на 30 дней, так как принимали Тагансорбент. После декапитации животных материал фиксировали в растворе по Телесницкому. Подготовку образцов проводили по общепринятой методике.

Результаты: при исследований установлено наличие дистрофических изменений в цитоплазме и отека клеток в эндотелиоцитах обменных микрососудов во вто-

рой группе животных. Отмечено значительный отек и расширение интерстициальных пространств. Морфометрический анализ эндотелиоцитов кровеносных капилляров выявил значительное расширение цистерн гранулярного эндоплазматического ретикулума (ГЭР) и комплекса Гольджи по сравнению с контрольной группой. При этом объемная плотность ГЭР и митохондрий возрастали на 48% у животных второй группы. Численная плотность прикрепленных и свободных полисомальных рибосом уменьшалась на 43%. Снижалась объемная плотность микропиноцитозных везикул, отражающих интенсивность транспортных процессов в клетках. Объемная плотность базальных микропиноцитозных везикул снижалась на 57%, люминальных – на 54%, цитоплазматических – на 56%. А также, уменьшалось количество микроворсинок на апикальной поверхности эндотелиоцитов на 80%. Морфометрический анализ при применении Тагансорбента показало, что объемная плотность ГЭР достоверно не отличалось от значения контрольной группы. Объемная плотность митохондрий превышало на 10%. Численная плотность прикрепленных и свободных полисомальных рибосом уменьшено на 24% и 24% соответственно. Объемная плотность базальных микропиноцитозных везикул снижен на 17%, люминальных – на 14%, цитоплазматических – на 16%. На апикальной поверхности эндотелиоцитов уменьшено количество микроворсинок на 18%.

Таким образом, установлено однонаправленные структурные изменения в эндотелиоцитах обменных микрососудов лимфатических узлов животных при отравлении хлористым кадмием. У животных второй группы отмечали сохранение дистрофических процессов в эндотелиоцитах кровеносных капилляров, связанных с набуханием цистерн ГЭР, снижением их белок-синтетической и частично транспортной функции. Об этом свидетельствовало возрастание объемной плотности мембран митохондрий, снижение количества рибосом, числа цитоплазматических микропиноцитозных везикул и микроворсинок. 30-дневное использование Тагансорбента оказывало протективное действие на функциональную организацию эндотелиоцитов кровеносных капилляров лимфатических узлов – исчезали набухание митохондрий, цистерн ГЭР и клеток в целом, восстанавливались объемные плотности люминальных и цитоплазматических микропиноцитозных везикул, по-видимому в связи с тем, что дальнейшее действие оказывали сорбционные свойства препарата. Однако не восстанавливалась белок-синтетическая функция эндотелиоцитов, связанная как с синтезом на “экспорт”, о чем свидетельствовало снижение численной плотности прикрепленных рибосом. Вероятно, данный факт был обусловлен неполным выведением солей кадмия из организма.

БОЛАЛАРДА СОН СУЯГИ СИНИШЛАРИДА КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШДАН СЎНГГИ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Б.Т. Тураев, З.М. Яркулов

Самарқанд давлат тиббиёт институти

2011-2014 йиллар давомиди шифохона ўтқир болалар травматология бўлимида 186 та болалар сон суягини синишлари бўйича мурожат қилиб стационар шароитда даволанган. Шундан 1 ёшдан 3 ёшгача - 27 та бола, 3 ёшдан 6 ёшгача 39 та бола, 6 ёшдан 12 ёшгача - 49 та бола, 12 ёшдан 15 ёшгача - 71 та бола ётқизилган. Болалар ёшига нисбатдан турли хил тана тортмасидан фойдаланиб стационарда даволанган. 1 ёшдан 3 ёшгача Шеде бўйича ўртача 18 кун. Сўнгра чанок – сон гипсли боғламада фиксация қилиниб уйига жавоб берилган. 1,0 ой муддат ўтгач, сўнгра гипсли боғлама ечилиб кўрилганда чанок –сон тизза ва ошиқ болдир бўғимлари контрактураси ва мушаклари атрофияси аниқланди. Беморларни даволашда букувчи контрактураларни бартараф қилишда тизза ва ошиқ болдир бўғимларига валиклар қўйилиб, умумий қувватловчи машқлар, даволаш физкултураси буюрилди. Даволаш физкультура хоналарида 20 минутдан 60 минутгача 1 кунда 2 марта ўтказилди. Кўрсатма бўйича массаж тавсия қилинди. Ионофарез (KJ+2% sol. Novocaini №5), ҳамда бўғимларга парафин аппликациялари №5 та буюрилди. Ўтказилган реабилитация натижалари оқибатида 8-10 кундан сўнг бўғимлар кантрактурасини 70% гача бартараф қилинди. 3 ёшдан юқори бўлган болаларда скелет тана тортмасидан фойдаланиб стационар шароитда даволанди. 3

ёшдан 6 ёшгача 24-26 кун, 6 ёшдан 12 ёшгача 30-32 кун, 12-15 ёшгача 36-40 кунгача синиқни классификация бўйича ушлаб турилди. Натижаси рентген тасвирига караб бахоланиб гипсли иммобилизацияга утказилди. 3 ёшдан 6 ёшгача 32 кун, 6-12 ёшгача 40 кун ва 12-15 ёшгача 50-55 кун чанок сон гипсли боғламада фиксацияда ушлаб турилди. Гипсли боғлама ечилгандан сўнг келиб чиққан иммобилизацияли кантрактура ва мушаклар атрофияси реабилитация бўлимида режали равишда даволанди. 3 ёшдан 6 ёшгача реабилитация даво муолажалари 15-16 кун, 6-12 ёшгача 22-25 кун, 12-15 ёшгача болаларга 32-35 кун реабилитация даво муолажалари утказилиб оёк иш фаолиятини 70% тиклашга эришилди.

Болаларда сон суягини консерватив даволашда дастлаб кулланиладиган тана тортмаси ёрдамида суякда кадох хосил булгунча ушлаб туриш сўнгра чанок сон гипсли боғламада фиксация қилиш уз-уздан чанок-сон тизза ва ошиқ болдир бўғимларида букувчи кантрактура ва мушаклар атрофиясига олиб келади. Беморга гипсли боғлама ечилгандан сўнги утказилаган реабилитация муолажалар канча эрта ва тугри бажарилиши болаларда оёқларини иш қобилятини тез тиклашга эришилади.

БОШ МИЯ ЖАРОҲАТЛАРИ АСОРАТЛАРИНИ ТИББІЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА ФИЗИОТЕРАПЕВТИК УСУЛЛАРГА ЭҲТИЁЖЛИК

А.Т. Турдиев

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти

Изданиш мақсади: Бош мия жароҳатлари асоратида ногиронликни олдини олишда ва уларни тиббий-ижтимоий реабилитациясида тиббий реабилитация-

нинг ўрни каттадир. Камида 80%-100% бемор ва ногиронлар тиббий реабилитацияга, шу жумладан физиотерапевти усуллар билан даволанишга муҳтож бўлади-

лар. Тиббий реабилитацияга тиклаш терапияси кириб уни ўтказиш стационар, поликлиника, физиотерапия стационарлари, реабилитация марказлари, санаториялар ва курортларда олиб борилади.

Тиббий реабилитацияда бундай юқори кўрсаткич ушбу касалликларда турли асоратларни келиб чиқиши, уни турғунлаштириш ва кўп ҳолларда ногиронликка олиб келишидир.

Изданиш материаллари ва услублари: Врачлик маслаҳат комиссиари ва ТМЭКларнинг маълумотларига қараганда (2000 дан ортиқ бемор ва ногиронлар) узоқ муддат касал бўлувчи ва тез-тез тиббий ёрдамга мурожаат қилувчилар 82-85% гача диспансер кузатувга мухтож бўладилар, шу жумладан I-II гуруҳ ногиронлари эса 100% га, III гуруҳ ногиронларида эса 67% ни ташкил қилади.

I гуруҳ ногиронлари стационар даволанишда тиклаш терапиясига 100%, психотерапияга 92% мухтож бўладилар. II гуруҳ ногиронлари стационар даволанишга 82%, амбулатор тиклаш терапиясига 80%, психологик коррекцияга 95%, санатор-курорт шароитда даволанишга 75% мухтож бўладилар. III гуруҳ ногиронлари эса амбулатор тикланиш терапиясига 88%, психологик коррекцияга 96%, санатор-курортда даволанишга 100% мухтож бўладилар.

Юқорида қайд қилинган маълумотлардан кўриниб турибдики, ногиронлик статусига ўтказилгандан кейин беморлар аниқ кўрсатмалар асосида тиклаш терапияси билан биргаликда физиотерапия усулларида фойдаланишлари керак. Амалиётда ТР ва ФТ ИТИ даволаниб чиққан ва келгусида ногиронлик белгилар учун мурожаат қилган, шунингдек, ВМКда ҳисобда турган беморлар ўрганилди. Улардан йод билан гидроаэроионизация, бош, бўйин ва елка камарига ДМВ билан даволаш

(20 Вт, 10 мин, кунда, курсга №10), магнитотерапия, лазеротерапия, игна билан даволаш, ванналар, циркуляр душ, уқалаш, даволаш жисмоний машқлари (ДЖМ) ва б олганларни ажратиб олинди.

Олинган маълумотлар: ДМВ даволашни мия қутиси гипертензиясини пасайтиришга, кўзғалиш ва тормозлаш жараёни турғунлаштиришга, қон томирларни (асосан артериолаларни) кенгайтиришга, микроциркуляцияни яхшилашга олиб келишини эътиборга олсак унинг самарасини шу турдаги ҳолатларда яхшиланишида кўришимиз мумкин. Узоқ йиллардан бери ушбу усулни бош мия жароҳатларида (постравматик лептоменингитда) қўллашимиз (87-88 йиллардан бошлаб) яхши самара берганини кўрмоқдамиз. Даволаш ва тиббий реабилитациянинг яна бир хусусияти унинг кумулятивлигидадир, яъни уни даволаш самараси 6-9-12 ойгача давом этиши мумкиндир.

Магнитотерапияни бўйин қисмига 30 МТл дан 30 минутгача ҳар куни курсга 20-30 марта бериш мумкин. Унинг самараси юмшоқроқ бўлиб узоқ қўллашни талаб этади. Ушбу усулларни ванналар, душ, уқалаш ва ДЖМ билан қўллаш унинг самарасини мустаҳкамлайди ва узайтиради. Ушу усулларни узоқ йилларда самарасини баҳолашда бош оғриғини регресси, мия қутисини гипертензияси, неврологик белгиларни регрессига қараб баҳоладик ва ногиронлик динамикаси ўрганилди. Натижада 45% да кучли ва 25% яхши самара кузатилди.

Хулоса: Олинган маълумотлардан шунини хулоса қилиб айтишимиз мумкинки, бош мия жароҳатлари асоратларини тиббий реабилитацияси жараёнида физиотерапия усуллари комплекс қўллаш яхши самара беради ва асоратларни олдини олишга, шу жумладан ногиронликни олдини олишга ёрдам беради.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Н.О. Тураева, Х.М. Маматкулов, Ф.Х. Маматкулова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: исследовать возможности и эффективности ультразвуковой терапии при различных клинических формах хронической пневмонии у детей.

Материал и методы исследования: обследовано 50 больных детей в возрасте от 3 до 15 лет с хронической пневмонией, из них у 30 детей выявлено деформация бронхов, у 20 – мешотчатые и цилиндрические бронхоэктазы. Ультразвуковую терапию проводили аппаратом «УЗТ-101Ф» (частота 880 кГц) в импульсном режиме, по подвижной методике, озвучивали зоны тимуса, паравerteбральные и заднебоковые поверхности грудной клетки-0,2 Вт/см² интенсивность по 2 мин. На каждое поле, 10 процедур на курс, проводимых ежедневно.

Результаты: установлено, что ультразвук в малых дозировках оказывает болеутоляющее, сосудорасширяющее, активирующее, десенсибилизирующее действие, улучшает крово- и лимфообращение. После двух- трёх процедур ультразвуковой терапии отмечалось уменьшение симптомов интоксикации, дыхательной недостаточности, улучшалось самочувствие и настроение, кашель с выделением мокроты резко уменьшался на 5 ± 1,2 день у 95% больных, в группе сравнения на 10 ± 2,21 день лечения. Значительная динамика физикальных изменений в лёгких наблюдались у больных детей,

получавших ультразвуковую терапию ($p \leq 0,5$) по сравнению у детей с общепринятой терапией хрипы выслушивались и при выписке из стационара. Высокая эффективность использования ультразвуковой терапии у больных с хронической пневмонией подтверждалось результатами исследования функции внешнего дыхания в сравниваемых группах. После сочетанного применения ультразвуковой терапии вентиляционная недостаточность значительно уменьшалась по сравнению с группой получавших общепринятую терапию ($p \leq 0,05$, $p \leq 0,001$). Сравнивая иммунологические показатели у больных детей с хронической пневмонией получавших ультразвуковую терапию можно отметить положительную динамику этих показателей, причем имели тенденцию к нормализации фагоцитарной активности нейтрофилов, иммуноглобулины всех классов и антигенсвязывающие лимфоциты в легочной ткани.

Таким образом, применение ультразвуковой терапии у больных детей с хронической пневмонией способствует более быстрому купированию клинических симптомов заболевания, улучшению показателей функции внешнего дыхания, показателей иммунного статуса, что позволяет повышению эффективности комплексного лечения.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ В СОЧЕТАНИИ ЭТИЛМЕТИЛГИДРОКСИПИРИДИН СУКЦИНАТОМ

М.Ш. Тургунова, А.И. Нурмухамедов, А.Х. Абдуллаев, Б.А. Аляви, Р. Бекнурова

Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр
терапии и медицинской реабилитации,
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель: изучить в сравнительном аспекте влияние ЗГТ и её сочетания с этилметилгидроксипиридин сукцинатом на реабилитацию женщин с климактерическим синдромом (КС).

Материал и методы исследования: наблюдали женщин с КС в возрасте от 40 до 55 лет, с давностью заболевания от 1 до 10 лет. I группа(40) – пациентки получали монотерапию индивидуально подобранными дозами ЗГТ - фемостон(1/10,2/10,1/5, АВВОНТ), пациентки II группы(30) - сочетание ЗГТ с этилметилгидроксипиридина сукцинатом – препаратом Элфунат (Dr.Sertus) – по 2 мл(100мг) 2 раза в день в/м, курсами. По основным терапевтическим диагнозам, жалобам, возрасту и давности заболевания - группы были идентичными. Контроль за эффективностью лечения осуществляли динамическим наблюдением за общеклиническими показателями, липидами, половыми гормонами(фолликулостимулирующим(ФСГ) и эстрадиолом), коагулограммой, а также результатам ультразвукового исследования(УЗИ) органов репродуктивной системы в результате 1, 3 и 6 месячного курсов лечения у 70 пациенток.

Результаты: до лечения основными проявлениями КС у пациенток были сердечнососудистые расстройства - сердцебиение, кардиалгии, лабильность артериального давления, а также нервозность, бессонница, головные боли, головокружение и приливы жара. В процессе лечения больные обеих групп отмечали улучшение общего состояния, проявившееся в значительном уменьшении или исчезновении жалоб, значительном улучшении настроения, повышении/восстановлении трудоспособности и как, следствие - качества жизни. У больных II - группы, лечение которых ЗГТ дополнялось Эл-

фунатом значительно раньше (уже в конце 1 го курса) наблюдалась положительная динамика с улучшением общего состояния и вышеуказанных расстройств. Полученный эффект сохранялся в течение 2-3-х месяцев, что позволяло проводить повторные курсы реабилитации Элфунатом через каждые 3 месяца. Данные динамического изучения общеклинических показателей, липидов, ФСГ и эстрадиола, коагулограммы и результаты УЗИ через 3 и 6 месячных курсов реабилитации у 70 пациенток дали благоприятные результаты. Сочетание ЗГТ и Элфуната приводило к нормализации показателей липидов, коагулограммы, что особенно желательно в реабилитации женщин репродуктивного возраста. Элфунат, являясь препаратом выбора, оказывает антиоксидантное, антигипоксическое, мембранопротекторное, гиполипидемическое и ноотропное действия. Он, хорошо проникая из кровеносного русла в органы, быстро оказывает свое благоприятное воздействие. При этом у пациенток улучшается микроциркуляция и реологические свойства крови, снабжение тканей кислородом и питательными веществами, что, на наш взгляд, несомненно, уменьшает побочные эффекты, связанные с приемом ЗГТ, улучшает её переносимость. Учитывая, что при реабилитации пациенток с КС необходим длительный прием ЗГТ, указанные свойства Элфуната способствуют не только улучшению переносимости ЗГТ, но и позволяют предупредить развитие кардиваскулярных заболеваний.

Таким образом, использование препарата Элфунат в комбинации с ЗГТ открывает новые возможности в лечении и реабилитации женщин с КС.

БЕЛ УМУРТҚАЛАРИ ОСТЕОХОНДРОЗИНИ ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА ФИЗИОТЕРАПЕВТИК УСУЛЛАРНИ САМАРАДОРЛИГИ

А.Т. Турдиев

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти

Изланиш мақсади: Катта ёшдаги фуқаролар орасида бел умуртқалари остеохондрози касаллиги ва унинг натижасида келиб чиқаётган ногиронлик ҳозирги кунда ўзининг долзарблиги билан ажралиб туради. Бунда ногиронликни оғир гуруҳларини белгилаш уларга кўрсатилаётган ижтимоий ҳимоя чоралари албатта катта иқтисодий ҳаражатларга олиб келади. Ушбу турдаги ногиронларни тиббий реабилитациясида дори-дармон билан даволаш ва реконструктив жарроҳлик амалиётларини ўз вақтида ва комплекс даволаш мажмуида ўтказиш юқори самара беради. Тиббий реабилитация тадбирлари ичида физиотерапевтик усулларни патогенетик даволаш таркибида кенг қўллаш яхши самара беради. Изланишнинг мақсади ушбу турдаги касалликларда тиббий реабилитация таркибида физиотерапевтик усулларни қўллаш реабилитацияда унинг самарасини баҳолашга қаратилган.

Изланиш материаллари ва услублари: Ногиронларни реабилитация қилиш ва протезлаш миллий марказининг асаб касалликлари бўлимида 240 нафар беморга ўтказилган тиббий реабилитация давомида ком-

плекс даволаш таркибида физиотерапевтик усулларни самарасига баҳо берилди. Даволаш давомида бир гуруҳ бемор ва ногиронларга дори-дармон билан даволаш ва жарроҳлик амалиёти ўтказилган бўлса (130 нафар-контрол гуруҳ), иккинчи гуруҳга (110 нафар-синалаётган гуруҳ) эса дори-дармон, жарроҳлик амалиёти ва физиотерапевтик усулларни эътиборли реабилитация даврида (амалиётдан 2-4 ой кейин) ўтказилди. Физиотерапия усулларида: магнитотерапия (30 мТл, кунда 25-30 мин, №10), синусоидал модуллашган тоқлар, дорилар билан электрофорез, ультратовуш қўлланилди.

Бемор ва ногиронлар Освестров Ҳаёт фаолиятини чекланиши картасини тўлдиргандан кейин унинг таҳлилига қараб тиббий реабилитацияни самарасини баҳолашга киришилди.

Олинган маълумотлар: Икки гуруҳ бемор ва ногиронларни зарарланган соҳадаги оғриққа шикоят, уни давомийлиги, дори-дармон билан камайишига эътибор қаратилди.Шунингдек неврологик белгилардаги ўзгаришларга эътибор берилди.Даволаш натижасида кон-

троль гуруҳига қараганда синалаётган гуруҳда оғрик $10,1 \pm 0,2$ пункта пасайди. Шунингдек ногиронларда ҳаёт фаолиятини чекланиш даражасини тикланишига қараб реабилитация самараси баҳоланди.

Бунда: ўз-ўзига хизмат кўрсатиш фаолияти эса (5 баллик ҳисобда) $1,9 \pm 0,2$ баллга, мустақилол ҳаракатланиш $1,5 \pm 0,2$ баллга, меҳнат фаолияти билан шуғулланиш $1,8 \pm 0,1$ баллга, ўтириш қобилияти $2,0 \pm 0,1$ баллга, тик туриш $1,8 \pm 0,2$ баллга, уйқуни бузилиши $1,8 \pm 0,2$ баллга пасайди.

Хулоса: Тиббий реабилитацияда физиотерапия усуллари қўлланиши касалликни хуружини 6-12 ойга

узайтиргани ва шу даврда неврологик белгиларни регрессини турғунлиги самарани контроль гуруҳга нисбатан турғунлиги ва давомийлигини билдирди. Демак, физиотерапияни кенг қўлланиши тиббий реабилитацияни самарасини оширди. Шу билан бирга келгусида илмий изланишларни ҳар бир физик факторнинг бел умуртқалари остеохондрозид ва шу касалликда жароҳлик амалиётлари ўтказилганда қўллаш, самарадорлигини баҳолаш мезонларини, уни турғунлигини баҳолаш мезонларини ишлаб чиқишни зарур деб биламиз ва қишлоқ врачлик пунктлари амалиётида қўллашни мақсадга мувофиқ деб биламиз.

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ «ТЕННИСНОГО ЛОКТА»

Н.Б. Турсунов, Г.Б. Турсунов

Республиканский врачебно-физкультурный диспансер

Цель: изучение частоты и причин возникновения латерального эпикондилита для ранней диагностики и разработки стандарта лечения «теннисного» локтя.

Материалы и методы исследования: исследование проведено на основе анализа медицинских карт обследований и результатов углубленных медицинских осмотров 119 спортсменов в возрасте от 19 лет до 31 года – членов сборных команд и спортивных клубов по таким видам спорта, как теннис (45 случаев, или 37,8%), стрельба из лука (31 случай, 26,1%), фехтование (14 случаев, 11,8%) и плавание (29 случаев, 24,3%). По полу испытуемые распределились примерно поровну (51,4% мужчин и 48,6% женщин). Проведены 43 рентгенологических и 112 ультразвуковых исследований пораженных локтевых суставов.

Результаты: установлено, что латеральный эпикондилит, или «теннисный» локоть, являясь болезненным воспалением сухожилия локтевой мышцы и наружного надмыщелка плечевой кости, возникает в результате ее перенапряжения. Заболевание наиболее часто наблюдали у теннисистов, многим из которых данное заболевание не позволило продолжать профессиональную деятельность. Обычно причины развития заболевания имели полифакториальную природу, вследствие чего терапия «теннисного» локтя у лиц, занимающихся спортом, представляла собой нелегкую задачу и требовала разработки стандарта лечения, отличающегося простотой, эффективностью и безопасностью с точки зрения антидопинговой политики. По нашим данным, основными причинами заболевания были спортивная травма (69,1%), неловкие, выполненные с чрезмерным усилием, или многократные и монотонные движения в локте (30,9%). Последние чаще возникали при длительных вращательных движениях предплечья, сгибаниях кисти в запястье, бросках, ударах «внахлест», в результате чего происходили микроразрывы сухожилий разгибающих мышц. Среди симптомов латерального эпикондилита наиболее распространенными были: повто-

ряющиеся боли в локте (2/3 наблюдений), боли в локте с иррадиацией в запястье (34,4% спорадические боли при подъеме и сгибании руки в локте (1/3 наблюдений), боли при поднятии незначительных тяжестей и небольших предметов (15,0%), дискомфорт в локте при протягивании руки вперед (44,6%). При этом характерной была продолжительность болевых ощущений, которые длились от 6-12 недель и более.

Принимая во внимание вышеизложенное, а также данные литературных источников по исследуемому вопросу, нами предпринят к практическому применению следующий стандарт лечения спортсменов, страдающих латеральным эпикондилитом:

1. Обеспечение полного покоя в пораженном локтевом суставе в течение не менее 1 месяца посредством косыночной мягкой или лангетной гипсовой повязки;
2. Прием нестероидных противовоспалительных препаратов в течение 18-21 дня в обычной дозировке (например, ибупрофена);
3. Местное лечение путем введения в пораженный участок стероидов (например, кортизона) с помощью инъекций или процедур электрофореза, ультразвука.

При соблюдении данной программы лечения в 90%-95% случаев «теннисного локтя» нами прослежено успешное лечение. Вместе с тем, консервативное лечение было мало или совсем неэффективным в отношении 4 пациентов (3,4% наблюдений), которые были направлены в специализированный стационар для хирургического восстановления поврежденных сухожилий и мышц, расположенных вокруг локтя и прикрепляющихся к наружному надмыщелку. У 3 больных исход хирургического лечения был удовлетворительным, пациенты избавились от боли, движения в локтевом суставе восстановились в прежнем объеме.

Выводы: полученные результаты позволяют рекомендовать разработанный стандарт лечения «теннисного» локтя к применению в практике спортивной медицины.

ПРЕПАРАТОВ РЕКОМБИНАТНОГО ИНТЕРФЕРОНА В ЛЕЧЕНИИ И ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Ф.О. Турсунов, Л.М. Гарифулина, М.Б. Жалолова, З.А. Курбанова

Самаркандский государственный медицинский институт

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Материалы и методы: на базе отделений интенсивной педиатрии СФРНЦЭМП было обследовано 47 детей от 1 года до 3 х лет, которые были отнесены в группу

ЧБД. Все дети неоднократно поступали на стационарное лечение с ОРЗ в сопровождении различных синдромов (гипертермический, судорожный) и его ослож-

нениями (острый простой или обструктивный бронхит, ларинготрахеит) Дети были разделены на 2 группы, 1 группа 24 - ребенка которым был назначен виферон в дозе 150 тыс. ЕД 2 раза в день в течении 10 дней, а затем по схеме в течении 1,5 месяца. 2 группа 23 ребенка которые получили симптоматическую терапию.

Результаты и обсуждения: анализ результатов проведения лечения и иммунореабилитации с включением виферона показал позитивную клиническую эффективность. Клинически заболевания протекали в более легкой форме, в первую очередь снизилась выраженность гипертермических реакций, а при применении виферона в первый день заболевания наблюдалось отсутствие гиперфебрилитета. Интоксикационный синдром в виде отсутствия аппетита, слабости вялости имел тенденцию к улучшению в среднем на $1,9 \pm 0,6$ день у детей 1 группы тогда как во 2 группе продолжался в течении $3,8 \pm 0,7$ дней. При применении Виферона развитие осложнений ОРЗ наблюдалось в 16,7% случаев и не потребовало изменения антибактериальной терапии, а такое частое, особенно в раннем детском возрасте, осложнение, как обструктивный бронхит, отсутствовало. Тогда как во 2 группе в 56% случаев наблюдались бактериальные осложнения, которые требовали назначения инъекционных антибактериальных препаратов. При оценке основных клинических маркеров в процессе лечения в 1 группы детей значительно сократилось количество эпизодов ОРЗ с $1,10 \pm 0,06$ до $0,45 \pm 0,02$ ($p < 0,001$) в

месяц, уменьшилась в 2 раза длительность заболеваний с $12,3 \pm 0,72$ до $6,41 \pm 0,34$ дней ($p < 0,001$). Интенсивный базисный курс виферона привел к сокращению длительности заболеваний до 3-7 дней ($5,73 \pm 1,2$) при минимальной клинической симптоматике. Уменьшение кратности приема препарата коррелировало со значительным увеличением частоты ОРЗ и длительности периода острых проявлений заболевания. Изучая результаты иммунореабилитации вифероном при катаральном наблюдении в течение 1 года, обнаружено, что у детей 1 группы в 3 раз снизилось количество ОРЗ в год с $11,3 \pm 1,1$ до $2,7 \pm 0,55$ ($p < 0,001$) и варьировало от 2 и до 6 раз в год. Длительность заболевания уменьшилась до 3-6 дней и составила в среднем $5,34 \pm 0,21$ ($p < 0,001$). По прежнему заболевания характеризовались легким течением и более чем у 58,8% детей ОРЗ протекали без осложнений. При этом продолжительность достигнутого периода клинического благополучия у детей раннего возраста выросла в несколько раз, более половины ЧДБ детей из 1 группы перешли в категорию эпизодически болеющих детей.

Таким образом, можно сделать вывод, что применение виферона в лечении и профилактике ОРВ у ЧБД, имеет значительную клиническую эффективность, и рекомендует широкое применение препаратов рекомбинантного интерферона в клинической практике педиатра.

КОРОТКОВОЛНОВЫЕ СЛУХОВЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ

С.Ш. Турсунхужаева, О. Юльбарсов

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: оптимизировать программу восстановительного лечения и определить характерные изменения волн коротковолновых слуховых вызванных потенциалов (КСВП) при различных формах тугоухости у детей.

Материалы и методы исследования: обследовано 68 детей в возрасте от 3 до 7 лет с различными формами тугоухости разной степени. Из которых 56 (82%) пациентов, страдающих сенсоневральной тугоухостью, 9 (6%) пациентов с кондуктивной тугоухостью и 2 (2%) пациента со смешанной тугоухостью, у всех из них отмечалась задержка речевого развития. Изначально данные пациенты обращались к неврологу по поводу именно речевых нарушений, в ходе исследования у них была выявлена тугоухость различной степени тяжести. Всем больным произведено расширенное клинико-неврологическое обследование, СВП, МРТ головного мозга.

Результаты: установлено, при определении степени нарушения слуха были получены следующие результаты: тугоухость 1 степени отмечалась у 7 (10%) больных, 2 степени - у 10 (15%) больных, 3 степени - у 10 (15%) и 4 степени - у 41 (60%) больных.

В структуре этиологических факторов применение ототоксических антибиотиков имело место у 10 (15%) пациентов, контузионное поражение внутреннего уха имели место у 4 (6%) больных (травма внутреннего уха), наследственно-генетический фактор - 7 (10%) детей, последствие перенесенного менингита - 5 (7%) больных, у 42 (61%) пациентов этиологию выявить не удалось. Следует отметить, что у большинства детей отмечалась рассеянная органическая неврологическая симптомати-

ка, в виде центральной недостаточности VII и XII пар ЧМН, анизорефлексии, оживления сухожильных рефлексов. У 58 (85,3%) детей в анамнезе имели место перинатальные поражения нервной системы.

Нами проведен индивидуальный анализ параметров волн КСВП у больных сенсоневральной тугоухостью при условии отсчета интенсивности стимулирующего сигнала от порога слышимости каждого больного (дБ SL). Характерным для сенсоневральной тугоухости является появление всех комплексов КСВП уже при интенсивности стимула 10 дБ над порогом слышимости обследуемого, затем происходит резкое укорочение латентности всех компонентов КСВП, а при дальнейшем усилении интенсивности время возникновения комплексов укорачивается очень незначительно. Эта динамическая особенность возникновения волн КСВП и придает кривой функции интенсивность/латентность L-образную форму, которая типична для большинства больных сенсоневральной тугоухостью. Волны КСВП у данных пациентов имеют достаточно четкую форму и хорошо дифференцируются. Показатели латентности волн КСВП данной группы больных оказались достаточно близкими для того, чтобы провести усреднение полученных данных. В табл. 3 представлены средние величины латентности волн I, III и V, полученные при использовании интенсивности стимулирующего сигнала с учетом порога слышимости больного (дБ SL), а также достоверность их отличий от латентных периодов тех же волн усредненной нормы.

Таким образом, выявление уровня поражения слухового анализатора, что возможно при помощи КСВП, и

степени потери слуха позволит наиболее рационально планировать и осуществлять индивидуальные терапевтические и реабилитационные мероприятия. В структуре нарушений слуха у детей доминирует нейросенсорная тугоухость (78,2 % детей), не связанная с патоло-

гией внутреннего уха. Степень тугоухости у детей с резидуальными явлениями перинатального поражения ЦНС находится в прямой зависимости от тяжести неврологических расстройств.

АБУ АЛИ ИБН СИНО О РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А.М. Убайдуллаев

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Становление и развитие медицинской науки и пульмонологии в частности невозможно представить без выдающегося вклада нашего соотечественника Абу Али Ибн Сино (980-1037 гг.). Ибн Сину с высоким почтением называли аш-Шейх ар-Раис (по-арабски «глава ученых»), ведь он оставил после себя огромное творческое наследие, включающее 450 уникальных трудов по различным отраслям науки, которое на протяжении нескольких столетий оказывало действенное влияние на развитие восточной и европейской науки и культуры.

Его главный труд по медицине «Китаб ал-Канун фит-тиб» («Канон врачебной науки») являлся основным источником медицинских знаний и руководством, по которому проводилось медицинское обучение во всех старейших университетах Европы в XII-XVII веках.

В «Каноне врачебной науки» Ибн Сино излагает симптомы заболеваний дыхательной системы и указывает, что дыхание при патологии легких может быть горячим, холодным, глубоким, зловонным и др. В развитии и течении заболеваний органов дыхания Ибн Сино придавал определенное значение погодным условиям и временам года. Большое значение Ибн Сино придавал передаче болезней через «испорченный воздух» и допускал заразность отдельных заболеваний дыхательных органов. В своем труде Ибн Сино особое внимание уделил воспалению и отеку легких, нагноительным заболеваниям легких, бронхиальной астме, плевриту, а также туберкулезу легких. Ибн Сино считал, что в лечении больных туберкулезом большое значение имеют режим, питание и лекарства. Больным ту-

беркулезом легких с кровохарканием он назначал строгий постельный режим (в положении полулежа), в первые дни – голод, запрещал смотреть на красное. Особое внимание он уделял режиму питания больных туберкулезом, широко рекомендовал молоко (козье, ослиное, женское), сливочное масло, яйца, фрукты и соки, при плохом аппетите – вино.

Для укрепления здоровья больных с заболеваниями органов дыхания Ибн Сино рекомендовал покой, перемену климата, массаж, различные натирания, горчи-ники, грязелечение и т. д. В комплексе лечения воспалительных заболеваний легких ученый применял постуральный дренаж.

Заслуживает особого внимания не потерявший своего значения и в настоящее время подход Ибн Сино к использованию дыхательных упражнений для восстановления сил, а также рекомендации специальных дыхательной гимнастики при отдельных заболеваниях органов дыхания: усиление вдоха и выдоха, тембровая и звуковая гимнастика, дренажные упражнения и др.

Ему принадлежат строки:

«С гимнастикой дружи, всегда веселым будь;

И проживешь сто лет, а может быть и боле.

Микстуры, порошки – к здоровью ложный путь.

Природою лечись – в саду и в чистом поле».

Таким образом, подходы Абу Али Ибн Сино к диагностике, лечению и реабилитации заболеваний легких, изложенные им в далеком прошлом, и в наши дни не устарели.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Х.Н. Убайдиллаев, Х.М. Хакбердиев, М.А. Саидова, С.Ш. Бойсинов

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью нашего исследования явилось изучить клиническое течение туберкулёза на фоне хронических неспецифических заболеваний легких у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением были 30 детей, которые находились на стационарном лечении в детском отделении Самаркандского областного противотуберкулёзного диспансера. Дети от 1-5 лет были 8(26,7%), 5-10 лет 15 (50%) и 10-14 лет 7 (23,3%). Среди исследуемых детей в анамнезе у 10 (33%) детей были хронические бронхолегочные патологии, неоднократно лечились в лечебных учреждениях и только в 3 случаях имелись контрольные рентгеновские снимки. Данные осмотра и обследования позволили подтвердить диагноз туберкулёз у 25 больных. Среди них 16 (64%) были с туберкулёзом внутригрудных лимфатических узлов, 6 (24%) – с первичным туберкулёзным комплексом и 3(12%) – с диссеминированным туберкулёзом.

Результаты. Клинические симптомы заболевания были выявлены у 12 детей. Значительно чаще других признаков заболевания отмечался астено - невротиче-

ский синдром, выраженность которого в основном была незначительная или умеренная. Функциональные нарушения со стороны различных органов и систем выявлены у 7 (58,3%), параспецифические изменения у 5-х (41,7%) детей. Легочные симптомы заболевания встречались у 18 больных: кашель у 10 (55,6%), больных, физикальные изменения в легких у 6 (33,4%) детей. Чаще имело место сочетание синдрома общих нарушений и легочных симптомов. Изолированно легочные симптомы встречались только у 2 (11%) детей. У детей, у которых туберкулёз протекал на фоне хронических неспецифических патологий, были более выраженные легочные симптомы. У 4 детей был диагностирован первичный туберкулёзный комплекс и у 2 - диссеминированные формы туберкулёза.

Таким образом, скудные клинические симптомы и отсутствие повторного рентгенологического контроля приводят к поздней диагностике туберкулёза у детей. Туберкулёз на фоне хронических неспецифических процессов протекает с более тяжелым течением. Необ-

ходимо чтобы врачи – педиатры при общении с каждым больным с неспецифической патологией были

насторожены в отношении туберкулёза легких у детей.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

К.М. Убайдуллаева

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель исследования: Изучить эффективность озонотерапии при лечении хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы исследования: Озонотерапия проводилась 30 больным ХОБЛ в режимах внутривенного введения озонированного физиологического раствора 200 мг, курсом 10 дней, введением озонированной аутокрови 20 мл, курсом 5 дней и ингаляцией озонированной дистиллированной водой, курсом 10 дней. Озонирование производили с помощью озонатора. Концентрация озона в газовой смеси составляла 1,0-1,5 мг/л, скорость потока 0,5 л/мин, время барботации – 10-15 мин.

Результаты исследования: у больных ХОБЛ, получавших озонотерапию, отмечено улучшение параметров кислородтранспортной системы, что характеризовалось уменьшением частоты факторов, увеличивающих сродство гемоглобина к кислороду и затрудняющих его отдачу периферическим тканям: алкалемии с $50,0 \pm 9,2$ до $16,7 \pm 6,8\%$, гипокапнии с $50,0 \pm 9,2$ до $26,7 \pm 8,1\%$ и низкого уровня 2,3-ДФГ с $56,7 \pm 9,0$ до $16,7 \pm 6,8\%$. Установлено снижение рН крови с $7,48 \pm 0,03$ до $7,41 \pm 0,04$, по-

вышение уровня pCO_2 с $30,5 \pm 0,7$ до $36,2 \pm 0,8$ мм рт. ст. и повышение уровня 2,3-ДФГ с $3,74 \pm 0,17$ до $5,23 \pm 0,57$ мкмоль/мл эр ($p < 0,01$). Изменение этих факторов приводит к сдвигу кривой диссоциации гемоглобина вправо и способствует лучшей отдаче кислорода тканям.

Оценивая влияние озонотерапии на показатели кислородтранспортной системы и системы кислородного баланса тканей организма, было отмечено более выраженное восстановление показателей кислотно-основного равновесия и кислородного баланса тканей.

Вазодилатационный эффект озонотерапии проявлялся снижением показателей систолического (с $146,9 \pm 4,9$ до $128,8 \pm 1,8$ ммртст) и диастолического ($94,5 \pm 1,6$ до $82,6 \pm 2,4$ мм рт. ст.) давления и частоты встречаемости прямых и косвенных ЭКГ-признаков легочного сердца.

Таким образом, включение озонотерапии в комплексное лечение ХОБЛ, обуславливая полиорганность воздействия, позволяет достигнуть высокоэффективных результатов терапии без дополнительной медикаментозной нагрузки.

ВКЛЮЧЕНИЕ МЕТОДОВ ЭЛЕКТРОГИМНАСТИКИ МЫШЦ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В КОМПЛЕКСНУЮ ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

К.М. Убайдуллаева

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель исследования: Коррекция нарушений респираторных мышц методом электрогимнастики посредством амплипульстерапии и д'арсонвализации мышц грудной клетки.

Материалы и методы исследования: У 30 больных ХОБЛ для снятия синдрома утомления респираторных мышц использованы методы физиотерапевтического воздействия на мышцы грудной клетки посредством метода дарсонвализации и амплипульстерапии. Оценка эффективности проводилась в динамике лечения: исходно и через 14 дней. Группу контроля составили 25 больных ХОБЛ, которые не получали физиотерапевтического воздействия, направленного на снятие утомления респираторных мышц.

Результатами исследования было отмечено, что стимуляция респираторных мышц в комплексной терапии у 50,0% больных ХОБЛ приводили к повышению дискриминантного показателя утомления диафрагмы и у 72,5% больных – к повышению амплитуды колебания межреберных мышц. В среднем, дискриминантный показатель утомления диафрагмы при комплексной тера-

пии с включением методов физиотерапевтического воздействия повысился на 26,2%, а показатель амплитуды колебания мышц – на 81,8%.

У 14,2% больных ХОБЛ на фоне лечения отмечалось дальнейшее снижение дискриминантного показателя, что определяло усугубление степени утомления дыхательных мышц.

У больных ХОБЛ при базисной терапии повышение дискриминантного показателя утомления диафрагмы отмечено лишь у 23,0%, и у 46% больных ХОБЛ отмечалось его дальнейшее падение.

Результаты исследования показали, что улучшение состояния дыхательных мышц отражалось и на показателе толерантности к физическим нагрузкам, который возрос на 21%, что определялось увеличением расстояния при шаговом тесте с $230,8 \pm 10,7$ до $279,6 \pm 9,6$ м.

Таким образом, улучшение тренированности респираторных мышц и восстановление их функций обеспечивают повышение толерантности к физической нагрузке и улучшение параметров качества жизни больных ХОБЛ.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА

А.Д. Узоков, Ж.Т. Тухтаев, Б.Ю. Маматов, К.А. Кулдашев

Андижанский государственный медицинский институт

Материалы и методы: Данное сообщение основано на анализе результатов лечения и реабилитации 37 больных, оперированных с переломами локтевого отростка по WEBER.

Результаты обсуждения: Метод WEBER заключался в стабильно-функциональном остеосинтезе локтевого отростка с помощью 2-х спиц КИРШНЕРА и проволоки. Данной методикой добиваются стабильной фиксации костных отломков, что дает возможность избегать гип-

совой иммобилизации. Самое главное - активная реабилитация и раннее восстановление потерянной функции сустава. Профилактика раневой инфекции осуществлялась региональной эндолимфатической антибиотикотерапией. В послеоперационном периоде применяются иммобилизация лямкой для верхней конечности. Больным разрешается сгибание и разгибание кисти, движение в пальцах кисти, вращательные движения в лучезапястном суставе и активное движение в плечевом суставе. Обучаются изометрическим напряжениям мышц кисти, предплечья и плеча. Отведение и приведения руки согнутой в локтевом суставе с помощью здоровой

руки. Сгибание и разгибание в локтевом суставе в нарастающем темпе. Больным назначается УВЧ терапия. Иммобилизация продолжается от 4 до 6 недель.

Вывод: В результате применений проведенных комплексных реабилитационных мероприятий у всех 37 больных удалось достичь сращения костной ткани в сроке от 4 до 6 недель, и восстановить функцию локтевого сустава.

Таким образом, комплекс мероприятий, включающих стабильного остеосинтеза и активных реабилитационных мероприятий, даст положительный эффект в лечении переломов локтевого отростка.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

А.А. Улугмуратов, Х.М. Соаткулов, Д.К. Нармурадов, С.О. Маматов, А.Р. Исломов, А.С. Юсупов

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Цель работы: Разработка мероприятий, позволяющих улучшить результаты хирургического лечения детей портальной гипертензией (ПГ), осложненной пищеводным кровотечением.

Материал и методы исследования: В отделении экстренной детской хирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП и ОМДМЦ с 2011 по 2013 гг. поводу синдрома портальной гипертензии было оперировано 25 детей в возрасте от 5 до 14 лет, из них 11 (44%) были в возрасте до 6 лет. Внепеченочная блокада портального кровообращения диагностирована у 22 (88%) детей, внутрипеченочная - у 3 (12%) больных, у 2 из них она развилась вследствие врожденного фиброза печени, у 1 вследствие цирроза печени после перенесенного вирусного гепатита. Диагностика заболевания основывалась на результатах лабораторных и специальных методов исследования (УЗИ, ЭГДФС, доплерография).

Результаты: Первым признаком заболевания было случайно обнаруженное при осмотре увеличение селезенки у 12 детей. Внезапно развившееся кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка наблюдалось у 10 больных. У 3 детей заболевание диагностировано в связи с обнаружением варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. У остальных 7 больных были рецидивирующая боль в животе, «не объяснимые» продолжительные переходы лихорадки, диарея.

Показаниями к операции были: кровотечение из вен пищевода (12), выраженный варикоз вен пищевода и спленомегалия (13). Спленэктомия и прошивание вен кардии выполнены 6 больным, проксимальный спленоренальный анастомоз (ПСРА) с прошиванием вен кардии - 8, дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) с прошиванием вен кардии и перевязкой левой и правой желудочных вен - 6, спленэктомия - 5. Рецидив кровотечения возник к концу первого года после опера-

ции у 3 детей. У 2 из них успешной была консервативная терапия. Умер 1 ребенок в возрасте 5 лет.

Следует отметить, что дети с ПГ нуждаются в диспансерном наблюдении. Им следует регулярно, 1-2 раза в год, проводить эзофагоскопию и, при необходимости, склерозирование ВРВП. У некоторых больных возможно амбулаторное использование этого метода. Кроме этого, дети нуждаются в длительном многоэтапном медикаментозном лечении, особенно в весенний и осенний периоды, когда чаще всего происходит обострение заболевания.

Лечебные мероприятия включает в себя щадящий режим, диету с исключением жирных, острых, копченых и консервированных продуктов, блюд с добавками уксуса. Не рекомендуется употреблять крепкий чай, кофе, шоколад, помидоры, огурцы и, особенно, цитрусовые. Для снижения агрессивности желудочного содержимого показано применение антацидов буферного действия, H₂-блокаторов рецепторов гистамина, ингибиторов протонного насоса. Назначают антигистаминные препараты, средства, регулирующие моторику желудочно-кишечного тракта и ускоряющие эвакуацию желудочного содержимого, гепатопротекторы, витамины. Для защиты слизистой пищевода и улучшения ее репарации можно назначать внутрь масла облепихи или шиповника. Наряду с этим лечением, после спленэктомии, у детей следует проводить два раза в год курсы антибактериальной терапии с использованием антибиотиков широкого спектра действия. Курсы проводят в течение 5-6 дней для профилактики постспленэктомического сепсиса.

Выводы: Решающее значение в определении эффективности лечения больных с синдромом портальной гипертензии приобретают правильное комплексное ведение до- и послеоперационного периодов и реабилитация больных данной категории.

КУТУРИШ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК АХАМИЯТИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

С.И. Улмасова, И.А. Қосимов, Ш.Ш. Шомансурова

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Иш мақсади. Ўзбекистон Республикаси ҳудудида кейинги 10 йил (2004-2013й.) давомида кутуриш касаллигининг ижтимоий-иқтисодий ва эпидемиологик хусусиятларини таҳлил қилиш ва профилактик чора-тадбирларни такомиллаштириш.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун Ўзбекистон Республикаси Давлат Санитария-Эпидемиология марказидан, аҳоли роасида кутуриш бўйича касаллигининг кўп йиллик динамикаси ва носоглом ҳудудлар

бўйича олинган 2004-2013 йй. бўйича маълумотлардан фойдаланилди.

Олинган натижалар муҳокама. Кейинги 10 йил давомида Ўзбекистонда қутуриш бўйича эпизоотик вазият тобора кескин тус олмоқда. Республиканинг Қашқадарё, Самарқанд, Тошкент, Фарғона водийси вилоятлари, ҳамда Қорақалпоғистон Республикаси ҳудудларида қутуриш бўйича носоғлом пунктлар сони юқори бўлиб, республика бўйича 72% ни ташкил этмоқда.

Эпизоотологик вазиятни ноҳуш бўлиб бориши, аҳолининг антирабик ёрдамга мурожат қилиш кўрсаткичлари сонининг ортишига сабаб бўлмоқда. Таҳлил натижаларига кўра, ҳар йили Ўзбекистонда 50.000 га яқин одамлар турли хайвонлардан жароҳат олганликлари сабабли антирабик ёрдамга мурожат қиладилар, шулардан (17%) қутуришга қарши антирабик вакциналарнинг тўлиқ курсини олганлар, (71%) ҳолларда тўлиқ эмлашга кўрсатма бўлмаган, (12%) ҳолатларда эса ўз хоҳишларига биноан эмлашни тўхтатганлар ёки эмлашдан умуман воз кечганлар ташкил этган.

Такидлаш жоизки, касалланганлар ва эмланганлар ҳақида жойлардан олинган маълумотларни етарли да-

ражада тўлиқ олинган деб бўлмайди. бу эса антирабик ёрдамни ташкил этишда ва бажаришда камчиликларга йўл қўйилаётганлигидан, ҳамда жойлардаги даволовчи шифокорларнинг рабиологик малакаси етарли эмаслигидан далолат беради.

Хусусан, антирабик вакциналар билан эмлашдан кейин пайдо бўладиган иммунитет эмлаш учун қўлланган препаратлар сифатига, эмлашнинг тўғри ўтказилганлигига, эмланаётганларнинг ёшига, эмлашни бошлаш муддатига ва макроорганизмларнинг умумий ҳолатига боғлиқдир. Пайдо бўлган иммунитет кўпчилик ҳолларда организмда витаминлар, оқсил моддаларнинг етишмовчилиги, очлик, жарроҳлик муолажалари, турли паразитар касалликлар, ионли радиациялар (нурланишлар) таъсири натижасида кучсизланиши мумкин.

Хулоса қилиб айтганда, қутуриш касаллигининг эпизоотологик ва эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш ва тўғри баҳолай олиш натижасида аҳоли орасида профилактик чора-тадбирларни янада такомиллаштириш имконини беради.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ РЕАБИЛИТАЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

С.С. Умарова, Ш.М. Уралов, Ф.О. Турсунов, Д.К. Шамсуддинова, М.Э. Гафурова

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью работы явилось вычисление основных факторов риска развития БА у детей в возрасте до 5 лет, имеющих в анамнезе БОС любого генеза, устранение которых могут сыграть решающую роль в профилактике данного заболевания.

Материал и методы. Путем ретроспективного исследования нами были обработаны 378 историй болезни детей, перенесших БОС, в возрасте от 2 месяцев до 5 лет, госпитализированных в 1-отделение экстренной педиатрии СФРНЦЭМП за период с 2011 по 2014 гг. Формирование группы риска по развитию БА среди детей, перенесших в первые годы жизни бронхообструктивный синдром, проводилось по разработанным нами критериям прогнозирования риска развития БА у детей с эпизодом БОС в анамнезе.

Полученные результаты. Нами определены критерии формирования групп высокого и умеренного риска по развитию БА у детей первых пяти лет жизни с БОС в анамнезе. К факторам высокого риска по формированию БА у детей с БОС в анамнезе относятся: наличие отягощенного семейного аллергического фона; использование коровьего молока в качестве основного питания детям первого года жизни; указание в анамнезе ребенка на ОРВИ, предшествующие первому эпизоду БОС, особенно острые бронхиты и бронхиолиты; отягощенный аллергоанамнез ребенка - проявления атопического

диатеза, аллергический ринит, отек Квинке, крапивница в анамнезе; дисбактериоз кишечника, хронический аденоидит, дискинезия желчевыводящих путей, лямблиоз кишечника; возникновение первого эпизода БОС с воздействием специфических факторов, особенно бытовых, пищевых аллергенов; клинические особенности первого эпизода БОС, такие как приступообразный кашель, отсутствие гипертермии; наличие домашних животных; курение родителей. Специфичность и диагностическая эффективность всех вышеуказанных критериев в совокупности составила - 91,8 %, что позволило отнести их к группе высокого риска.

Выводы. Всем детям первых пяти лет жизни с БОС в анамнезе рекомендовано проведение анкетирования. При сборе анамнестических данных у детей, выделенных в группу риска, необходимо выявлять индивидуальные факторы риска развития БА, которые должны учитываться при проведении совместно с аллергологом диспансерного наблюдения и назначении реабилитационно-профилактических мероприятий у этих больных. Участковым врачам при диспансеризации детей, вошедших в группу риска, проводить мероприятия, направленные на устранение управляемых факторов риска, в результате чего повысится качество медицинского обслуживания детского населения.

О ПРИМЕНЕНИИ НЕБУЛАЙЗЕРОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

С.С. Умарова, Ш.М. Уралов, Д.К. Шамсуддинова, Г.А. Азимова, А.Р. Алиев, Г. Хасанова

Самаркандский государственный медицинский институт

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Целью работы явилось изучение эффективности небулайзеротерапии в комплексе лечебных мероприятий, при острых бронхолегочных заболеваниях у детей, протекающих с синдромом бронхиальной обструкции.

Материал и методы исследования. В динамике заболевания нами обследовано 316 детей с острой пневмонией, бронхитом и бронхиолитом, протекающих с БОС, в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, госпитализиро-

ванных в отделение экстренной педиатрии №1 СФРНЦЭМП за период с 2012 по 2014 г. Основную группу составили 243 больных с I-степенью бронхиальной обструкции (76,9%), у остальных 73 детей (23,1%) была определена II-степень бронхообструкции. Всем детям на фоне стандартного лечения была назначена нейбулайзеротерапия в виде ингаляций 0,1% раствора адреналина гидрохлорида (6 капель в 3 мл 0,9% раствора натрия хлорида). При прогрессировании явлений бронхообструкции или малой эффективности ингаляций с адреналином, была дополнительно назначена ингаляция раствора дексаметазона (4 мг в 3 мл физиологического раствора).

Полученные результаты и их обсуждение. При анализе историй болезни было выявлено, что применение данного метода терапии способствовало в первую очередь уменьшению степени бронхиальной обструкции в первые часы от применения ингаляции: у детей с I степенью бронхиальной обструкции на $4,5 \pm 1,6$ часов, у детей с II степенью бронхиальной обструкции на $12,4 \pm 3,2$ часов, при этом следует отметить, что полное купирование данного состояния наблюдалось у детей с I степенью бронхиальной обструкции на $2,3 \pm 1,1$ день, а у детей с II степенью на $4,7 \pm 1,9$ день. При сопоставлении резуль-

татов клинического анализа данного метода терапии с анализом историй болезни предыдущих лет, когда данный метод терапии не был применен, было выявлено, что применение нейбулайзеротерапии способствовало значительному снижению использования антигистаминных препаратов на 48,4%, глюкокортикостероидов - на 82,6%, необоснованному применению антибиотиков - на 88,4%, почти полному отказу от назначения спазмолитических и мочегонных препаратов (на 95,7%). В конечном итоге, применение ингаляций с адреналином и дексаметазоном привело к значительному снижению количества койко-дней у детей с I степенью бронхиальной обструкции, которая составила $2,5 \pm 1,3$ дня, а у детей со II степенью - $4,9 \pm 1,3$ дня.

Таким образом, применение нейбулайзеротерапии при лечении БОС у детей позволяет значительно уменьшить сроки купирования симптомов бронхиальной обструкции, снизить количество парентерально вводимых лекарственных препаратов и значительно сократить время пребывания больных в стационаре. Следует подчеркнуть, данный метод можно успешно использовать при разработке и проведении комплексов реабилитационно-профилактических мероприятий у данной категории больных.

РОЛЬ ВРАЧЕБНО-ФИЗКУЛЬТУРНЫХ ДИСПАНСЕРОВ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ СПОРТСМЕНОВ

У.М. Умарова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: Изучить организацию работы учреждений врачебно-физкультурной службы в Узбекистане направленную на профилактику заболеваемости среди спортсменов и разработать план мероприятий по совершенствованию их деятельности.

Материалы и методы исследования: Обследовано 36 спортсменов и 14 медицинских сестер учреждений врачебно-физкультурной службы города Ташкента.

Результаты исследования. В Узбекистане действует 5 врачебно-физкультурных диспансеров. В городе Ташкент действуют 2 врачебно-физкультурных диспансера, 62 поликлиники и 7 травмпунктов. В системе работает около 40 врачей и 1,2 тыс. средних медицинских работников. Ежегодно более 20 тысяч человек, занимающихся физической культурой и спортом, проходят углубленное медицинское обследование, обслуживается более 120 спортивных мероприятий с общим числом участников более 300 тыс. человек. В ходе проведенного в рамках настоящей работы исследования была проанализирована организация работы учреждений врачебно-физкультурной службы в укреплении здоровья спортсменов. По данным результатом анкетирования спортсменов установлено, что возрастной состав составляло следующее: от 10 до 15 лет - 41,7%, 20-25 лет - 58,3%. Из спортсменов высшее образование имели 16,7%, средне-специальное 36,1% и среднее 47,2%. За период с 2012 г. по 2014 г. за медицинской помощью по поводу заболеваний обратилось 41,7% спортсменов. Среди общего числа обращений спортсменов в структуре нозологических форм значительное место занимают ЛОР - органов

- 47,6 %, ОРЗ - 14,3%, затем обращения по поводу, опорно - двигательного аппарата - 9,5%, прочие заболевания 28,6%. Во время спортивных занятий из общего числа респондентов 47,2% получили травмы. Причиной травм могут быть неправильное размещение занимающихся, слишком большое количество спортсменов на местах занятий, неправильное комплектование групп занимающихся - без достаточного учёта их подготовленности, квалификации, пола, возраста, проведение занятий физическими упражнениями при отсутствии тренера или преподавателя; большое число занимающихся у одного тренера или преподавателя. В таких ситуациях спортивный врач и медсестра помогает каждому спортсмену восстанавливаться после тяжёлых нагрузок. Проводятся комплексные мероприятия по функциональной реабилитации, используются разнообразные средства и методы клинической медицины для повышения работоспособности спортсменов. Медсестры совместно с врачами проводят мероприятия по укреплению здоровья молодежи, систематические профилактические осмотры, диспансеризации и внедрения в зависимости от вида спорта меры по закаливанию и физиологическому росту и развитию.

Таким образом, спортивный врач и медсестра учреждений врачебно-физкультурной службы должен владеть и основами спортивной психологии. Без правильной и своевременной оценки психологического состояния спортсмена и адекватной коррекции этого состояния невозможно добиться эффективности проводимых мероприятий по улучшению здоровья спортсменов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СУППОЗИТОРИЕВ ГЕНФЕРОН-ЛАЙТ В ТЕРАПИИ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ш.М. Уралов, Д.Ю. Ахмедова, М.А. Урунова, Ф.Р. Шакаров, Б.Х. Тожиев, О. Кудратов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования - изучение терапевтической эффективности противовирусного препарата Генферон-

Лайт в составе комплексной терапии ОБ у детей раннего возраста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 53 детей (28 мальчиков и 23 девочек) в возрасте от 2 мес до 2 лет, находившихся на стационарном лечении по поводу ОБ, госпитализированных в детские отделения и отделение детской реанимации СФРНЦЭМП в 2012-2014 гг. Всем больным проводилась симптоматическая (оксигенотерапия, дыхательные analeптики, бронходилататоры, муколитические и отхаркивающие препараты, дополнительное введение жидкости) и антиинфекционная терапия. Глюкокортикоиды назначались в зависимости от выраженности проявлений ОБ и степени бронхиальной обструкции. I-ю группу составили 25 детей, которые получали традиционную терапию; во II-ю группу включены 28 детей, которым вместе со стандартной терапией назначались суппозитории Генферон-Лайт ректально в дозе 125000 МЕ x 2 раза в сутки в течении 5 дней.

Результаты исследования. Оценку эффективности препарата проводили по следующим критериям: продолжительность основных клинических симптомов заболевания, физикальных изменений в легких, данных пульсоксиметрии, средней продолжительности заболевания. В результате лечения у обследуемых в различные сроки купировались симптомы общей интоксикации -

лихорадка, вялость, снижение аппетита. Срок нормализации температуры тела детей с ОБ составил $3 \pm 0,1$ дня в I-группе и $2 \pm 0,2$ дня во II-группе. Более выраженная положительная динамика физикальных изменений в легких была отмечена в группе детей, которые получали дополнительно Генферона-Лайт. Исследование показало, что данные сатурации кислорода в изучаемых группах нормализовались на 3-е сутки заболевания в обеих группах, причем, тенденция к более быстрому улучшению показателей пульсовой оксиметрии отмечена во II-группе.

Выводы. В результате проведенных исследований нами выявлена высокая клиническая эффективность Генферон-Лайт в комплексном лечении ОБ у детей раннего возраста. Помимо интерферона- α , входящая в состав Генферон-Лайт аминокислота таурин, являясь мощным адаптогеном, обладает выраженными мембраностабилизирующими, антиоксидантными и противовоспалительными свойствами. Учитывая уникальный состав суппозиториев Генферон-Лайт, его можно рекомендовать для внедрения в комплекс реабилитационно-профилактических мероприятий, проводимых у данной категории больных.

ИЗУЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ РАЗВИВШИХСЯ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ДЛЯ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ И РАЗРАБОТКИ РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Ш.М. Уралов, Ф.Р. Шакаров, О.Б. Кудратов, Б.Х. Тожиев, А.Р. Алиев, Ф.О. Турсунов

Самаркандский государственный медицинский институт

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Целью работы является анализ и попытка систематизации осложнений, имевших место в нашей практике при ведении детей, на длительной ИВЛ в отделении детской реанимации СФРНЦЭМП в течение последних 5 лет.

Материал и методы исследования. Нами обобщены и проанализированы результаты ведения 15 случаев длительной ИВЛ (аппарат «DUO-optima») в связи с отсутствием самостоятельного дыхания у детей.

Полученные результаты и их обсуждение. ИВЛ, несомненно, жизнеспасаящая мера. Однако она создает условия для развития осложнений, таких как: баротравма (4 больных), вентилятор-ассоциированная пневмония (4), нарушения гемодинамики и АД (3), снижение контрактильной способности диафрагмы (3), неврологические нарушения (6), симпатическая активация (5), желудочно-кишечные расстройства (8), образование язв и эрозий в желудочно-кишечном тракте (1), развитие пареза кишечника и других моторных нарушений в связи с гипоперфузией кишечника и действием седативных препаратов (4), трофические кожные изменения (4), потеря массы тела (15), дистанционные изменения в органах и тканях на почве нарушения метаболизма в легких с выработкой различных биологически активных веществ (3). Необходимость проведения трахеостомии (15) является фактором, предрасполагающим к таким осложнениям, как подкожная эмфизема (4), рефлекторные нарушения сердечного ритма, вплоть до остановки сердца (1), афония. Возможны асфиксия и остановка дыхания при извлечении трахеостомической трубки (1), анемия. Возможно скрытое желудочно-кишечное кровотечение (1), снижение pH желудочного сока ниже 4,0 (1), развитие эзофагита (2), гастроэзофагального рефлюкса

(3), дуоденогастрального рефлюкса (2) с забрасыванием желчи в желудок (1), колонизация желудка кишечной Грам-отрицательной микрофлорой (1). После реанимации возможно развитие постреанимационной болезни (3), постгипоксической энцефалопатии (2). По нашим наблюдениям диарея имела место у 4 больных, запоры - у 6 больных. Вынужденной мерой является постоянная полиантибиотическая профилактика респираторно-ассоциированной пневмонии и терапия основного заболевания антибиотиками.

Выводы. За каждым ребенком, переведенным на ИВЛ, необходимо закрепить индивидуально круглосуточно медицинскую сестру, освобожденную от всех других пациентов. Обязательными являются ежедневные осмотры детей, переведенных на ИВЛ педиатром (включая коррекцию питания, анализ ЭКГ), детским хирургом, невропатологом, офтальмологом, оториноларингологом, при необходимости - другими специалистами. В ОРИТ ежедневно при осмотре детского реаниматолога должен решаться вопрос о необходимости рентгенологического контроля на наличие пневмоторакса, по мере необходимости должны проводиться бронхолаваж, трахеобронхоскопия и бронхосанация, контроль положения трубки и грануляционных разрастаний вокруг нее. Также необходимо проведение анализа кала на скрытую кровь. После выписки этих больных из стационара, участковым врачам необходимо учитывать наличие осложнений, развившихся после проведенной ИВЛ при составлении и разработке индивидуального плана комплексных реабилитационно-оздоровительных мероприятий, направленных на восстановление функционального состояния всех органов и систем детского организма.

ФИЗИОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ И АРТРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИМПИНДЖМЕНТ СИНДРОМА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

П.У. Уринбаев, С.А. Жангиров, И.П. Уринбаев, М.С. Киличев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель: Изучить результаты физиофункционального и артроскопического лечения импиджмент синдрома плечевого сустава.

Материал и методы: за период с 2011 по 2014 годы было прооперировано 14 пациентов (5 мужчина, 9 женщин) с импиджмент синдромом плечевого сустава. Средний возраст составил 56,4 года (в возрасте от 40 до 50 лет - 1, от 50 до 60 - 5 пациентов, с выше 60 лет - 2 пациента), у 6 больных было поражено доминантное плечо, у 8 - не доминантное. Жалобы пациентов начались в среднем за 3-6 месяцев до обращения к специалисту. Предшествующее длительное консервативное лечение заключалось в проведении курса физиотерапевтических процедур: электрофорез К⁺новокаином, ультразвук с лидазой, лечебная, щадящая гимнастика. При отсутствии значительного эффекта установилось показание к артроскопии, с целью диагностики и артроскопического лечения. У всех пациентов была выполнена диагностическая артроскопия плечевого сустава и субакромиального пространства, после чего была выполнена резек-

ционная бурсэктомия и удалены остеофиты из суставной поверхности акромиального отростка лопатки, 6 пациентом сделано артроскопическая акромиопластика. Начиная с первого послеоперационного дня проводился курс восстановления пассивных движений в суставе и ЛФК, физиотерапия.

Результаты: В ближайший послеоперационный период наблюдалась частичная потеря амплитуды движений у 4 пациентов, с последующим увеличением за время реабилитационного периода лечения. Отдаленные результаты в сроке от 4 до 6 месяцев прослежены. У всех 14 больных результат - хорошее.

Заключение: Вышеизложенный метод - артроскопическая декомпрессия субакромиального пространства можно принимать как высокоэффективный и малотравматичный, но требующий обязательного опыта и владения практическими навыками артроскопии плечевого сустава. Физиотерапевтическое лечение, лечебная гимнастика способствует к устранению боли, контрактуры в суставе.

БОЛАЛАРДА ТИРСАК БЎҒИМИ ВА БИЛАК СУЯКЛАРИ ЖАРОҲАТЛАНИШЛАРИДА ДАВОЛАШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МУОЛАЖАЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ

П.У. Уринбоев, Ф.М. Аскаров, И. Жураев, М.М. Дониёров

Самарканд давлат тиббиёт институти

Мақсад. Тирсак бўғими ва билак суяги шикастланган бемор болаларда, жароҳат турига кўра, даволаш реабилитация усуллари танлаб қўллаш ва натижаларни яхшилашдан иборат.

Материал ва текшириш усуллари. Вилоят Ортопедия ва Шикастланишлар оқибатлари шифохонаси болалар травматологияси бўлимида 50 та беморда даволаш жараёни кузатилиб натижалари таҳлил қилинди. Бемор болаларнинг ёши 3 ёшдан 14 ёшгача бўлиб, улардан 35 таси ўғил ва 15 таси қиз болалардир. Шикастланган бемор болаларнинг 22 тасида тирсак бўғими, 28 тасида билак суяклари синишлари кузатилган. Барча беморларда клиник ва рентгенологик текширув усуллари ўтказилган.

Даволаш усуллари ва натижалари. Бугунги кунда синик соҳасини ёпиқ усулда тўғрилаб, кесишувчи йўналишда кегайлар билан маҳкамлаб самарали натижаларга эришилмоқда. Мазкур усулда тирсак бўғим суяклари синган 22 та бемор даволанди ва яхши натижаларга эришилди. Билак суяклари пастки учлигидан жароҳатланган бемор болаларнинг 18 тасида ёпиқ репозиция усули қўлланилиб ва 10 тасида очик стабил остеосинтез усуллари қўлланилган. Даволашда қўлланиладиган жарроҳлик усулларида катгий назар тирсак бўғимида фаол ҳаракатни эрта тиклаш учун физиотерапия, медикаментлар ҳамда даволаш гимна-

стик машқларини эрта қўллаш зарур. Стабил остеосинтездан сўнг 4-5 чи кундан бошлаб суткасида 1 марта машғулот ўтказилади. Гипсли боғламочилгач суткасида 4-5 машғулот 10-15 мин давомида гимнастик машқлар бажарилади. Бемор яқин 1-1,5 ой давомида қўлини тирсакдан 90° бу қилган ҳолатда косинкали боғламда тутиб юради. Бўғимда пассив ҳаракат жароҳатланган қўл горизонтал ҳолатда тутиб бажарилади. Мушакларда фаол ҳаракати чекланади. Пассив ҳаракат машқларини иссиқ сувда ҳам бажариш мумкин. Физиотерапевтик муолажалардан эртанчи даврда магнит ёрдамида даволаш ҳамда кейинчалик электрофорез калий йодид ёки лидаза билан, фонофорез гидрокортизон билан қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади. Суякланиш белгилари пайдо бўлгач, пирогеналли даволаш, алоэ, гумизол (биостимуляторлар) тавсия этилади. Механотерапия муолажалари операциядан 6 ой муддат ўтгач тавсия этилади.

Иссиқ муолажалар (парафин, озокеритли аппликациялар), тирсак бўғими ва билакни массаж қилиш, тирсак бўғими ва билак мушаклари учун актив машқлар бажариш, оғир юк кўтариш, турникка осилишкаби машқлар операциядан кейинги яқин муддатларда ман этилади.

Аниқ режа асосида меъёрида қўлланиладиган реабилитацион муолажалар тирсак бўғими фаолиятини тўлақонли тикланишга имконият беради.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ВЫВИХОВ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

П.У. Уринбоев, Н.Ф. Эранов, Ш.Н. Эранов

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью работы изучение результатов восстановительного, физиотерапевтического лечения больных с застарелым вывихом головки лучевой кости.

Анализу и статистической обработке были подвергнуты истории болезни 50 больных, лечившихся по поводу вывихов головки лучевой кости с 2010 по 2014 гг.

Наиболее частой причиной поступления являлось застарелый вывих головки лучевой кости (32 больных) и застарелое повреждение Монтеджа (18 больных). В возрасте до 3 лет получили травму – 4 больных, в возрасте 3-5 лет – 5 больных и старше 5 лет – 41 больных.

У большинства больных функция локтевого сустава не страдала. С полным объемом сгибания и разгибания в суставе было у 32 (63,4%) больных, незначительное ограничение объема движений в локтевом суставе отмечалось у 12 (24,3%) больных, а выраженное у 6 (12,3%). Было отмечено также ограничение ротационных движений предплечья. Нормальным оно было у 34 (67,4%) больных, ограничение на 10-60° у 10 (20,2%) и на 70-120° у 6 (12,4%) больных.

При лечении этих больных стояли две задачи:

- увеличить объем движений в локтевом суставе;
- восстановить правильное анатомическое соотношения в суставе.

Проведены физио-функциональное лечение в послеоперационном периоде. Восстановительное лечение целесообразно разделить на три этапа.

I этап ранний после операционный (1-3 день после операции). Задачи (вне зависимости от наличия или отсутствия гипсовой иммобилизации): уменьшение перенервного отека, улучшение микроциркуляции, ускорение лимфокровотока, регенерации мягких тканей.

В этом периоде назначались процедуры УВЧ-терапии 3-5 процедур.

II этап подготовительный (8-10 день после операции). Задачи: увеличение двигательной активности оперированного сустава, улучшение трофических и обменных процессов, понижение возбудимости нервного волокна.

Лечебная физкультура проводится индивидуально с учетом возрастных особенностей пациентов. Режим пассивный, в виде пассивной гимнастики и изометрических упражнений два-три раза. Время процедуры 10-15 минут. Использовались скользящие, горизонтальные или наклонные поверхности.

III этап восстановительный (на 4 неделе). Задачи: восстановление функции сустава, устранение гипотрофии мышц.

В этот период назначаются сочетанные и комбинированные физические факторы, включающие:

- активно-пассивную гимнастику в группах и по индивидуальной программе.

У 41 больного хороший результат, 6 больных удовлетворительный результат.

Оперативное лечение с восстановлением кольцевидной связки и применение физио-функционального лечения способствовало достижения у 97,9% больных успешных результатов.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА С УЧЕТОМ ПОЛ И ВОЗРАСТА

М.Б. Уринов

Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования: Установить взаимосвязь между скоростью и эффективностью реабилитации пациентов после НЛН с полом и возрастом.

Материалы и методы исследования: Было обследовано 60 пациентов с НЛН в стадии ремиссии. Средний возраст пациентов составил от 25 до 40 лет. Все пациенты ранее проходили клинко-неврологическое обследование и лечение в Бухарской областной многопрофильной клинической больницы. Всем больным проведено исследование качества жизни (опросник SF-36) по 8 шкалам.

Результаты и обсуждение: данные, полученные в ходе исследования, позволили оценить зависимость эффекта реабилитации, ее скорости, по полу и возрасту НЛН. Нами было выявлено, что у пациентов мужского и женского пола в возрасте от 20 до 40 лет, прошедших медикаментозное, физиолечение и иглорефлексотерапии, реабилитация проходила с более выраженным положительным эффектом, нежели у пациентов старшего возраста (41 до 69 лет). При этом сроки реабилитации

напрямую связаны с полом пациента, где отмечено быстрое улучшение состояния здоровья пациентов женского пола. Следует отметить, что у пациентов, перенесших респираторные инфекции, восстановление протекало лучше, в отличие от тех, кто имел в качестве этиологического фактора НЛН в следствии переохлаждения. Психологическое состояние пациентов женского пола также имело положительную тенденцию по сравнению с таковой у лиц мужского пола. Данные подтверждались результатами опросника SF -36, где по 5 шкалам (боль, общественная деятельность) выявлено улучшение состояния здоровья на 15 %.

Выводы: таким образом, эффективность реабилитации после невропатии ЛН во многом зависит от возраста пациента, в то время как скорость восстановительных процессов прямо пропорциональна полу (у женщин протекает быстрее). Полученные данные позволили нам судить о динамике состояния пациентов после проведенного лечения.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ГУМОРАЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ИЗМЕНЕНИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

С.Т. Усанова, Р.М. Шарипова, Г.М. Касимова, Х.У. Рахматуллаев, Б.Б. Утемураев

Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр терапии и медицинской реабилитации

Цель работы: изучение клинко-диагностического значения активации цитокинов и основных морфофункциональных параметров сердца у больных с ХСН ишемической этиологии на фоне терапии симвастатином.

Материалы и методы исследования: обследованы 140 человек - 110 больных и 30 здоровых лиц. У всех больных основными патологическим фактором явилось ИБС. Для оценки процессов ремоделирования анализировали морфофункциональные показатели сердца. Уровень цитокинов (ИЛ-1 бета, ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО-

альфа) в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. ЛПНП определяли используя ферментный колориметрический тест.

Результаты: у больных с ХСН выявлена достоверно более высокая концентрация провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 бета - $66,2 \pm 7,1$; ИЛ-6 - $16,1 \pm 2,9$; ИЛ-8- $80,5 \pm 15,7$ и ФНО-альфа $110,3 \pm 13,6$ пг/мл) в сыворотке крови по сравнению с аналогичными показателями у здоровых лиц - (ИЛ-1 бета $3,2 \pm 2,2$; ИЛ-6- $1,2 \pm 0,5$; ИЛ-8- $1,9 \pm 0,6$ и ФНО-альфа $7,9 \pm 3,6$ пг/мл). Изменения уровней исследуемых цитокинов в сыворотке крови больных с ХСН были однотипны и характеризовались достоверным их повышением по мере тяжести сердечной недостаточности. Так, максимальный уровень цитокинов был выявлен у больных с сердечной недостаточностью IV функционального класса. На фоне приема симвастина в сочетании с базисным лечением у пациентов больных с сердечной недостаточностью IV функционального класса выявлено достоверное снижение всех исследуемых провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 бета

-89%, ИЛ-6 -94,1%, ИЛ-8-94,4% и ФНО-альфа-80%). Было проведено исследование влияния терапии симвастином на уровень цитокинов сыворотки крови больных с ХСН, учитывая исходный уровень Х-ЛПНП. У больных с нормальным и низким уровнем Х-ЛПНП отмечено более высокое содержание провоспалительных цитокинов. Однако на фоне проводимой терапии к концу исследования выявлено достоверное снижение всех уровней изучаемых цитокинов.

Выводы: возможность снижения уровня провоспалительных цитокинов на фоне дополнительного приема симвастина у больных с ХСН независимо от уровня липидов крови может указывать на значимость плеiotропных эффектов использованных препаратов. Гиперсекреция провоспалительных цитокинов оказывает отрицательное инотропное действие, способствуя ремоделированию сердца, и впоследствии нарушению эндотелий зависимой дилатации сосудов и активации апоптоза кардиомиоцитов.

ЗНАЧЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПОЗДНЮЮ ГЕМОМРАГИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ

М.Ф. Усманова, А.Б. Хамидова, М.Б. Нозимова

Самаркандский государственный медицинский институт

В последние годы определяется тенденция к увеличению детей с поздней ГрБН. Геморрагическая болезнь новорожденных (ГрБН)- это геморрагический диатез, который возникает вследствие недостаточного синтеза факторов свертывания II, VII, IX и X и протекает в виде врожденной коагулопатии, обусловленной дефицитом витамина К. Данная патология развивается у 0,25-0,5% новорожденных. У новорожденных геморрагическая болезнь проявляется в виде внутричерепных кровоизлияний, такие новорожденные нуждаются в реабилитации.

Цель: Определить значение реабилитации у новорожденных, перенесших позднюю геморрагическую болезнь.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 28 историй болезни новорожденных в возрасте от 20 до 56 дней поступивших в ОПН и отделение детской реанимации, продолживших лечение в отделении нейрохирургии Самаркандского областного детского медицинского специализированного центра: с диагнозом поздняя геморрагическая болезнь новорожденных. Всем детям было проведено комплексное анамнестическое, клиничко-лабораторное исследование.

Результаты исследования. Из обследованных 28 новорожденных в роддомах не была проведена профилактика ГрБН. Все дети находились исключительно на грудном вскармливании. Начало заболевания протекало практически одинаково у всех детей.

У всех больных с поздней ГрБН с внутричерепными кровоизлияниями заболевание манифестировало вне-

запным, болезненным, длительным плачем (100%). У 28,6% детей на данном фоне сразу появилась постоянная и упорная рвота, в двух случаях — с примесью крови (7,1%). Вначале дети проявляли резкое беспокойство, начинали стонать, отказывались от кормления, затем становились апатичными и безучастными к окружающему (50%). У 35,7% детей при поступлении отмечались клонико-тонические судороги. Нарастала резкая бледность кожи, с желтушным оттенком (60,7%). Практически все дети были очень поздно госпитализированы. При поступлении в ОПН и реанимационное отделение 10,7% новорожденные находились в крайне тяжелом состоянии. У 53,6% детей большой родничок был выбухающим, плотным на ощупь, с отсутствием пульсации у 28,5% большой родничок был напряжен, выбухает, но с сохранением пульсации, и у 17,8% родничок был без изменений.

В анализах периферической крови у большинства больных отмечалось значительное снижение уровня гемоглобина. У всех пациентов время свертывания крови (по Сухареву) было резко удлинено.

Выводы. У таких новорожденных профилактика поздней ГрБН является особенно актуальной, так как после данной патологии остается множество неврологических осложнений. После выписки новорожденных из стационара нужна реабилитация: наблюдение у педиатра, детского невропатолога, гематолога, чтобы не остались неврологические осложнения.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Д.Д. Усманова, М.И. Таирова

Ташкентский институт усовершенствования врачей,

Цель: оценить влияния иглорефлексотерапии на уровень гликемии у больных с сахарным диабетом (СД) II типа.

Материалы и методы: обследовано 30 больных с СД II типа в стадии компенсации. Все больные были разде-

лены на 2 группы. 1 группа состояла из 15 человек, которые получали иглорефлексотерапию со стимуляцией биологических активных точек: пи-щун, тай-бай, ле-цзюэ, чи-цзе 3 сеанса за 10 дней на фоне базисного лечения. 2

группа состояла из 15 человек, которые получали только базисное лечение.

Результаты: после проведенного исследования, были сравнены результаты уровня глюкозы натощак в начале лечения -1 день, в конце лечения на 10 день. У больных 1 группы уровень глюкозы натощак в начале курса лечения составляло 7,5 ммоль/л, после базисного лечения с курсом иглорефлексотерапии уровень глюкозы уменьшился до 5,6 ммоль/л. У больных 2 группы уровень глюкозы натощак в начале курса лечения со-

ставляло 7,8 ммоль/л, после базисного лечения уровень глюкозы натощак уменьшился до 6,2 ммоль/л.

Таким образом, у пациентов с СД 2 типа в стадии компенсации применение метода иглорефлексотерапии является одним из основных методов лечения нетрадиционной терапии. В проведенном нашем исследовании уровень глюкозы натощак снизился до нормативных показателей, что видимо, связано с активацией биологически активных точек. В связи с этим, рекомендуется применение метода иглорефлексотерапии как дополнительного метода лечения СД 2 типа.

АХОЛИ ОРАСИДА ОШҚОЗОН ЯРА КАСАЛЛИГИ АСОРАТЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ТАДБИРЛАРИ

Я.Г. Усмонова, Г.У. Назарова, М.Б. Бойкўзиева

Андижон давлат тиббиёт институти

Мақсад: Андижон тумани “Янгиобод” ҚВПда ошқозон яра касаллиги билан “Д” назоратда турган беморларга тиббий ёрдам сифатини ошириш.

Вазифалар: ҚВПда ошқозон яра касаллигини эрта аниқлаш диспансер назоратига олиш. Беморларни клиник протоколларга асосланган ҳолда олиб бориш. Шифокор ва ҳамшираларни иш сифатини ошириш. Ошқозон яра касаллиги билан беморларни стандарт даво усуллари асосланган ҳолда даволаш. Аҳолини тиббий маданиятини ошириш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Мазкур тадқиқот ишлари назоратимиздаги ҚВП шароитида 3ой мобайнида ўтказилди. Ошқозон яра касаллиги билан назоратда турган беморларнинг ушбу касаллик асоратлари ҳақидаги билим даражаси сифат кўрсаткичини аниқлаш мақсадида стандарт ва индикаторлар тузилди, система картаси ишлаб чиқилди. Ошқозон яра хасталиги асоратларини олдини олиш бўйича аҳолини ўқитиш ишларига салбий таъсир қилувчи сабаблар таҳлил қилинди.

Натижаларни баҳолаш. ҚВПда ошқозон яра хасталиги бўйича маълумотлар, буклетлар, брошюралар, адабиётлар етарли миқдорда эмас. Тиббий ходимларнинг ошқозон яра касаллиги билан беморларни стандартлар бўйича олиб бориш борасида билимлари етарли даражада эмас. Консултация вақтида беморларни касаллик ҳақида ўқитишга врачлар томонидан кам

этибор берилди. Кўп ҳолларда беморлар касалликни қайталанишини олдини олиш бўйича тадбирлар ҳақида етарли маълумотга эга эмас. Амбулатор карта-ларни ретроспектив текшириш натижасида шу нарса маълум бўлдики, беморларга профилактик тадбирлар ҳақида кам маълумот берилди ва амбулатор картага бу ҳақда қайд қилинмади. Команда билан биргаликда текширув натижаларидан келиб чиққан ҳолда ўзгартиришлар киритилди. Юқоридаги аралашувлардан сўнг ошқозон яра касаллиги билан “Д” назоратда турган беморларга тиббий хизмат сифат кўрсаткичларини 20% га яхшилашга эришдик

Хулоса ва тавсиялар: ҚВП врачларини ошқозон яра касаллиги билан оғриган беморларда касаллик асоратларининг профилактикаси тадбирларини стандартларга асосланган ҳолда олиб бориш ўта муҳимдир. УАШ дастури бўйича ўқитилмаган тиббий ходимларни ўқитишни ташкил қилиш зарурдир. ҚВПдаги УАШ шифокорларни ушбу муаммо бўйича қайта ўқитиш учун қисқа муддатли тренинг-семинарлар ташкил қилиниши керак. Йилнинг маълум санасида стандарт ва индикаторларга асосланган ҳолда, мониторинг ўтказиб туриш зарурдир. Мониторинг натижаларини команда аъзолари билан биргаликда муҳокама қилиб бориш ва кейинги тактикани ишлаб чиққан ҳолда, профилактика ишларини олиб бориш мақсадга мувофиқдир.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Б.Б.Утемурастов, Г.М.Касимова, Х.У.Рахматуллаев, Р.М.Шарипова

Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр терапии и медицинской реабилитации

Цель работы: исследовать механизм действия ударно-волновой терапии, для целенаправленного активизирования или ингибирования процессов синтеза в клеточных структурах при ревматоидном артрите.

Материалы и методы исследования: техническое решение, которое заложено в данных аппаратах, основываются на электрогидравлическом эффекте, и позволяет проводить высокоэффективную ударно-волновую терапию.

Результаты: ударные волны генерируют кратковременные силовые воздействия в акустических интерфейсах и могут вызывать кавитацию, которая создает сильные импульсные воздействия вследствие асимметричного коллапса кавитационных пузырьков. При повышенных нагрузках на суставы в них начинаются медленные изменения, постепенно приводящие к гибели хрящевой ткани. При этом нарушаются кровоснабжение сустава и

обменные процессы в нем, что и приводит к гибели клеток хряща. Постепенно процесс начинает затрагивать и околосуставные ткани, все обменные процессы в них еще больше замедляются. Используемые ударные волны, являются акустическими волновыми импульсами, похожими на ультразвук, но их характеризует очень высокое давление (до 100 МПа), малое время роста и низкие растягивающие волновые компоненты. Ударная волна оказывает эффект на достаточно фундаментальные процессы, «разрыхляя» ткани, она стимулирует процессы репарации и улучшает микроциркуляцию. Возможности клеток регенерировать после воздействия ударной звуковой волны зависит от мощности генерируемой волны и степени поглощения ее тканями. Ударная волна определенной частоты, воздействуя на пораженные ткани, разрыхляет микрокристаллы солей кальция и участки фиброза, образующиеся при острой

или хронической травме. Также в десятки раз усиливается кровоток в поврежденной ткани, что способствует рассасыванию солей кальция, участков фиброза и стимулирует регенерацию тканей. Ткань, которая подвергается воздействию ударных волн, начинает синтезировать VEGF (сосудистый эндотелиальный фактор роста). Под влиянием VEGF происходит разрастание микрокапилляров, что приводит к неоангиогенезу и реваскуляризации, и восстановлению кровоснабжения ткани. Исследования влияния ударных волн на эндотелиальную

синтазу окиси азота в эпителиальных клетках вен показали, что клинически наблюдаемый положительный эффект ударно-волновой терапии может быть приписан способности ударных волн к поддержанию нужного количества окиси азота.

Таким образом, регулируемое ударно-волновое воздействие различной интенсивности, является мощным инструментом по локальному управлению клеточным метаболизмом в лечении и реабилитации воспалительных процессов при ревматоидном артрите.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕНСИВНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ДЕТЕЙ

А.Н Файзиев

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: Изучить влияние добавления к традиционному к традиционной ЛФК интенсивной лечебной физической культуры (ИЛФК) на показатели тяжести и воспалительную активность при ювенильном ревматоидном артрите (ЮРА).

Материал и методы исследования: В работе проведены клинические наблюдения 21 детей в возрасте от 12-15 лет, с достоверным диагнозом ЮРА с невысокой степенью активности. Критерии включения больных детей в исследование: согласие родителей больных детей на участие в программах физической реабилитации, Всем детям проводилось исследование морфологии периферической крови и СОЭ, исследовалось также присутствие в крови С- реактивного белка. Все дети были разделены на 2 группы.

Результаты: На протяжении 3 месяца 10 больных детей ЮРА в домашних условиях выполняли общепринятую процедуру лечебно- оздоровительной гимнастики. В группе ИЛФК 11 больных детей после обучения с инструктором ЛФК занимались интенсивными физическими тренировками по программе ИЛФК. Программе ИЛФК включало в себе следующие двигательные режимы: утреннюю гигиеническую гимнастику, лечебную гимнастику с включением комплексов аутогенной тренировки, самостоятельные занятия по заданной программе, занятия на велотренажерах и бег. Кроме того, на протяжении всего дня больным детям рекомендовалось не находится непрерывно в положении сидя или лежа более 30 мин. По истечении каждого такого пери-

ода в течении 5 мин рекомендовалось выполнять комплексы дыхательных упражнений на растяжение мышц и связок. Наблюдаемые больные дети принимали поддерживающие дозы неспецифической лекарственной терапии. Трехмесячное наблюдение за больными, занимающимися традиционной лечебно-оздоровительной гимнастикой, сопровождалось достоверным уменьшением продолжительности утренней скованности. Функциональная способность больных по объективной (сила кистей и шаговая проба) не изменялась. В группе больных детей ЮРА, выполнявших программу ИЛФК, достоверные положительные изменения зафиксированы со стороны всех исследуемых параметров. Следует отметить, что по таким показателям, как сила кистей и скорость выполнения шаговой пробы, достигнутые к концу наблюдения значения были лучше, чем таковые в группе традиционной ЛФК. Из показателей острой фазы воспаления в ходе настоящего исследования анализировали СОЭ и концентрацию С- реактивного белка. В группе больных детей ЮРА, занимавшихся в течение 3 месяца лечебно-оздоровительной гимнастикой, не отмечено достоверных изменений со стороны СОЭ. У пациентов, участвовавших в программе ИЛФК, СОЭ снизилась на 27% ($p < 0,05$) Концентрация С- реактивного белка снижалась во всех группах на 15-25 % ($p < 0,05$).

Таким образом, при ЮРА интенсивные физические тренировки имеют несомненные преимущества перед традиционной ЛФК.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

А.Н Файзиев

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: Изучение эффективности немедикаментозных, в том числе физиотерапевтических факторов, в системе комплексных реабилитационных мероприятий у детей с заболеваниями органов дыхания.

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 57 детей в возрасте от 3 - до 15 лет с такими заболеваниями как острая респираторная заболевания, осложненная острым и рецидивирующим бронхитом, бронхиальной астмой и пневмонией. Исследования проводились на базе педиатрической клиники ТашПМИ. Все дети были разделены на 2 группы с учетом возраста и нозологических форм. 21 детям (1-я группа) назначали только медикаментозную терапию (антибиотики, сульфаниламиды, антигистаминные,

общеукрепляющие препараты, бронходилататоры, отхаркивающие средств, иммунокорректирующие препараты). 36 детям (2-я группа) на фоне указанной медикаментозной и ингаляционной терапии по показаниям осуществлялась ультразвуковая (УЗ) аэрозольная терапия (календула или бронхолитические смеси) при остром бронхите и других заболеваниях органов дыхания, СВЧ терапия комбинированная методика ультразвуковых воздействий на грудную клетку. Всем детям, помимо клинического обследования проводилось лабораторные исследования, анализы крови, мочи, капrogramма, а при диагностической необходимости рентгенологические исследования или УЗИ грудной клетки.

Результаты: Параметры воздействий немедикаментозной терапии были следующими. У детей 2- группы ультразвуковая воздействия в комбинации СВЧ на область грудной клетки проводились у пациентов с заболеваниями органов дыхания. Частота УЗ составляла 2640 кГц (детям 3-5 лет) или 880 кГц (детям старше 5-7 лет), режим импульсивный -2 -10 мс, детям старше 7 лет -непрерывный, способ контактный, методика лабильная, экспозиция 3-10 мин на поле. Воздействие проводили ежедневно или через день, 10-12 процедур на курс лечения. В стадиях разрешения бронхотического или пневмонического процесса применялись УЗ - ингаляции календулы (1-2 капли спиртового раствора на год жизни ребенка) или бронхолитической смеси (1-5 мл) минут ежедневно 10-15 процедур. Перечисленные физические факторы назначались детям в остром периоде заболевания, а также при переходе его в затяжное течение или первоначальных проявлениях затяжного процесса бронхолегочной патологии. С учетом исключительной частоты поражений центральной нервной си-

стемы у детей, возникающих при этом нейровегетативных дистоний на фоне обструктивного бронхита, острых пневмоний и изменений психических функций и эмоциональной среды у старших детей (10-15 лет) проводились электроцеребральные воздействия в форме гальванизация головы или в виде традиционного электротрона. Процедуры осуществлялись с индивидуальным подбором частоты 10 Гц, экспозиции 10-15 мин, курс лечения включал 10-15 процедур.

Таким образом, в результате проведенного комплексного лечения было установлено, что использование физиотерапевтических технологий в комплексной терапии детей с бронхолегочной патологией, обладает преимуществами перед традиционными медикаментозной терапией.

Выводы: Бронхолегочные заболевания требуют включения дополнительных факторов немедикаментозного спектра для проведения эффективной комплексной терапии.

СОСТОЯНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И АДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ СТУДЕНТОВ ГБОУ ВПО «ИГМА»

И.Р.Фатыхов, В.В.Брындин, В.И.Авдеев

Ижевская государственная медицинская академия

Цель: выявить изменения со стороны опорно-двигательного аппарата и изучить состояние работоспособности студентов, занимающихся лечебной гимнастикой Дао инь ЦИГУН, у студентов 6 курса ГБОУ ВПО «ИГМА» Минздрава России, а также изучить распространенность нарушения осанки у студентов и сравнить работоспособность групп - занимающихся гимнастикой цигун с учетом сколиоза.

Материал и методы исследования: путем случайной выборки было исследовано 80 студентов 6 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «ИГМА». Из них сформирована контрольная (12 человек) группа, вторая группа (12 человек) - студенты, систематически занимающиеся китайской гимнастикой цигун. Исследование опорно-двигательного аппарата проводили путем осмотра, пальпации позвоночника (остистых отростков). Занятия оздоровительной гимнастикой (Дао инь Цигун) проводились 2 раза в неделю в течение семестра, по 1 часу. Вводной части применялись растяжки, в основной статические и динамические упражнения, в заключительной части дыхательные упражнения и релаксация. Оценка работоспособности проводилась при помощи беговой дорожки (тредмил), тест проводится в течение 12 минут.

Результаты исследования: при исследовании опорно-двигательного аппарата у студентов выявили с нормальной осанкой 1,25%, с легкой степенью нарушения осанки 13,75% (асимметрия плечевого пояса и асимметричная осанка), со сколиозами 85%. Выявлено у девушек - 40,8% случаев перекоса таза. По результатам исследования выявлены следующие показатели для обеих

групп, до нагрузки пульс - 76 ± 8 уд. в мин., АД (систолическое) составила 115 ± 5 мм.рт.ст. После проведения физической нагрузки на тредмиле пульс составил 145 ± 14 уд. в мин. ($P > 0,01$), АД 150 ± 12 мм.рт.ст. ($P > 0,05$). Дистанция пройдена $2,0 \pm 0,1$ км. Время восстановления пульса до исходного уровня составило 5 ± 1 минут. После прохождения курса гимнастики получили увеличение пульса до 130 ± 15 уд. в мин. ($P > 0,01$), АД 130 ± 14 мм.рт.ст. Дистанция пройдена $2,5 \pm 0,2$ км. Время восстановления пульса до исходного уровня составило 3 ± 1 минут, но у студентов при наличии сколиоза в грудном отделе до оздоровления и проведенной коррекции, время восстановления составил $2,5 \pm 0,5$ минут. Таким образом, у большинства студентов выявлен сколиоз 1 степени в сравнении с другими нарушениями осанки, кроме того выявлен перекос таза у 40%, что приводит к сколиозу. При занятиях гимнастикой цигун у студентов достоверного изменения уровня АД и пульса при физиологических нагрузках не происходит, но увеличивается пройденная дистанция, что соответствует оценке отлично и время восстановления пульса после нагрузки оценивается хорошо в отличие от контрольной группы.

Вывод: состояние опорно-двигательного аппарата у студентов зависит от развития мышечной системы и соблюдения двигательного режима, занятия гимнастикой (физкультурой) увеличивает работоспособность, тем самым увеличивает резервные возможности организма. Оздоровительную гимнастику Дао инь цигун можно рекомендовать как одно из средств укрепления здоровья.

СОВРЕМЕННАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ - ЭФФЕКТИВНЫЙ ЛЕЧЕБНЫЙ МЕТОД

А.А. Федотченко

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования

Цель работы: изучить эффективность различные физиотерапевтические методы лечения и обоснованность «эталонных» временных и курсовых параметров физиопроцедур.

Материалы и методы исследования: для ответа на поставленные вопросы нами проведено социологическое исследование в физиотерапевтических отделениях (ФТО) восьми поликлиник г. Иркутска. С помощью ан-

кет были изучены пол, возраст пациентов, нозологические формы, по поводу которых проводилось лечение, наименование процедур, их дозиметрические параметры, РЛ по мнению врача и пациента, УП лечением и их мнение о времени и количестве процедур. На основании данных о стоимости физиотерапевтических процедур и аппаратов рассчитывались сроки их окупаемости. Всего было опрошено 3105 респондентов, принимавших 27 различных видов лечения. Возраст опрошенных в среднем составил 48,5 лет. Мужчин было 48,4%, женщин – 51,6%. Ежедневно принимали процедуры 96,2%, через день – 3,8% лиц. Среднее время электропроцедур равнялось 12,4, а тепловых – 17,2 минутам. На курс лечения было назначено 8,3, а принято 7,7 процедур. Цена на аналогичные процедуры в поликлиниках колебалась от 60 до 140 руб., а средняя цена всех процедур равнялась 112,1 руб.

Результаты исследования: сопоставление цены и количества ежедневных процедур показало, что окупае-

мость отечественных аппаратов составила 36, а импортных – 296 дней. Положительные результаты лечения по оценкам врачей наблюдались у $94,1 \pm 1,3\%$ больных, а по данным пациентов у $92,1 \pm 1,3\%$ ($P > 0,05$). Отсутствие статистически достоверных различий в оценках подтверждает объективность высоких положительных результатов. Удовлетворенность обслуживанием и лечением высказали 91,7% респондентов. Сравнительно низкая УП наблюдалась после курса общей магнитотерапии (75,1%), лазеротерапии (89,5%) и лекарственного электрофореза (79,5%). Время процедур 95,4%, а курс лечения 96,8% пациентов считали достаточным.

Таким образом, высокие показатели РЛ и УП, низкая цена лечебных процедур и быстрая окупаемость аппаратуры показали, что физиотерапия не только клинически эффективна, но и экономически выгодна. Высокий лечебный потенциал физиотерапии необходимо использовать во всех областях клинической медицины.

АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

А.И.Фурдычко, М.П.Ильчишин

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого

Среди заболеваний тканей пародонта катаральный гингивит занимает главное место и в большинстве имеет хроническое течение. Внедрение в стоматологическую практику высокоэффективных лекарственных препаратов и поиск новых методов терапии, которые бы подтверждались долгосрочной ремиссией, и в дальнейшем остается актуальным. Одним из способов решения этой проблемы является поиск более эффективных физических методов и исследований механизмов их комплексного действия.

Цель работы: обоснование эффективности применения диадинамофореза и лазерной терапии в комплексном лечении катарального гингивита.

Материал и методы исследования: обследовано 4 группы по 15 пациентов в каждой. Всем больным проводилась базовая терапия (снятие зубных отложений,

орошение дёсен 0,02% раствором фурацилина, 0,05% раствором хлоргексидина), для второй группы применяли диадинамофорез, в третьей – лазерную терапию, а в четвертой группе – диадинамофорез в сочетании с лазерной терапией.

Результаты: установлено, что наиболее эффективное лечение клинически отмечено во второй и третьей группах, однако лучшие результаты зафиксированы у пациентов, которым применяли комбинированное воздействие двух физических факторов.

Таким образом, предложенное нами комплексное применение диадинамофореза и лазерной терапии является безопасным, атравматическим и очень эффективным. Процедуры легко переносятся, сроки лечения заболевания ускоряются, снижается возможность рецидивов, устанавливается ремиссия.

ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ИЛИ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

И. Хавруняк

Черновицкий Национальный университет им. Юрия Федьковича

В современных условиях через влияние неблагоприятных факторов окружающей среды, социально-экономических проблем, снижение роли моральных ценностей, углубляют тенденцию к снижению здоровья детей и молодежи, особая роль в подготовке физически и духовно здорового, социально и профессионально компетентной, творчески активной, ответственной и толерантной личности принадлежит именно физическому воспитанию молодежи.

На сегодня в Украине существуют законодательные и нормативные документы, определяющие требования к проведению занятий по физическому воспитанию, сохранения и укрепления здоровья молодежи. При этом отмечается, что цель этих занятий - это создание условий для обеспечения оптимальной двигательной активности каждого человека в течение жизни, содействие благополучию, улучшению состояния здоровья, профилактике заболеваний и физической реабилитации. Однако меры, разрабатываемые на государственном уровне с целью улучшения здоровья и физического со-

стояния студентов, не смогут обеспечить позитивные изменения без использования оздоровительного потенциала физической реабилитации в высших учебных заведениях.

По данным современных исследований, проведенных наиболее авторитетными научными центрами разных стран, здоровье человека примерно на 8-10% зависит от медицины, на 15-20% - от состояния окружающей среды (экологического фактора), на 18-20% - от биологических факторов (наследственности). Однако решающим фактором является образ жизни человека (50-58%). Поэтому именно образ жизни является наиболее мощным фактором, определяющим здоровье человека. Согласно многочисленным исследованиям, проведенным в разных странах, распределение отдельных факторов образа жизни и других причин по степени влияния на заболеваемость и продолжительность жизни населения приблизительно таким: питание - 25%, курение - 25%, двигательная активность - 22%, чрезмерное употребление алкоголя - 10%, инфекционные заболева-

ния - 7%, воздействие токсических веществ, необоснованное и чрезмерное употребление медикаментов - 6%, венерические заболевания - 2,5%, транспортный травматизм - 1,5%, огнестрельное оружие - 1%. Малоактивный образ жизни, неправильное питание, эмоциональная неуравновешенность, лишний вес, чрезмерное употребление таблеток, вредные привычки, неблагоприятные экологические факторы, условия труда и т.д. заставляют организм все больше и больше использовать адаптационно-компенсаторные механизмы, тратя при этом жизненные силы, ослабляя функциональный потенциал. Решать проблему сохранения и укрепления здоровья часто предлагается путем применения какого-то одного средства (определенной разновидности двигательной активности, специальной диеты, психотренинга, различных методик очищения организма и т.д.).

Попытки выделить доминантный фактор и взять его за основу обеспечения здоровья осуществлялись уже давно. Вместе с тем необходимо осуществлять поиск новых форм реабилитационных мероприятий, шире применять средства физической реабилитации для оздоровления студенческой молодежи, уделять большее внимание лечебно-профилактическому аспекту реабилитационных мероприятий.

Поэтому при решении оздоровительных задач наиболее эффективным является комплексный подход, который требует прежде всего высокого уровня валеологического образования каждого студента. Это означает, что большее внимание нужно уделять именно валеологическому образованию молодежи, постоянно пропагандируя здоровый образ жизни и соблюдение основ профилактической медицины.

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МР-ТРАКТОГРАФИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА У БОЛЬНЫХ С УМЕРЕННО-КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Д.Т.Хаджаева, Д.К. Хайдарова, Н.К. Хайдаров

*Бухарский государственный медицинский институт
Ташкентская медицинская академия*

Цель исследования: изучить характерные показатели МР-трактографии у больных ХИМ и с различными типами УКР.

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены данные 60 больных с хронической ишемией головного мозга сопровождавшейся умеренными когнитивными расстройствами (УКР). Больные распределены на две группы 34 больных (УКР I) и 26 больных (УКР II). Группу сравнения составили 12 человек сопоставимые по возрасту без проявлений когнитивных нарушений. Всем больным проведена МРТ-трактография.

Результаты исследования: Анализ изменений фракционной анизотропии в группе больных УКР I показал специфичность распределения зон с пониженной анизотропией. Так в данной группе больных нами выявлено снижение анизотропии в переднем бедре внутренней капсулы, белом веществе лобных долей, мозолистом теле и базальных ядрах (таламус, черная субстанция). Снижение фракционной анизотропии наблюдалось по двигательным путям и проводникам экстрапирамидной системы, тогда как аналогичных изменений в чувствительных путях не отмечалось. При изучении МР трактограмм больных группы УКР II нами выявлено снижение фракционной анизотропии в белом веществе лобных долей, таламусе, мозолистом теле, варолиевом мосту и черной субстанции.

Для определения степени выраженности изменений белого вещества в указанных зонах был измерен коэффициент фракционной анизотропии. При сопоставлении оценок по шкалам оценки психологического, нейропсихологического статуса и показателей коэффициента фракционной анизотропии между ними обнаружена статистически значимая корреляция. Снижение коэффициента фракционной анизотропии, выявленное в белом веществе лобных долей и мозолистого тела, выраженное в процентном соотношении больше (до 9,1% и 8,2% соответственно), чем в других зонах интереса, свидетельствует о риске развития нейродегенеративного процесса в этих структурах, которые по данным многих авторов являются основным звеном в патогенезе болезни Альцгеймера, и других нейродегенеративных процессов.

Заключение. Резюмируя полученные результаты нейровизуализационных исследований, можно сделать вывод о наличии у пациентов обеих групп (УКР I и УКР II) начинающегося нейродегенеративного процесса. Он выражается не только в расширении желудочковой системы, что характеризовалось в увеличении соотношения Эванса, индекса передних рогов, но и в снижении фракционной анизотропии, которая отражает заинтересованность белого вещества головного мозга.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ЛЕЧЕНИЯ НА ХОЛИНЕРГИЧЕСКУЮ И FAS - ОПОСРЕДОВАННУЮ СИСТЕМУ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА С УМЕРЕННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Д.Т. Хаджаева, Д.К. Хайдарова, Н.К. Хайдаров

Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить уровень активности холинэргической системы и Fas - опосредованного апоптоза в динамике у больных ХИМ с УКР, находившихся на разных методах лечения.

Материалы и методы исследования: В основу исследования положены данные 302 обследованных в возрасте от 43 до 69 лет. Из общего количества больных 1-ю группу составили - 133 пациента с амнестическим типом УКР (УКР-1), а 2-ю группу - 169 больных мультифункциональным типом УКР (УКР-2).

Для решения вопроса об оптимизации терапии и адекватной оценки динамики лечения мы каждую группу больных разделили на 3 подгруппы, различаемые по проводимой терапии: УКР 1А - 30 больных, получавших двухэтапную терапию цитопротектором Цитофлавин в течение 40 дней и УКР 1Б (30 больных), получавших 2-х этапную терапию раствором холина альфосцератом Медотилин (9 дней) и капсулами холина альфосцерата Церетон (30 дней). 1В группу составили, так же 30 пациентов, получавших в комплексном лечении Медотилин и Цитофлавин. Соответственно, паци-

енты с УКН 2 – УКН 2А, получавших Цитофлавин (30 пациентов), УКН 2Б, получавших Медотилин на первом этапе и Церетон на втором этапе (30 пациентов) и УКН 2В (30 пациентов), получавшие Медотилин и Цитофлавин. Контролем служили данные, полученные от 40 практически здоровых лиц, давших добровольное информативное согласие на проведение обследования.

Результаты исследования: Установлено, что у больных с УКР-1 после курса терапии с применением препарата Цитофлавин уровень АХ в крови повысился по сравнению с данными до лечения на 16,1% ($P<0,05$). При назначении препарата Медотилин уровень АХ повысился на 34,1% ($P<0,01$), а при сочетанном назначении Цитофлавина и Медотилина – на 27,0% ($P<0,05$). Вместе с тем, при назначении этих же препаратов больным ХИМ с УКР-2 прослеживается несколько иная картина изменения уровня в крови АХ. Так, в группе больных, которым назначали Цитофлавин уровень АХ повысился по сравнению с данными до лечения на 20,3% ($P<0,05$), при назначении препарата Медотилин – на 30,4% ($P<0,01$), а

при их сочетанном назначении – на 40,0% ($P<0,05$). После курса назначения препарата Цитофлавин у больных УКР-1 и УКР-2 уровень sFas повысился на 14,0 и 12,5%, при назначении Медотилина – на 39,6 и 31,5%, а при сочетанном назначении – на 21,7 и 50,7% по сравнению с данными до лечения. У больных ХИМ с УКР-1 и УКР-2 после курса назначения Цитофлавина содержание sFas-L практически не изменилось по сравнению с данными до лечения. При сочетанном применении препаратов у больных ХИМ с УКР-1 уровень sFas-L снизился на 20% ($P<0,05$), а у больных с УКР-2 – на 33,3% ($P<0,01$).

Таким образом, анализ полученных результатов клинических исследований показал, что препаратом выбора при назначении больным ХИМ с целью улучшения показателей, характеризующих состояние холинергической системы и sFas-опосредованного апоптоза у пациентов УКР-1 является Медотилин, а у пациентов с УКР-2 – сочетанное применение Медотилина и Цитофлавина.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА НА СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ И КОПИНГ-МЕХАНИЗМЫ В СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЯХ

Г.Ш. Хайдарова, Н.Д. Мирджурева

Академия Государственного Управления при Президенте Республики Узбекистан

Цель работы: исследование влияния психологического тренинга на стрессоустойчивость и конструктивность копинг-механизмов в стрессовых ситуациях у руководителей среднего звена.

Материалы и методы исследования: в исследовании приняло участие 54 руководителя среднего звена из различных отраслей (34 – в экспериментальной группе, прошедшие психологические тренинги, 20 – в контрольной, тренингов не проводилось) в возрасте от 26 до 39 лет. Были проведены психологические исследования (методика стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге; шкала психологического стресса PSM-25 (Лемур – Тесье – Филлиона); копинг-тест Лазаруса; тест К. Томаса – стратегия поведения в конфликтной ситуации, вычисление первичных статистик, определение достоверности различий по критерию Стьюдента).

Результаты: в экспериментальной группе 53,3% руководителей обладали средним уровнем стрессоустойчивости, в контрольной группе преобладал высокий уровень сопротивления стрессу. Высокого уровня адаптивности в группах достигли такие копинг-стратегии как самоконтроль, бегство-избегание (60%) и положительная переоценка. Среди доминирующих стратегий поведения выступила такая стратегия, как соперничество. После входной диагностики был проведён психологический тренинг, включающий в себя теорию по двумерной модели К. Томаса – Р. Киллмена и практические упражнения на осознание, и отработку домини-

рующих стратегий поведения в конфликте. В последующем была проведена выходная диагностика у руководителей среднего звена контрольной и экспериментальной групп после проведения психологического тренинга, которая выявила следующие результаты: в экспериментальной группе у 46,7% руководителей уровень стрессоустойчивости повысился до высокого. Низкого уровня адаптивности в группах достигли такая копинг-стратегия как принятие ответственности, остальные механизмы остались на среднем уровне. Среди доминирующих стратегий поведения выступили такие стратегии, как компромисс, сотрудничество и приспособление.

Выводы: исследование показало, что психологический тренинг не влияет на уровень стресса у менеджеров, но психологический тренинг влияет на копинг-механизмы и конструктивность доминирующих стратегий поведения руководителей в стрессовой ситуации. На такие копинг-механизмы как «конфронтационный» копинг-механизм, копинг-механизм «дистанцирование», копинг-механизм «принятие ответственности», копинг-механизм «планирование решения проблем» психологический тренинг показал положительное влияние. Также под влиянием тренинга претерпела изменения стратегия поведения в конфликте «приспособление», руководители из экспериментальной группы в конфликтных ситуациях стали чаще использовать конструктивные стратегии вместо деструктивных.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ РАННИХ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В СОЧЕТАНИИ С МОДИФИКАЦИЕЙ ОБРАЗА ЖИЗНИ.

С.Н. Хайдаров, А.Н. Нарбаев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель: Изучение распространённости ранних нарушений углеводного обмена (нарушенная гликемия натощак (НГН), нарушенная толерантность к глюкозе (НТТ) и сахарного диабета 2 (СД2) типа среди взрослого населения двух муниципальных образований Самар-

кандской области, определение наиболее эффективных схем скрининга и диагностики, а также лечения, предотвращающего переход ранних нарушений углеводного обмена в СД2. Лицам, которых в ходе скрининга были выявлены ранние нарушения углеводного об-

мена, было предложено пройти дообследование в Самаркандском областном эндокринологическом диспансере.

Материалы и методы: В исследование было включено 49 пациентов (38 женщин, 11 мужчин) с ранними нарушениями углеводного обмена, в том числе с нарушенной гликемией натощак (НГН)-11 человек, нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ)-22 человека, с сочетанием НГН+НТГ-16 человек. Критериями включения являлись: возраст 18 лет и старше, наличие диагноза НГН, НТГ или НГН+НТГ, отсутствие тяжёлых сердечно-сосудистых заболеваний, клинически значимых нарушений со стороны печени и почек.

Результаты: Основой лечения ранних нарушений углеводного обмена является модификация образа жизни (гипокалорийная диета и повышение физической активности), направленная, в первую очередь, на снижение массы тела. Все пациенты методом простой рандомизации были распределены в три группы: первой группе (20 человек) наряду со стандартными рекомендациями по коррекции образа жизни был назначен Метформин («Метфогамма») в суточной дозе 1500 мг; второй группе (16 человек)-Акарбоза («Глюкобай») в суточной дозе 150 мг и стандартные рекомендации по коррекции образа жизни, третья группа (13 человек) служила для контроля и получала только стандартные рекомендации по коррекции образа жизни. По группам

лечения данные распределились следующим образом: в группе лечения метформином СД2 развился у 4 лиц (26,67%), нормогликемия-у 5 человек (33,33%); в группе лечения акарбозой СД2 развился у 2 (20,0%), нормогликемия-у 4 человек (40,0%); и в группе контроля СД2 развился у 4 (40,0%) лиц, случаев нормогликемии не было. По частоте перехода в СД2 статистической разницы между группами не получено ($p>0,05$), по частоте нормализации углеводного обмена между группами лечения метформином и акарбозой статистически достоверной разницы не было, а в сравнении с группой контроля разница статистически достоверна ($p<0,05$).

Таким образом, относительное снижение риска развития СД2 в группе лечения метформином составило 13,33%, а в группе лечения акарбозой-20,0% (в сравнении с контрольной группой).

Таким образом, применение метформина в суточной дозе 1700 мг в течение 6 месяцев приводило к нормализации углеводного обмена у 33,3% лиц с НТГ и НГН, переход в СД2 отмечался в 26,1% случаев. Прием акарбозы в суточной дозе 150 мг в приводил к нормализации углеводного обмена, соответственно у 40,0% лиц, переход в СД2 наблюдался в 20,0% случаев. В группе контроля случаев нормализации гликемии отмечено не было, а переход в СД2 имел место у 40% лиц с ранними нарушениями углеводного обмена.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И РАННИХ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

С.Н. Хайдаров, А.Н. Нарбаев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель: Изучение распространённости сахарного диабета 2 типа и ранних нарушений углеводного обмена среди репрезентативной выборки взрослого населения Самаркандской области.

Материалы и методы: Скрининг нарушений углеводного обмена запланирован и проведен среди взрослого населения в двух муниципалитетных образований Самаркандской области (Тайлакский район и г. Самарканда) в апреле-мае 2013 года. Выборка для проведения скрининга формировалась следующим образом: из базы данных полисов обязательного медицинского страхования (ОМС), насчитывающей 10650 человек (41% составляли мужчины и 59%-женщины), методом случайной выборки согласно половозрастному составу населения были отобраны 1508 человек в возрасте от 18 лет и старше. **Результаты:** Среди 1508 лиц выявлено 375 человек (24,9%) с различными нарушениями углеводного обмена. У 1133 человек (75,1%) нарушений углеводного обмена не выявлено. Наиболее распространённым нарушением углеводного обмена (НУО) является нарушение гликемии натощак (НГН) (35,5% от всех НУО), несколько ниже (28,9%) распространённость сахарный диабет (СД) 2, затем следует нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ) (20,4%), наименее распространено соче-

тание НГН+НТГ у одного лица (15,2%). В целом, распространённость РИУО превышала распространённость впервые выявленного СД2 в 2,5 раза. Распространённость как СД2, так и ранних нарушений углеводного обмена (РНУО) увеличивалась с возрастом, причём процент лиц с РНУО в каждой возрастной группе в два – пять раз превышал процент лиц с СД2. В возрастной группе от 41 до 50 лет распространённость РНУО почти в шесть раз превышала распространённость СД2. Обращает внимание высокая распространённость недиагностированных НУО среди лиц пожилого возраста, которая у лиц в возрасте от 61 до 70 лет превышала 30% (34,03%, в том числе СД2-10,53%, РНУО-23,50%), а у лиц старше 70 лет-к 50% обследованных (48,02%), в том числе СД2-12,64%, РНУО-35,38%). Следует заметить, что в то время как распространённость РНУО значительно возрастала в группе 41-50 лет (до 16,9% с 8,1% в группе 31-40 лет), процент лиц с СД2 резко возрастал после 50 лет (до 10,5%) и более, до этого оставаясь на уровне менее 3%.

Таким образом, НГН является наиболее распространённым НУО, а наименее распространена НГН+НТГ. Впервые выявленный СД 2 превышал в 2,5 раз.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Д.Т. Хаджаева, Д.К. Хайдарова

Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить динамику когнитивных нарушений у больных ХИМ, находившихся на разных методах лечения.

Материалы и методы исследования: В основу исследования положены данные 302 обследованных в воз-

расте от 43 до 69 лет. Из общего количества больных 1-ю группу составили – 133 пациента с амнестическим типом УКР (УКР-1), а 2-ю группу – 169 больных мультифункциональным типом УКР (УКР-2).

Для решения вопроса об оптимизации терапии и адекватной оценки динамики лечения мы каждую группу больных разделили на 3 подгруппы, различаемые по проводимой терапии: УКР 1А – 30 больных, получавших двухэтапную терапию цитопротектором Цитофлавин в течение 40 дней и УКН 1Б (30 больных), получавших 2-х этапную терапию раствором холина альфосцерата Церетон (30 дней). 1В группу составили, так же 30 пациентов, получавших в комплексном лечении Медотилин и Цитофлавин. Соответственно, пациенты с УКН 2 – УКН 2А, получавших Цитофлавин (30 пациентов), УКН 2Б, получавших Медотилин на первом этапе и Церетон на втором этапе (30 пациентов) и УКН 2В (30 пациентов), получавшие Медотилин и Цитофлавин.

Контролем служили данные, полученные от 40 практически здоровых лиц, давших добровольное информативное согласие на проведение обследования.

Результаты исследования: Так у пациентов с УКР1 наиболее эффективные показатели по шкале MMSE были получены в группе 1Б. В подгруппе 1г регистрировалась незначительная положительная динамика данных показателей. Тогда как у пациентов с УКР2 выраженная положительная динамика была достигнута в подгруппе 2в. Нейропсихологическое исследование

праксиса и пространственной ориентации по тесту рисования часов после проведенного лечения так же имело положительную динамику, особенно выраженную в подгруппах 1Б и 2в. При анализе параметров когнитивной сферы, касающиеся концентрации и устойчивости внимания после лечения выявлено повышение показателей по тесту Бурдона в подгруппах 1Б и 2в.

После лечения показатели пробы на запоминание 10 слов так же имели тенденцию достижения нормативных значений, которые были наиболее выражены в группах 1Б и 2в, то есть количество правильно названных слов увеличивается, называние «лишних» слов не наблюдается. Динамика наблюдений указала на восстановления зрительной памяти, как немедленного, отсроченного воспроизведения, так и узнавания у больных с УКР 1 и УКР2 в подгруппах 1Б и 2в. Больные, находившиеся на традиционном лечении, при исследовании зрительной памяти после лечения не имели положительной динамики.

Выводы: у больных с ХИМ после лечения была установлена положительная динамика нивелирования нарушений когнитивной функции зависящая от методов терапии. Так результаты исследования указывают на эффективность включения в комплекс лечения при УКР1 препарата медотилин, а у пациентов с УКР-2 – сочетанное применение Медотилина и Цитофлавина.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НОСОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

А.А. Хайитов, М.Т. Насретдинова, Ф.С. Абдусаматов, Ш.К. Шоимардонов

Самаркандский государственный медицинский институт

Материалы и методы исследования: За период с 2010 по 2013 год на базе гематологического отделения областного детского многопрофильного центра города Самарканда было обследовано 54 больных с различными вариантами ОЛ. За период наблюдения НК развилось у 23 (24%) больных ОЛ, в том числе диапедезное НК – у 10 больных. Показанием к тампонаде полости носа у больного с ОЛ предлагается считать активное, продолжающееся НК, а так же - рецидивирующее НК на фоне интенсивной гемостатической терапии.

Результаты обследования: В ходе обследования больных с ОЛ установлено, что при выраженном геморрагическом синдроме в сочетании с глубокой тромбоцитопенией и клинико-лабораторными признаками ДВС-синдрома в ряде случаев возникает НК с механизмом *hemorrhagia per diapedesin* (выход форменных элементов крови за пределы сосуда вследствие патологического повышения проницаемости стенки сосуда). Диапедезное НК характеризуется равномерным окрашиванием кровью слизи в полости носа различной интенсивности при отсутствии явного источника кровотечения. После удаления слизи из полости носа определяется наличие множественных кровоизлияний, геморрагическое пропитывание слизистой оболочки полости носа.

Применение тампонады носа не целесообразно при НК низкой интенсивности с механизмом *per diapedesin*.

Учитывая наличие геморрагического синдрома у больных с ОЛ, представляется обоснованным использование в качестве тампонады полости носа современного гемостатического препарата «тахокомб». В течение 2010-2013 года 4 больным с ОЛ, у которых на фоне выраженного геморрагического синдрома развилось интенсивное НК, произведена передняя тампонада полости носа пластиной тахокомба, фиксированной в полости носа эластическими тампонами. При указанном способе гемостатический эффект наступал немедленно.

Таким образом, метод эластической тампонады полости носа с использованием тахокомба как компонента тампонады можно рекомендовать для применения при НК у больных с нарушением свертывания крови (в частности, при ОЛ).

В целом опыт применения тахокомба в качестве компонента тампонады полости носа при НК у больных ОЛ с геморрагическим синдромом оценивается как положительный. Препарат прост в использовании, при его применении достигается надежный гемостатический эффект, уменьшается травматичность тампонады полости носа и риск последующего рецидива кровотечения.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕВРИТОВ СЛУХОВЫХ НЕРВОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

А.А. Хайитов, Ф.А. Нурмухамедов, М.Т. Насретдинова, А.Э. Шодиев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: применения ИРТ при лечении больных с невритами слуховых нервов различной этиологии. Проведено лечение ИРТ у 30 больных, в том числе 18 мужчин и 12 женщин, в возрасте от 25-60 лет. Давность заболевания от одного месяца до 20 лет. У 15 па-

циентов неврит слуховых нервов возник после сосудистых, у 8- перенесенных аденовирусных заболеваний, у 3- после травм черепа, у 3 после приема ототоксических антибиотиков и у одного больного этиологию установить не удалось. Кроме нарушения слуховой функции у

всех 30 больных, у 25 пациентов отмечался шум в ушах, обычно высокочастотного характера, от которого они страдали больше, чем от снижения слуха. Наряду с ИРТ больным назначался комплекс терапевтических средств. Наиболее часто воздействовали на следующие корпоральные и аурикулярные точки: а) местные (вокруг уха) TR (и-фэн), TR-21 (эр-мэн), TR-22 (хэ-ляо), VB-2 (тин-хуэй), IG-19 (ти-гун); б) аурикулярные (внутреннего уха, наружного уха, коры головного мозга, печени, почек, подкорки); в) шейно-воротниковой зоны – VB-12 (вань-гу), VB-20 (фэн-чи), VB-21 (цзянь-узин), VG-14 (ла-джуй); г) отдаленные конечности GI-4 (хэ-гу), GI-11 (уэй-ти), E-36 (цзу-сань-ли).

Материалы и методы исследования: При проведении ИРТ больной находился в положении лежа. Проводили 10-12 сеансов ежедневно, при необходимости курс повторяли через 3-4 недели. Между курсами применяли точечный пальцевый массаж вышеуказанных точек, проводимый самим больным, которому предварительно его обучали. Для стимуляции слуха применяли возбуждающий метод ИРТ (точек возле уха), а для снятия шума – второй вариант тормозного метода. Выбор методики ИРТ для каждого больного был индивидуален, это зави-

село то сопутствующих заболеваний и функционального состояния биологически активных точек.

Результаты: После проведенного лечения уровень слуха у больных улучшился у 9 больных от 5 до 15 дБ, что доказано сравнительными аудиограммами. Критериями эффективности лечения являлись снижение или исчезновение шума в ушах, а также улучшение слуха. Субъективный шум полностью исчез у 9 больных и уменьшился у 12. Улучшение наступило у больных невритами слуховых нервов с этиологией заболевания, связанных с вирусной инфекцией и сосудистой патологией внутреннего уха. У пациентов, в этиологии процесса которых отмечалась травма черепа лекарственная интоксикация ототоксическими препаратами, улучшения не наступило.

Таким образом, проведенные исследования позволяют сказать о целесообразности применения ИРТ при лечении больных хроническим невритом слуховых нервов. А также о том, что данный метод позволяет более широко применять его при лечении. Но вместе с этим должно проводиться с учетом этиологии и патогенеза процесса.

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ЛЕГКОЙ АТЛЕТИКОЙ

У. Хайруллаев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы. Изучить показатели физического развития у детей занимающихся легкой атлетикой.

Материалы и методы исследования. На базе Центра Подготовки Олимпийских резервов г. Самарканда исследованы параметры физического здоровья у 50 детей в возрасте 14-15 лет, систематически занимающихся легкой атлетикой. Контрольную группу составили 50 детей аналогичного возраста, не занимающихся спортом. В оценке физического развития учитывались показатели: рост, масса тела, окружность грудной клетки, массоростовой индекс Кетле.

Результаты исследований. Так, результаты нашего исследования показали, что показатель роста легкоатлетов и школьников контрольной группы статистически достоверно отличались, и составил $169,4 \pm 1,5$ см и $161,9 \pm 2,0$ см соответственно ($P < 0,05$). Масса тела у спортсменов имела тенденцию к повышению на

$4,1 \pm 0,5$ кг, чем в контрольной группе и составила $52,42 \pm 1,8$ кг и $48,5 \pm 2,7$ кг соответственно, ($P < 0,05$). Такая же тенденция касалась и такого показателя как индекс Кетле, который у легкоатлетов составил $30,9 \pm 1,05$ ед., а в контрольной группе $29,9 \pm 0,5$ ед. Такие изменения у легкоатлетов можно объяснить увеличением у них мышечной массы. При изучении показателя окружности грудной клетки выявлено, что у легкоатлетов он больше на $2,48 \pm 0,5$ см по сравнению с контрольной группой: у детей, занимающихся легкой атлетикой окружность грудной клетки составила $81,22 \pm 1,17$ см, в контрольной группе $78,74 \pm 1,16$ см ($P < 0,05$).

Таким образом, результаты нашего исследования выявили увеличение масса-ростового показателя, роста и окружности грудной клетки у спортсменов легкоатлетов, что свидетельствует о гармонично акселерированности исследуемых нами подростков.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Х.М. Хакбердиев, М.А. Саидова, Ф.С. Куйсунов, Х.Н. Убайдиллаев, С.Ш. Бойсинов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Оценка эффективности хирургического лечения фиброзно-кавернозного туберкулеза легких на фоне химиотерапии.

Материалы и методы: Нами были изучены истории болезни 36 больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, прооперированных в отделении торакальной хирургии СОПТД.

Результаты: Среди больных мужчин было 19 (52,8%), женщин 17 (47,2%), из них в возрасте до 30 лет – 11 (30,5%), от 31 до 50 лет – 20 (55,6%), более 51 лет – 5 (13,9%), средний возраст – 38, средний возраст мужчин – 40, средний возраст женщин – 36. Больные с жаловались на выделение кровянистой мокроты – 9 (25%), кашель с мокротой – 15 (41,7%), температура и боль в грудной клетке – 8 (22,2%), одышку – 4 (11,1%). Из 36 больных пер-

вичные – 12 (33,3%), вторичные – 24 (66,7%). Данные бактериоскопии: 14 (38,9%) – БК пол (+), 22 (61,1%) – БК отр (-). У 6 (16,7%) больных проводился молекулярно – генетический экспресс тест Xpert MBT/RiF: устойчивые на RiF – 3 (50%), чувствительные на RiF – 3 (50%) больных. У 13 (35,1%) – больных до операции наблюдались рецидивы на кровахарканье и проводилась операция лобэктомия.

Специфический процесс в легких был правосторонний – у 7 (53,8%), левосторонний – у 5 (38,5%), двусторонний – у 1 (7,7%) больных. По патогистологическим ответам анализа ФКТЛ был диагностирован у 11 (84,6%), туберкулома – 2 (15,4%), хронический абсцесс легких – 1 (7,1%). Результаты исследования показали, что неэффективность химиотерапии часто наблюдалась у больных с лекарственной устойчивостью, у которых процесс

протекал с осложнениями в виде легочного кровотечения и кровохарканья. При включении оперативного вмешательства прекращалось бактериовыделение и в динамике улучшалось общее самочувствие больных.

Выводы: Исходя из этого, только при повышении доли своевременного оперативного лечения в комплек-

се всех лечебных мероприятий возможен рост эффективности лечения туберкулёзных больных, что способствует снижению частоты летальных исходов и уменьшает эпидемиологическую опасность.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПОЛИОРГАННУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Э.А. Хакимов, Х.К. Карабаев, Б.Х. Карабаев, К.Р. Тагаев

Самаркандский государственный медицинский институт

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Цель работы: Улучшить результаты лечения тяжелообожженных, перенесших полиорганную недостаточность.

Материалы и методы исследования. Для проведения работы было проанализировано течение и лечение 112 больных перенесших ожоговую болезнь в Самаркандском филиале РНЦЭМП за 2006-2013 гг. площадь глубокого ожога колебался от 15 до 40% поверхности тела. Возраст больных составил от 17 до 68 лет. Мужчин было 80 человек, женщин – 32. Все они перенесли от 2 до 5 аутодермопластик.

Результаты исследования. Особенностью реабилитации обожженных является необходимость сочетать коррекцию общих изменений в органах и системах организма обожженного с главной задачей – проведением восстановительного лечения с целью ликвидации последствий ожогов, поскольку жизненный комфорт и восстановление трудоспособности определяются в первую очередь разрешением именно этой проблемы. Развивающиеся при ожоговой болезни частично компенсированные или ярко выраженные функциональные нарушения сохраняются в течение 2-5 лет. Частота, вид, продолжительность этих расстройств зависит от тяжести ожоговой травмы, методов терапевтического и оперативного лечения, осложнений или обострения предшествующей патологии, пола, возраста и многих других причин. Больной, перенесший тяжелую ожоговую травму, требует к себе пристального внимания, так как компенсаторная приспособляемость его к привычным условиям жизни без направленной реабилитации чрезвычайно замедленна. Ожоги, особенно глубокие и обширные оказывают значительное и длительное влияние на психику пострадавшего, в результате чего разви-

ваются невротические реакции и защитные формы поведения. Исследования показали у них более низкую активность, худшее самочувствие и настроение. Изменения в вегетативной нервной системе проявляются отчетливой тенденцией к парасимпатотонии. Дискоординация вегетативного тонуса обуславливает многочисленные функциональные изменения систем кровообращения, внешнего дыхания, пищеварения, обмена веществ. Под реабилитацией обожженных целесообразно понимать многоэтапный процесс, объединяющий лечебные меры, направленные на завершение лечения ожоговой болезни, возникших соматических и психических расстройств, устранение имеющихся ожоговых деформаций, а также реадaptацию в обществе. Реабилитация – это процесс и система медицинских, медико-психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение и профилактику развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, или на возможно раннее и эффективное возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду, восстановление коррекцию или компенсацию нарушенных психологических функций, состояний, личностного и социально-трудового статуса больных, инвалидов и лиц, перенесших тяжелое заболевание или получивших психическую травму в результате резкого изменения социальных отношений, условий жизни.

Таким образом, проведение реабилитационных мероприятий начинается с момента поступления тяжелообожженных в специализированное лечебное учреждение или сразу после выведения из шока до полного выздоровления пострадавшего.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОЖГОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Э.А. Хакимов, Ш.С. Шаханов, Х.С. Некбаев, Ж.Ш. Карабаев

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Цель работы: Оптимизировать конкретные методы хирургического лечения, специальные способы операций, выполняемые в областных ожоговых центрах или отделениях.

Материал и методы исследования: Обследовано 124 больных с послеожоговыми нарушениями функции опорно-двигательного аппарата, т.е., с контрактурами крупных суставов, дефектами тканей опорной поверхности стопы и голени, патологическими изъязвленными рубцами. Каждый из этих указанных видов последствий ожогов оперированы конкретными методами и специальными способами.

Сгибательные и приводящие контрактуры тазобедренного, контрактуры коленного, рубцовые деформации

и контрактуры голеностопного суставов оперировали эффективными способами пластикой двудольчатыми, широкими трапециевидными, трехлопастными, двумя или несколькими парами встречными трапециевидными, языкообразными кожно-жировыми лоскутами. Язвы рубцов расположенные в зоне ахиллова сухожилия сделали пластику L-образными лоскутами на одной питающей ножке, кожно-фасциальными, плоскими икроножными кожно-мышечными лоскутами.

Обширные раны закрывали широкими и длинными трансплантатами расщепленной неперфорированной кожей, взятой с бедра оперирующей ноги и ягодиц, толщиной 0,3-0,4 мм.

Результаты: Установлено, что деформации и контрактуры суставов имеют конкретную патологоанатомическую основу, а также характерные функциональные нарушения. Каждый из этих видов может быть подразделен 1) по морфологическому принципу, определяемому локализацией рубцов, их распространением, а также глубиной поражения; 2) по выраженности ограничения движений суставов; 3) обширности дефекта мягких тканей, особенно на стопе и её опорной поверхности. Каждый из указанных видов последствий ожогов требует применения конкретных методов хирургического лечения, специальных способов операций, строгого выполнения ряда технических приемов, специальной предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

Эффективность коррекции контрактур крупных суставов, дефектов тканей опорной поверхности стопы

и голени, хирургическое лечение послеожоговых патологических изъязвленных рубцов излагаемыми способами доказаны изучением отдаленных результатов.

Таким образом, ожоги опорно-двигательного аппарата часто осложняются формированием стягивающих, патологических рубцов, контрактур суставов, дефектом мягких тканей, уродствами, образованием трофических язв и др. Перечисленные последствия ожогов нижних конечностей нарушают трудоспособность и нередко служат причиной инвалидности.

Каждый из этих видов последствий ожогов надо корректировать применением конкретных из вышеуказанных методов хирургического лечения, специальных способов операций, строго выполняя ряда технических приемов, специальной предоперационной подготовкой и послеоперационным ведением больных.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

С.З. Хакимова, Д.С. Шомуродова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: установить взаимосвязь между скоростью и эффективностью реабилитации пациентов после назначения ЛФК у больных с невропатией лицевого нерва.

Материал и методы исследования: обследовано 78 больных в возрасте от 29 лет до 64 лет, перенесших невропатию лицевого нерва воспалительного генеза. Больные разделены на 2 группы: 1-я группа 38 больных - получавших традиционное лечение и 2-я группа: 40 больных, которым с 5-го дня была добавлена лечебная гимнастика. Использовались два вида гимнастики: пассивная и активная. Пассивная гимнастика способствует усилению обменных процессов в синапсах (увеличивается количество синаптических пузырьков и активизируются окислительные процессы), улучшается проводимость пораженного нерва, улучшается эластичность пораженных мышц, особенно при возникновении контрактур. Активная гимнастика имеет значительное преимущество перед пассивной, так как в большей степени способствует повышению функции проводимости нерва, снижает вазомоторные нарушения и улучшает трофику тканей, противодействует формированию контрактур. Упражнения делают 2 раза в день по 15-20 мин, сидя перед зеркалом и сосредоточив внимание на больной стороне лица. Мышцы здоровой стороны прижимают ладонью, так как здоровые мышцы всегда перетянут. Каждое упражнение повторялось 6 раз. Всем больным проводилось ЭМГ исследование в физиотерапевтическом отделении областной многопрофильной больницы. Первое ЭМГ-исследование - в первые 4 дня после парализации. Исследование состояло из двух частей: ЭМГ лицевого нерва и исследования мигательного рефлекса с двух сторон. Второе ЭМГ-исследование проводилось через 10-15 дней от парализации. Третье исследование проводилось через 1,5-2 месяца от начала парализации.

Результаты: в патогенезе невропатии важное место занимает дезинтеграция метаболизма, активация перекисного окисления липидов, повышение калиевой проницаемости мембраны, угнетение антиоксидантных систем, развитие миело- и аксонопатии лицевого нерва. Выздоровление при использовании традиционных методов лечения наступает в 40-60% случаев; в 20,8-32,2% случаев через 4-6 недель может развиваться контрактура мимических мышц. Установлено, что при добавлении элементов лечебной физкультуры, реабилитация у больных с невропатией воспалительного генеза (29-35 лет) проходила с более выраженным положительным эффектом, нежели у пациентов старшего возраста (36 до 64 лет) на фоне хронической ишемии мозга. Движения мимических мышц в 1-й и 2-й группах начали восстанавливаться соответственно к 10-12-му и 7-10-му дням терапии. Признаки контрактуры мимической мускулатуры отмечены только у 3 пациентов группы сравнения в виде появления патологических синкинезий. Полное восстановление к концу курса лечения отмечено в группе сравнения у 55 %, в 1-й группе — у 70 % и во 2-й группе — у 85 % пациентов. ЭМГ исследование выполненное в первые 4 дня после появления паралича мышц лица позволяют провести дифференциальную диагностику поражения на лице и внутри костного канала.

Таким образом, эффективность реабилитации после лицевой невропатии во многом зависит от своевременного назначения правильной лечебной гимнастики. ЛФК-эффективный метод в отношении невропатии лицевого нерва с 5-го дня от начала лечения. ЛФК уменьшает сроки полного восстановления до 7-10 дней и повышает эффективность терапии на 15 %. При назначении ЛФК мы не наблюдали развития контрактур.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ РЕГБИ И ФУТБОЛОМ

У. Халикова, И. Джамалутдинова, Ю. Машарипова

Ташкентская медицинская академия

Цель: исследовать состояние репродуктивного здоровья девочек занимающихся регби и футболом.

Материалы и методы: В нашем исследовании участвовали 80 девочек занимающихся регби и футболом, в

возрасте от 16 до 23 лет. Общий стаж занятий спортом у всех от 5 до 10 лет. Им было проведено анкетирование анализирующее влияние занятий спортом на менструальную функцию. Так, ряд вопросов отражал характер

ристики репродуктивной функции, сроков начала менструального цикла, особенностей его характера и отношения спортсменок к своему репродуктивному здоровью.

В группе обследованных нами спортсменок общая частота менструальных дисфункций составила 55%. Анализ анкетных данных позволил нам распределить всех девушек по характеру менструальных дисфункций на несколько групп: альгодисменорея и нерегулярный цикл - 25%. В другую группу вошли спортсменки с олигоменореей (короткие менструации менее 2-х дней) и гипоменореей (количеством теряемой крови менее 40 мл) - 15 %. Для 3-й группы была характерна вторичная аменорея (отсутствие менструации в течение 6 и более месяцев) наблюдалась у 6% обследуемых. Нормальный менструальный цикл отмечен у 46,6 % спортсменок.

Большое значение для выявления и профилактики различных заболеваний у спортсменов имеет контроль за состоянием здоровья и диагностика тренированности. По нашим данным, многие спортсменки достаточно легкомысленно относятся к своему здоровью: 60% девушек продолжают тренировки во время менструации, 81,3% - даже принимают участие в соревнованиях. Среди опрошенных один раз в год посещали гинеколо-

га- 10% девушек, 10% реже одного раза, а 80% респондентов вообще не обследовались за последний год.

Проведенное социологическое исследование показало, что на образ жизни и уровень здоровья спортсменок оказывает влияние их спортивная деятельность.

Результаты исследования: Интенсивные физические и психологические нагрузки являются одной из причин развития некоторых нарушений репродуктивного здоровья спортсменок. Тренировочные занятия, превышающие более 10 часов в неделю приводят к симптому адреналовому стрессу и как результат дисфункции яичников. Повышенная маскулинизация, развивающаяся преимущественно у девушек, занимающихся футболом и регби способствует развитию синдрома гиперандрогении.

Выводы: Необходимо обязательно ввести наблюдение и регулярное обследование у гинеколога и эндокринолога детей и подростков женского пола, занимающихся спортом с целью своевременной коррекции, развивающихся нарушений репродуктивного здоровья.

Проблемы, связанные с генофондом нации, безопасным материнством, планированием семьи должны быть в центре внимания врачей не только акушеров-гинекологов, врачей общей практики (семейных врачей) но и спортивных медиков.

РОЛЬ НЕБИВОЛОЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ НАРУШЕНИЙ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ф.И. Халметова

Ташкентская медицинская академия

Цель. Оценить эффективность и безопасность применения суперселективного β -адреноблокатора (β -АБ) с вазодилатирующими свойствами небиволола у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I - III ФК, осложнившей течение ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследовано 46 больных постинфарктным кардиосклерозом, осложненным ХСН I - III ФК по NYHA (32 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 49 до 71 лет. Небиволол назначался однократно утром в составе комплексной терапии ХСН в течение 14 недель. Оценивалась клиническая эффективность и внутрисердечная гемодинамика по данным эхокардиографии.

Результаты. Через 14 недель наблюдения при уменьшении клинических проявлений декомпенсации (отеки, одышка, сердцебиение, слабость), достоверно снижались ФК ХСН: с $3,12 \pm 0,08$ до $1,88 \pm 0,05$ ($p < 0,05$). Возросла толерантность к физическим нагрузкам. Отмечено достоверное снижение систолического и диастоличе-

ского АД у лиц, страдающих артериальной гипертензией. У всех пациентов достоверно снижалось ЧСС - с $76,80 \pm 10,41$ до $62,0 \pm 5,54$ в минуту ($p \pm 0,05$). Небиволол улучшал показатели патологического ремоделирования и внутрисердечной гемодинамики. Заметно уменьшились КДО (на 19,5%) и КСО (на 15,7%), ММЛЖ (в среднем на 22,4%). Положительные изменения со стороны систолической функции нашли свое подтверждение в статически значимом увеличении ФВ ЛЖ в среднем на 23,8%, и ФУ на 38,3%. Небиволол оказывает положительное влияние на диастолическую функцию ЛЖ: увеличивает V_e , соотношение скорости раннего диастолического наполнения к скорости позднего диастолического наполнения (E/A) - с $1,12 \pm 0,34$ до $1,29 \pm 0,45$ ($p < 0,05$).

Таким образом лечение небивололом приводит к улучшению клинического статуса пациентов, благотворно влияет на параметры общей и внутрисердечной гемодинамики.

АНАЛИЗ НЕЙРОСОНОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Ф.С. Хамедова, А.Т. Джурабекова, С.С. Игамова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель: провести анализ показателей нейросонографических исследований у новорожденных с ОНМК.

Материалы и методы: для решения поставленных задач нами было обследовано 55 детей с рождения до 6 лет, из них 45 с диагнозом острые нарушения мозгового кровообращения и 10 практически здоровых. Диагноз устанавливали по результатам клинко-неврологических и инструментальных исследований НСГ.

Результаты: анализ полученных результатов позволил нам определить тип нарушений мозгового кровообращения - геморрагический тип ОНМК по нашим данным встречался в $71,2 \pm 6,3\%$ случаев, ишемический тип - в $28,8 \pm 6,3\%$. Эпидуральное кровоизлияние в нашем исследовании отмечено у одного больного (2,7%). На эхограмме - неоднородная и размытая структура головного мозга, смещение межполушарной щели вправо. Боковые желудочки не визуализировались из-за

выраженного отека. Паренхиматозное кровоизлияние у новорожденных (32,4%) на эхограмме представлено гиперэхогенным участком чаще округлой формы с четкими контурами, однородной эхоструктуры с локализацией в теменно – затылочной и височной областях. Внутримозжечковые кровоизлияния (ВМК) наблюдались у новорожденных (3,7%) и характеризовались расширением тела боковых желудочков до 6 мм. В 44,4% случаев в перивентрикулярной области отмечались повышенная эхогенность. В дальнейшем в месте инфаркта у 88,9% детей образовывалась кистовидная дегенерация

зоны ишемии. НСГ исследованием детей с ишемическим типом ОНМК первой недели жизни были выявлены гиперэхогенные очаги в паренхиме одного (93,3±6,4%) или обоих полушарий мозга (6,7±6,4%). Согласно полученным данным разработаны нейросонографические критерии дифференциальной диагностики геморрагических и ишемических типов ОНМК у новорожденных.

Таким образом, разработанные критерии помогут практикующему невропатологу дифференцировать тип ОНМК на основании картины НСГ.

РЕАБИЛИТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЮ МИОКАРДА

А.Б. Хамидова, М.Ф. Усманова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Выявить транзиторную ишемию миокарда у новорожденных перенесших внутриутробную гипоксию, корригировать лечение и реабилитацию у новорожденных с данной патологией.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 112 новорожденных. Средний возраст матерей был от 17 до 42 лет. Из анамнеза у матерей преобладали следующие патологические изменения: анемия I-II степени, нефропатия II-III степени, угроза выкидыша, слабость родовой деятельности.

Постгипоксические изменения на ЭКГ характеризовались умеренной тахикардией (140-160 уд.в мин.), синусовой аритмией, у 76 новорожденных нарушение проводимости на правой ножке пучка Гиса, у 47 – экстрасистолия, у 34 представлено блокадой I степени, гипоксические изменения миокарда у 112 новорожденных характеризовались снижением вольтажа QRS, у всех новорожденных инверсия или депрессия зубца Т, смещение сегмента ST в стандартном левом грудном отведении, зубца Р в стандартных отведениях.

Нами установлено, что включение в комплексную терапию новорожденных с транзиторной ишемией

препарата элькар, после применения которого достаточно быстро приводило к улучшению клинического течения заболевания. Положительное действие проявлялось в более ранней нормализации данных ЭКГ, пульсоксиметрии. Такие изменения депрессии S-T, увеличение зубца Т, экстрасистолия, желудочковая тахикардия уменьшались на 11,3±0,3 дни лечения.

После выписки из стационара новорожденных наблюдение по месту жительства у педиатра и детского кардиолога.

Вывод: В наших наблюдениях мы отмечаем влияние гипоксии на транзиторное состояние сердечно-сосудистой системы. Применение препарата «Элькар» при комплексной терапии транзиторной ишемии миокарда у новорожденных после перенесенной гипоксии способствуют сравнительно быстрому уменьшению клинических проявлений болезни. Новорожденные после перенесенной транзиторной ишемии миокарда нуждаются в реабилитации у педиатра и кардиолога (наблюдение за общим состоянием новорожденного частотой пульса и контрольное ЭКГ).

ЎТКИР ОСТИ ЛАРИНГИТНИНГ РИВОЖЛАНИШИ ЖАРАЁНИДА ХИҚИЛДОҚ МАҲАЛЛИЙ ЭНДОКРИН АППАРАТИНИНГ ҲОЛАТИ

Ф.М. Хамидова

Самарканд давлат медицина институти

Ишнинг максади: ҳиқилдоқнинг эндокрин аппарати функционал морфологиясининг физиологик ва патологик ҳолатини ўткир ости ларингитда ўрганиш.

Материал ва методлар: ҳиқилдоқ патологиясини ўрганишда 28 та қуендан фойдаланиб, улар ҳиқилдоқларида экспериментал ларингит моделлаштирилди. Бу учун трахея бўшлиғига капрон ип киргизиш йўли билан амалга оширилади. Макроскопик ўзгаришларга қараб ҳиқилдоқда яллиғланиш жараёнларининг фазалари аниқланди ва ўткир ости ларингити 30-60 суткаларга тўғри келди. Яллиғланиш фазаларини микроскопик ўрганишда қуйидаги бўяш усулларидан фойдаланилди. Парафинли кесмаларни бўяшда гематоксилин ва эозинда, Ван-Гизона, Вейгерт усулларидан, Гримелиуснинг импрегнация усулидан, флюороген амин тутувчи эндокрин хўжайраларни аниқлаш учун кесмаларга глиоксил кислотаси эритмаси билан ишлов берилиб люминесцент-гистохимик тадқиқот усулидан ҳамда морфометрик ва статистик методлардан фойдаланилди.

Натижалар: ҳиқилдоқнинг эндокрин аппарати функционал морфологиясининг физиологик ва пато-

логик ҳолатини тажрибаларда ва клиникада ўрганиш замонавий биология ва медицинанинг актуал муаммоларидан бири бўлиб ҳисобланади. Ҳиқилдоқ патологиясини ўрганишнинг усулларидан бири экспериментал ларингитни моделлаштиришдир. Макроскопик ўзгаришларга қараб ҳиқилдоқда яллиғланиш жараёнларининг фазалари аниқланди: ўткир ости ларингити 30-60 суткаларга тўғри келди. Ўткир ости ларингитда ҳиқилдоқнинг шиллиқ қавати ва регулятор структуралар ҳолати ўрганилаганда: ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси ҳамма қисмларда макроскопик жиҳатдан шишиши ва гиперемиа ходисалари, овоз бойламлари оч-пушти рангдалиги, бироз қалинлашуви ва шишиши кузатилади. Микроскопик кўп қаватли ясси эпителий ва кўп қаторли хилпилловчи эпителий билан қопланган шиллиқ пардаларда лимфоцитлар, макрофаглар ва гранулоцитлар инфильтрациясининг ортиши яққол намоён булади. Шу билан бирга лимфо-плазмощитар хўжайраларнинг тўпланиши аниқланади ва бу маҳаллий иммун аппаратнинг активлашишидан далolat беради. Альтератив жараёнларнинг давом этиши натижасида кўп қаторли хилпилловчи эпителиясида десквамация ўчоқлари

аниқланади. Тажрибанинг бу даврларида апудоцитларнинг аргирофиль гранулалари кўпчилик ҳолларда хўжайраларнинг базал қисмида жойлашган бўлади. Кам гранулали, ўзаксиз ва пикнотик аргирофиль хўжайралар ҳам бор. Баъзи апудоцитлар ёпиқ типда. Ҳиқилдоқнинг ўрта қисми, қоринчалари тубидаги кўп қаторли ҳилпилловчи эпителий соҳалари люминесцент-гистохимик текширилганда тўп-тўп бўлиб жойлашган флюоресценцияланувчи хўжайралар топилади. Флюоресценцияланувчи хўжайралар ва уларнинг гранулалари сариқ- яшил рангга куринади. Бундай хўжайраларни ҳиқилдоқнинг орқа қисмида ҳам топиш мумкин.

Хулоса: шундай қилиб, яллиғланишнинг ўткир ости фазасида (30-60 сутка) кўп қаторли ҳилпилловчи эпителийдаги апудоцитларнинг жойлашув зичлиги ва ўртача диаметри ишончлилик даражасида купаяди. Кўп қаторли ҳилпилловчи эпителийда апудоцитларнинг жойлашув зичлиги кўпайиши, уларнинг шуълаланиш интенсивлиги кучайиши кузатилади. Апудоцитлар гиперплазияси моноаминлар ишлаб чиқарилишининг кучайишидан далолат беради. Шу билан бирга апудоцитлар деструкцияси ҳам кузатилади.

РЕАКТИВНЫЕ СВОЙСТВА ЭНДОКРИНОЦИТОВ ГОРТАНИ ПРИ ОСТРОМ ЛАРИНГИТЕ

Ф.М. Хамидова, С.А. Блинова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: выявить морфологические признаки функционального состояния эндокринных клеток АПУД-системы гортани при остром ларингите.

Материал и методы исследования: исследована гортань у 30 кроликов, у которых вызван ларингит путем введения асептической нити в трахею, и 6 интактных животных. После фиксации в жидкости Буэна орган подвергали гистологическому исследованию. Применены обзорные методики (окраска гематоксилин-эозином и по методу Ван-Гизона), специфические гистохимические и люминесцентно-гистохимические методы для выявления эндокриноцитов гортани (метод Гримелиуса и Фалька в модификации В.Н.Швалёва и Н.И.Жучковой), морфометрические и статистические методы.

Результаты: в течение первых 7 дней после моделирования ларингита происходит увеличение толщины слизистой оболочки, покрытой обоими видами эпителия. Слизистая оболочка, покрытая многослойным плоским эпителием (МПЭ), утолщается в большей степени. К 7 суткам она становится толще почти в 1,7 раза, по сравнению с нормой. Причем возрастание толщины этого отдела слизистой оболочки происходит за счет эпителия, тогда как толщина собственной пластинки существенно не изменяется. Слизистая оболочка, покрытая многорядным реснитчатым эпителием (МРЭ), возрастает только в 1,2 раза. Данный эпителий первоначально подвергнут выраженным атрофическим изменениям (1 сутки), в последующем он утолщается в 1,3 – 1,2 раза, но в меньшей степени, чем многослойный, который с 1 по 7 сутки исследования возрос в 1,7 раза. Между тем, собственная пластинка под МРЭ в эти сроки всегда достоверно толще, чем в контроле (в 1,2 – 1,3 раза). На 14 сутки исследования слизистая оболочка с МПЭ и МРЭ утолщена, особенно значительно с МРЭ (почти в 1,4 раза). Отмечено утолщение, как эпителиев, так и собственных пластинок под ними. Это связано с усилением экссудативных процессов и клеточной инфильтрации гранулоцитами, лимфоцитами, моноцитами.

Наблюдается также увеличение размеров желез и их гиперсекреция. При моделировании ларингита уже на 1 сутки в многорядном эпителии нами отмечено увеличение размеров апудоцитов и плотности их расположения. Это происходит в результате ускоренного синтеза в эндокриноцитах секреторного продукта и его накопления. Однако морфологические признаки свидетельствуют о том, что наряду с этим наблюдается их базальная секреция, так как аргирофильные гранулы находятся только в апикальной части клетки, а базальная часть – лишена гранул. На 3 сутки в апудоцитах более четко выражено усиление синтетической деятельности, в связи с этим средние размеры клеток возрастают по сравнению с нормой, хотя плотность их расположения существенно не изменяется. Синтетическая активность апудоцитов сочетается с усилением их секреции, так как гистохимически и люминесцентно-гистохимически выявлены эндокриноциты с опустошенной базальной частью. Функциональная активность апудоцитов возрастает на 7 сутки эксперимента. На 14 сутки исследования отмечается усиленная пролиферация апудоцитов, их количество возрастает более, чем в 4 раза по сравнению с контролем. Вследствие этого резко возрастает местное эндокринное обеспечение органа. Оно становится в 6,5 раза больше по сравнению с нормой и в 5,5 раза – с предыдущим сроком исследования. Выводы: в динамике развития ларингита происходят фазовые преобразования местного эндокринного обеспечения органа. Повышение эндокринного обеспечения имеет адаптивное значение, предотвращая чрезмерную пролиферацию эпителиоцитов. Однако их гиперплазия приводит к резкому отеку слизистой оболочки гортани. При различных воздействиях (влияние экологических факторов, диагностических манипуляциях, операциях), в результате возможен массивный выброс их секрета. Результаты проведенного исследования могут быть использованы для патогенетического лечения воспалительных заболеваний гортани.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДОЛГИТ КРЕМА С ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕДУРАМИ

Ф.И. Хамрабаева, Л.И. Юлдашева, С.Р. Кадилова

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель исследования: оценить эффективность лечения Долгит крема у больных с ревматоидным артритом при различных методах применения: электро- и ультрафонофорезом и магнитотерапией.

Материал и методы исследования: Всего было обследовано 30 пациентов ревматоидным артритом. Долгит крем применяли: ультрафонофорезом (режим – непрерывный, интенсивность от 0,2-0,4 Вт/см² (паравер-

тебрально), 0,4-0,8 Вт/см² (локально), время экспозиции от 3-5 мин, на курс 8-10 процедур е/д); электрофорезом (интенсивность тока от 0,1-0,5 мА/см², препарат вводится с катода в течение 10-15 мин (25 больных), на курс 8-10 процедур е/д); магнитотерапией (частота 75-100Гц, магнитная индукция 30-35 мТл, в течение 15-20 мин, на курс 8-10 процедур е/д).

Результаты исследования: в результате проделанных исследований можно придти к выводу, что применение долгит крема ультрафонофорезом положительно сказывается на состоянии трофических процессах в мышцах, фиброзной капсуле, связочном и сумочном аппарате пораженных суставов у больных ревматоидным артритом. Кроме того, после проведенного лечения, в сыворотке крови этих пациентов наблюдалось улучшение показателей отражающие состояние аутоагрессии (уменьшение содержания в крови ревматоидного фактора, антикардиальных антител). Было доказано, что применение долгит крема электрофорезом в лечении больных ревматоидным артритом оказывает противовоспалительное действие, что, по-видимому,

является следствием активации глюкокортикоидной функции коры надпочечников, улучшаем нарушенного белкового обмена и ферментативных процессов. Исследования показали, что магнитотерапия примененная с данным препаратом у больных ревматоидным артритом оказывает выраженное противовоспалительное, антиаллергическое, обезболивающее действие, восстанавливает нарушенную сосудистую проницаемость, улучшает белковый обмен и ферментативные процессы, а также, улучшает гуморальный (уменьшение в крови уровня иммуноглобулинов класса G, A, M), клеточный иммунитет и следовательно, общую иммунологическую реактивность.

Таким образом, применение в лечение больных ревматоидным артритом долгит крема методами физиотерапии является более эффективным, по сравнению с традиционными использованием в виде массажа, за счет усиления действия активного вещества при помощи гальванического тока, магнитных полей и механического колебания среды.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ЭРОЗИВНОЙ ФОРМОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Ф.И. Хамрабаева, Д.А. Султанова, С.Р. Кадирова

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель работы: исследование эффективности комплексного лечения с применением транскраниальной электростимуляции (ТЭС-терапии) у пациентов с ГЭРБ.

Материалы и методы: нами обследовано 60 пациентов с эрозивной формой ГЭРБ в возрасте от 21 до 67 лет без признаков стеноза выходного отдела желудка, без операций на желудке в анамнезе. Длительность заболевания от 1 года до 27 лет. Диагноз «ГЭРБ» устанавливался по клиническим, рентгенэндоскопическим данным. Всем пациентам проводилось медикаментозное лечение (Рабемак 20 мг 2 р/день, Фосфалюгель по 1 пакетику 3 р/день, Итомед по 1 т 3 р/д.). В основной группе (30 пациентов) лечение сочеталось с транскраниальной электростимуляцией. Методика лечения ГЭРБ включала электростимуляцию прямоугольными импульсами с частотой 77 Гц, длительностью импульсов 3,5 мс, сеансом в 40 мин, силу тока плавно увеличивали за 1-2 минуты до 1,5-2,0 мА, курсом из 10-15 сеансов ежедневно. Электростимуляцию осуществляли с электродами, расположенными на лбу и позади ушных раковин. Лечение

проводилось прибором «Трансаир-03». Контрольная группа (только медикаментозное лечение) составляла 30 человек. Фиброэзофагогастродуоденоскопия проводилась до и после курса лечения. Степень эзофагита оценивалась по ЛосАнджелесской классификации, выраженность болевого синдрома – по шкале субъективных ощущений пациентов.

Результаты: через 2 недели в результате проведенного лечения отсутствие эрозий в пищеводе отмечено у 66,7% пациентов в основной группе и у 46,7% в контрольной группе. У всех пациентов основной группы боли отсутствовали, в контрольной – только у 66,7%. В группе с применением ТЭС-терапии на 20% выше процент заживления эрозий в пищеводе и полностью купирован болевой синдром.

Выводы: Применение ТЭС-терапии в комплексном лечении эрозивных форм ГЭРБ позволяет активировать процессы заживления дефектов слизистой пищевода и полностью купировать болевой синдром.

ПРИМЕНЕНИЕ ОМЕГА-3 ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПОТИРЕОЗЕ

Х.Т. Хамраев, В.А. Ким, Д.Х. Хамраева

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Оценить эффективность омега-3 жирных кислот в профилактике нервно-психических нарушений у детей при врожденном гипотиреозе (ВГ).

Материалы и методы исследования: Обследовано 32 ребенка с ВГ в возрасте от 7 до 16 лет (средний возраст 9,7лет±2,4 лет), из них мальчиков 19, девочек 13. Все дети получали постоянную заместительную терапию препаратами левотироксина в адекватных дозах, что оценивали по стойко нормальному уровню ТТГ. Исследования проводили на базе Областного скрининг центра. Для определения интеллектуального развития использовали тесты Векслера и Слоссона (1997,1999). Дети были разделены на 2 группы, 1 группа 17 детей которые наряду с

заместительной терапией получали в зависимости от возраста 1-2 капсулы омега 3 жирных кислот 1 раз в день во время еды в течении 3 месяцев. 2 группа-15 детей которые получали только заместительную терапию.

Результаты: При анализе гормонального статуса детей 1 и 2 группы было выявлено, что ТТГ в среднем составил 10,7±4,1 мУ/мл, а Т₄ и Т₃: 125,6±21,5 нмоль/л, Т₃ 1,22±0,31 нмоль/л, т.е. все показатели гомонов находились в пределах нормы. Однако, несмотря на адекватное лечение у некоторых детей наблюдались случаи повышения уровня ТТГ, что возможно было связано, с нарушением дозирования препарата, или у больных с ВГ наблюдалась диарея и дисбактериоз кишечника, при

которых нарушаются всасывание лекарственного препарата. У детей с ВГ задержка роста встречалась с 10,3% случаев и ее частота не зависела от времени начала заместительной терапии ($p > 0,05$). Это согласуется с мнением большинства отечественных и зарубежных авторов. Ожирение у детей с ВГ встречалось в 9,5% случаев не зависимо от сроков начала лечения. Дефицит веса в нашем исследовании не встречался. Средний уровень общего интеллектуального развития детей с ВГ в возрасте от 7 до 16 лет составил $80,2 \pm 2,3$ бала по методике Векслера, $77,5 \pm 2,4$ балла для вербальных навыков и $85,8 \pm 3,0$ балла для невербальных, при этом коэффициент интеллектуального развития для невербальных навыков достоверно выше этого же показателя для вербальных ($P < 0,05$). Коэффициент интеллектуального развития мальчиков с ВГ был достоверно выше коэффициента интеллектуального развития девочек, как для вербальных, так и для невербальных навыков. При оценке

уровня интеллектуального развития детей сравниваемых групп выявлены статистически значимые различия. Так у детей 1 группы после применения омега 3 жирных кислот в составе заместительной терапии коэффициент интеллектуального развития оказался равным $IQ_1 = 84,3 \pm 5,2$, а во второй группе $IQ_2 = 72,6 \pm 3,1$, т.е. дети 1 группы имели более высокие показатели коэффициента интеллекта по сравнению с детьми другой группы ($p < 0,05$). Среди больных 1 группы умственная отсталость диагностировали лишь у 1 больного (5,8%), тогда как 2 группе умственная отсталость встречалась у 2 детей (13,3%).

Таким образом, анализируя выше перечисленные факты можно сделать вывод, что применение омега 3 жирных кислот у детей с врожденным гипотиреозом на фоне заместительной терапии способствует повышению уровня нервно-психического развития детей, приближая его к развитию здорового ребенка.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Л.К. Хамраева, С.Т. Джурабекова

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью исследования: ранняя диагностика послеродовых инфекционных заболеваний и улучшение результатов их лечения.

Задачи исследования: выявление частоты послеродовых инфекционных заболеваний, ранняя диагностика и улучшение результатов лечения.

Материалы и методы исследования: исследование женщины с послеродовыми инфекционными осложнениями по родильному комплексу № 3 всего 140 случаев, за последние 2 года. У них взяты анализ крови, мочи, мазки из влагалища на степень чистоты. Биохимические анализы крови произведены у 87 (62,1%), в том числе коагулограмм у 46 (32,8%), анализ мочи по Ничепоренко у 28 (20%).

Обсуждения результатов: по нашим данным первородящих было 72 (51%), а повторнородящих 68 (49%). При изучении течения родов выявлено, что преждевременные роды наблюдались у 27%, срочные роды у 63% женщин. Домохозяйки 74 женщины (53%), а рабочих 66 (47%); городские жители составили 39% (54), а сельские 61% - 86. Высокая заболеваемость послеродовым эндометритом наблюдается в летнее время 50 (36%). Повышение лейкоцитов от $7-10 \times 10^9$ /л наблюдалось у 78 (56%) родильниц. СОЭ 10-40 мм в час встречается чаще у 76 (54%) родильниц с эндометритом. Частота ПГСЗ после физиологических родов составила 43 (0,6%), после патологических родов она возрастает до 65 (3,3%) случаев, после кесарева сечения до 32 (2%). Инфицирование раны промежности после проведенной эпизиотомии 25 (18%), перитонит после операции кесарева сечения наблюдался у 1 (3,1%) тромбофлебиты – у 4 (3%). Проявление осложнений наблюдалось на 2-е сутки у 28 (20%), на 3

сутки у 40 (28,6%), 4-е сутки у 32 (22,9%), 5-е сутки – у 20 (14,3%), 6-8-е сутки у 20 (14,3%). Нами изучены факторы приводящие к ПРГЗ: анемия 80 (57%), угроза прерывания беременности – 32 (23%), ОРВИ – 16 (11%), гипертензивные состояния – 24 (17%), кольпиты – 17 (12%), многоводие – 8 (6%), бактериальные и вирусные инфекции – 8 (6%), варикозное расширение вен нижних конечностей – 4 (3%), предлежание плаценты 4 (3%), пиелонефрит в стадии обострения 6 (4%), преждевременное излитие околоплодных вод 24 (17%), безводный период до 12 ч – 6, до 24 часов – 14. До 48 ч – 4, запоздалые роды – 20 (14%), слабость родовых сил 10 (1%), кесарево сечение – 32 (23%) эпизиотомия с последующей эпизиотомией – 25 (19%), травматизм в родах – 30 (21%), акушерские вмешательства в родах – 18 (13%). Послеродовый эндометрит встречался у 130 родильниц из них послеоперационные составили 32; 1 случай осложнился послеоперационным перитонитом. Стертая форма эндометрита у нас наблюдалась в 47 (35%) случаев. Лечение послеродового эндометрита проводилось в двух направлениях: проведен бак. посев – лечение проводилось учитывая чувствительность к антибиотикам, эффект от лечения достигался уже на 3-4 сутки; лечение начиналось с назначения антибиотиков широкого спектра действия у 20 женщин клиника уменьшилась, но полного излечения не было, только после получения ответа бак. посева лечение пересматривалось эффект наступал на 5-6 сутки.

Выводы: рациональная тактика лечения включает этиопатогенетическое, антибиотикотерапию после определения чувствительности микробов к антибиотикам.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СУТОЧНОГО НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ГЛЮКОЗЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Д.Х. Хамраева, Х.Т. Хамраев, Н.Л. Бабаева

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Определить клинически и фармако-экономически эффективный способ инсулинотерапии для обеспечения оптимального метаболического контроля сахарного диабета (СД) 1 типа, минимизации риска развития его осложнений.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены 33 пациента с сахарным диабетом 1 типа, длительность заболевания составила от 6 месяцев до 25 лет. Возраст пациентов составлял от 15 лет до 45 лет. Наличие осложнений сахарного диабета определялось

по данным медицинской документации, а также на основании проведенных дополнительных исследований: Степень компенсации углеводного обмена оценивали по уровню глюкозы на основании изучения суточных колебаний гликемии у исследуемых пациентов (тощачковых и постпрандиальных уровней гликемии, уровня гликемии в ночное время), в капиллярной крови с помощью глюкометра и уровню гликозилированного гемоглобина (HbA1c). Кроме того, контроль гликемии в течение суток у исследуемых пациентов оценивался с использованием системы непрерывного мониторинга гликемии (СНМГ). В соответствии с протоколом исследования пациенты были разделены на 2 группы. Группа 1-пациенты, получавшие инсулинотерапию в режиме непрерывного подкожного введения инсулина при помощи инсулиновой помпы, (18 человек). Группа 2-пациенты, продолжавшие получать комбинацию инсулина гларгин (Лантус) плюс аналоги инсулина ультракороткого действия (15 человек).

Результаты: Компенсация углеводного обмена по уровню гликированного гемоглобина (HbA1c) исходно достигалась в группе 1 лишь у 7,5% пациентов, а в группе 2-у 8,3% пациентов. В ходе помповой терапии, проводимой в группе 1 и модификации интенсивной инсулинотерапии в группе 2 был достигнут хороший сахароснижающий эффект: в среднем в обеих исследуемых группах отмечалось клинически значимое и статистически достоверное улучшение показателей углеводного обмена, включая уровень гликемии натощак и постпрандиально, а также уровня HbA1c. В группе 1 уровень гликемии натощак снизился с $11,71 \pm 0,15$ ммоль/л до $7,2 \pm 0,04$ ммоль/л спустя 6 месяцев терапии, а через 12

месяцев терапии уровень гликемии натощак составил $7,8 \pm 0,12$ ммоль/л ($p < 0,05$). Уровень постпрандиальной гликемии в среднем по группе уменьшился с $13,2 \pm 0,24$ ммоль/л до $11,7 \pm 0,05$ ммоль/л через 6 месяцев терапии, причем через год наблюдения данный показатель также снизился до $8,1 \pm 0,13$ ммоль/л, что имеет важное прогностическое значение в плане профилактики как острых, так и хронических осложнений СД 1 типа. Особого внимания заслуживает положительная динамика такого важного параметра, отражающего степень компенсации углеводного обмена, как гликированный гемоглобин. Значение данного показателя уменьшилось уже через 6 месяцев терапии почти вдвое - $6,72 \pm 0,15\%$, а через 1 год после перевода на помповую терапию средний уровень HbA1c в данной группе пациентов составил $7,0 \pm 0,11\%$, что подтверждает выраженный долгосрочный эффект данного способа инсулинотерапии. Целевые уровни контроля гликемии наблюдались (по уровню HbA1c) у 7,5% пациентов исходно и у 42% пациентов через год терапии. Улучшение показателей углеводного обмена на фоне непрерывного подкожного введения инсулина подтверждалась данными СНМГ: достигалось значительное улучшение средних значений гликемии и снижение вариабельности гликемии в течение суток.

Таким образом, несмотря на то, что оба рассмотренных варианта инсулинотерапии позволяли контролировать средний уровень гликемии в течение суток в пределах близких к установленному диапазону ($3,9-10,0$ ммоль/л), однако именно непрерывное подкожное введение инсулина обеспечивало большую стабильность гликемии в течение суток и достижение целевых значений по большинству параметров углеводного обмена.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Н.А. Хамраева

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: изучить эффективность физических методов лечения больных с анкилозирующим спондилоартритом с учетом клинического течения заболевания.

Материал и методы исследования: обследованы 60 больных в возрасте от 30 до 57 лет, с давностью заболевания от 1 до 10 лет. Признаки активности I степени определялись у 38,6%, II степени - у 61,4%. У больных I (рентгенологическая) стадия сакроилеита установлена у 27,0%, II стадия - у 63,0%, III - у 11 % больных. Клиническое обследование больных оценивали по интенсивности боли, двигательной активности позвоночника для чего использовались симптомы Томайера, Отто, Шобера. Все больные были разделены на четыре группы, идентичные по клинической картине. Больные I группы принимали дециметроволновую (ДМВ) терапию (продолжительность терапии 10-15 минут, курс 12-14 процедур, ежедневно), II группы - индуктотермию (продолжительность 10-15 минут, курс 12-14 процедур), III группы - ультразвук (продолжительность 15-20 минут, курс 12-14 процедур), IV группы - фонофорез (продолжительность 15-20 минут, курс 12-14 процедур). Все пациенты принимали поддерживающую противовоспалительную терапию.

Результаты: общая эффективность лечения определялась по совокупной оценке динамики клинических симптомов, лабораторных показателей и обозначалась

как значительное улучшение, улучшение, без перемен и ухудшение. Динамическое наблюдение показало, что улучшение самочувствия и ослабление основных клинических симптомов заболевания наступало после 4-8 процедур. В ходе исследования при ДМВ терапии наблюдалось значительное улучшение у 44,0%, улучшение - у 36,7%, без перемен - у 15,0%, ухудшение - у 3,3%. При индуктотермии: значительное улучшение у 30,0%, улучшение - у 50,0%, без перемен - у 16,6%, ухудшение - у 3,4%. При использовании ультразвука: значительное улучшение у 20,0%, улучшение - у 45,0%, без перемен - у 27,7 %, ухудшение - у 7,5%. В группе, которой лечили фонофорезом: значительное улучшение у 45,5 %, улучшение - у 47,7%, без перемен - у 6,8%, ухудшение - не наблюдалось.

Таким образом, у больных анкилозирующим спондилоартритом высокий эффект достигается после воздействий фонофореза (93,2%). Эффективность при применении ДМВ терапии и индуктотермии составляет 80,7 и 80,0%, ультразвука - 65,0%. При I степени активности действие физических факторов примерно равное и каждый может быть методом выбора. При II степени активности у больных с центральной формой анкилозирующего спондилоартрита лучший эффект получен после ДМВ-терапии, при периферической и ризомиелической форме - фонофореза, что следует учитывать при назначении физиотерапии.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ

М.М. Хасанов, И.Б. Эргашев

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: Изучение влияния терапии на процесс реабилитации больных с травмами кистей и нервных стволов, переносимость реабилитируемым нагрузочные лечебные комплексы.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 50 мужчин в возрасте от 20 до 50 лет. У 23 из них были травмы костей верхних и нижних конечностей, у 24 больных они сочетались с повреждениями периферических нервов, а у 3 были только повреждения периферических нервов. Всем пострадавшим в остром периоде на госпитальном этапе при необходимости производилась хирургическая обработка ран с последующей фиксацией отломков или иммобилизацией конечностей. Из 23 больных с последствиями травм костей без повреждения нервов 15 поступили в санаторий спустя 1-2 месяца, 4 – через 3-4 и лишь один через 6 мес после операции. Из 27 больных с повреждением нервных стволов у 8 был полный перерыв с последующим сшиванием нерва на госпитальном этапе, у 17 – ушиб и сдавление нерва. Длительность заболевания до момента поступления в санаторий у больных этой группы составила: от 1-до 4 мес-у 8, 4-8 мес-у 8, 8-12 мес-у 14 и более года – у 4 больных. Период от последнего оперативного вмешательства до поступления в санаторий у 30 человек составлял 1-2 мес, у 5-3-4 месяца. При выборе метода реабилитации больных с повреждениями костей и нервов на санаторном этапе учитывали клиническую картину, стадию процесса и уровень восстановления функции конечности, достигнутый на предыдущем этапе. У 45 больных реабилитация на санаторном этапе носила завершающий характер, у 14 реабилитационный этап был промежуточным, подгото-

вительным для дальнейшего специализированного хирургического лечения. Схема и последовательность процедур реализовались методом индивидуальной коррекции. Динамический контроль за общим состоянием больного, переносимостью и эффективностью проводимого восстановительного лечения осуществлялся по антропометрическим данным, результатам динамометрии, гониометрии, электрофизиологического исследования, рентгенографии, а также лабораторных клинических и биохимических исследований.

Результаты. Установлено, что при динамических наблюдениях впервые применяемые интенсивные бальнеогрязевые лечебные комплексы в сочетании с аппаратной физиотерапией, лечебной физкультурой, иглотерапией, массажем более эффективны, чем традиционная методика раздельного применения минеральных вод и грязей. При хорошей переносимости процедур больные отмечали улучшение общего самочувствия, повышение физической и умственной работоспособности.

Выводы. Нагрузочные лечебные комплексы, включающие угле кислородные ванны в сочетании с грязевыми процедурами и переформированными физическими факторами, легко переносятся больными и повышают на 30-35% эффективность санаторно-курортного лечения больных с травматическими повреждениями костей и периферических нервов. Более эффективным реабилитационное лечение оказалось в случаях, когда было начато в более ранние сроки от момента получения травмы или хирургического вмешательства.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ КИСТАХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ

С.А. Хасанов, М.Г. Бобохонов

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Анализ результатов современных эндоскопических вмешательств при кистах верхнечелюстной пазухи.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно изучены истории болезни пациентов, обратившихся в ЛОР отделение МСО №2 Республики Узбекистан, с целью оперативного лечения кист верхнечелюстных пазух носа за 2008-2013 год. В общей сложности за изучаемый период обратились 32 пациента, 18 мужчин, 14 женщин.

Результаты исследования. Всем пациентам произведено хирургическое лечение – от традиционной операции на гайморовой пазухе Калдуэл-Люка (6,25%), микрогайморотомии (81,25%) до функциональных эндоназальных ринохирургических операций (12,5%) на ВЧП под общим обезболиванием. При отсутствии признаков воспаления кист, ограничивались удалением

кисты, не расширяя естественное соустье верхнечелюстной пазухи и сохраняя его функцию. В отдалённом периоде рецидив кистозного гайморита, после эндоскопического удаления кистозного мешка с сохранением функции верхнечелюстной пазухи, наблюдался в одном (6,25%) случае. Тогда как после традиционной операции все больные жаловались на дискомфорт, понижение чувствительности на стороне операции.

Вывод. Исследование показывает высокую эффективность применения эндоназальной эндоскопической ринохирургии в лечении кист ВЧП. Убедительный медицинский, а также социальный и экономический эффект эндоскопических ринохирургических технологий доказывает более широкое внедрение в ЛОР стационарах Республики Узбекистан.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

К.Д. Хасанова

Ташкентская медицинская академия

Целью: настоящего исследования стало изучение и описание проявлений антисоциального поведения у

больных опийной наркоманией как не совершавших, так и совершавших противоправные деяния.

Объекты и методы исследования: клиническому обследованию подверглись 57 пациентов со II стадией опийной наркомании, фаза ремиссии. Выборку составили мужчины-наркоманы в возрастном интервале от 18 до 35 лет. В первую группу вошли 30 чел. — больные наркоманией, не совершавшие противоправных действий. Вторую группу в количестве 27 чел. составили больные наркоманией, осужденные за совершение имущественных преступлений. Средний возраст обеих обследованных групп составил 26 ± 1 года. Клинико-катамнестический метод.

Методы исследования: агрессивность проявлялась в нарушениях общественных норм поведения которые достоверно реже встречались у обследуемых первой группы по сравнению с второй группы (38,3% против 54,3%; $P < 0,05$). Также достоверно реже первые имели приводы в милицию (13,3% против 31,5%; $P < 0,05$). При этом выявлена разная мотивация совершения асоциальных и антисоциальных действий. У опиоманов-правонарушителей установлено достоверно более частое (49,1%) по сравнению с неосужденными больными (23,3%; $P < 0,05$) провоцирование ситуаций с высоким риском для жизни. Группу больных, находящихся в местах лишения свободы, отличал достоверно более высокий уровень представленности в сознании идей смерти, фантазий на тему бессмертия (47,3% - вторая группа, против 21,6% - вторая группа; $P < 0,05$).

Подавляющее число больных было безработными: 63,3% в первой группе и 75,4% - во второй ($P > 0,05$). На непостоянной низкоквалифицированной работе были заняты 36,7 и 24,6% соответственно. Депрессивная симптоматика с суицидальными мыслями (20% — первая группа против 28,0% - вторая группа). Наиболее высокий уровень конфликтности выявлен в семьях наркоманов, не имеющих судимости (31,6% против 12,2%; $P < 0,05$).

Более половины больных наркоманией обеих групп (51,6 и 54,3%; $P > 0,05$) сообщили, что под влиянием критики или требований близких родственников совершали действия, заведомо ведущие к ухудшению ситуации. При невозможности реализации поставленных целей, связанных с наркотизацией, у больных первой группы достоверно чаще, чем у пациентов второй группы, отмечались: склонность к драматизации, негативной оценке событий и фактов, переживания чувства вины (40,0% против 19,2%; $P < 0,05$), недовольства собой, жизненного краха (36,6% против 14,0%; $P < 0,05$), частые угрызения совести (38,3% против 22,8%; $P < 0,05$). Личностные девиации в обеих группах возникало задолго до разрыва семейных отношений. У больных наркоманией без правонарушений по сравнению с осужденными пациентами (41,6% против 19,2%; $P < 0,05$) выявлено преобладание суицидогенной триады А. Бека, которая усиливалась после ухода из семьи. Пациенты, проживающие с родителями (их было больше среди неосужденных - 71,7% против 63,3%; $P > 0,05$), не стремились к созданию своей семьи. Количество больных, имеющих собственную семью, в группах существенно не различалось (20,0% против 26,3%; $P > 0,05$).

Вывод: признаками асоциального поведения при опийной наркомании следующие: отсутствие предварительного планирования, повторяемость асоциального поведения, невысокая степень осознаваемости последствий данного поведения. В группе наркоманов, не совершавших правонарушений личностные девиации проявляется преимущественно ($P < 0,05$) на микросоциальном (семейном) уровне; в группе опиоманов-правонарушителей - на социальном уровне.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСКОВЕННЫМИ РАДИКУЛОПАТИЯМИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА

Э.М. Мирджурев, Н.А. Хикматова

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель исследования: разработка и научная обоснованность вопросов комплексной реабилитации больных с поясничными дисковенными радикулопатиями.

Материалом исследования послужили данные 102 больных с дисковенными радикулопатиями пояснично-крестцового отдела позвоночника в возрасте от 23 до 55 лет, находившиеся на стационарном лечении в неврологическом отделении ГКБ№1 г. Ташкента. Мужчин было 57(55,8%); женщин 45(44,2%). Из методов обследования больным проведена рентгенография позвоночника; КТ, МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника и ЭНМГ. Для оценки выраженности болевого синдрома использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ). У всех больных отмечался дефанс поясничных мышц с ограничением наклонов туловища, положительный симптом Лассега, Вассермана с той или другой стороны. По результатам исследования ЭНМГ-показателей в зависимости от уровня расположения грыжевого выпячивания, выявлялась четкая дифференциация нарушений преимущественно по большеберцовому и малоберцовому нервам. При расположении грыжи межпозвонкового диска на уровне L5, регистрировалось преимущественное снижение СПИ по афферентным волокнам малоберцового нерва, при сохраненных значениях СПИ по эфферентным волокнам, что вело к повышению мотосенсорного коэффициента малоберцового нерва. Показатели максимальной амплитуды

М-ответа снижены по обоим исследованным нервам, однако эти изменения в большей степени имели место по волокнам малоберцового нерва, что в свою очередь привело к уменьшению количества функционирующих ДЕ по указанному нерву.

Пациенты были разделены на две группы: основную составили 52 пациента(50,9%); группу сравнения 50 пациентов (49,1%). Всем больным проводили медикаментозное (НПВС; антихолинэстеразные препараты; витамины группы В; биостимуляторы) и физиотерапевтическое (ультрафонофорез; массаж) лечение. Пациентам основной группы (52пациента(50,9%)) был назначен также курс иглорефлексотерапии. Для седации болезненных точек мочевого пузыря и почек тонизировали точки R7фу-лю, R10инь-гу, V40вэй-чжун и V60кунь-лунь; чтобы седатировать болезненные точки меридиана желчного пузыря и печени -тонизировали F3 тай-чун, F8цой-цюань, E3бэцзю-сань-ли. По меридиану селезенки - поджелудочной железы использовали E34лян-цю, E40фен-лун, RP3тай-бай, RP10сюе-хай, V59фу-ян. Для аурикулотерапии воспользовались точками AP52 седальничный нерв, AP40 поясничный отдел позвоночника. Составили рецепт по точками и вводили иглы на 10 минут. После лечения иглорефлексотерапии сразу проводилась электронейростимуляционная терапия с коррекцией движения с помощью аппарата электронейромиографа Медикор (Венгрия). Электронейрости-

муляция проведена по ходу седалищного; большеберцового и малоберцового нерва током от 2 до 8 имп/сек. Для снижения миофасциального болевого синдрома и уменьшения атрофии мышц проведена электростимуляция большеберцовой мышцы; в которой активный электрод установлен на верхнюю треть голени по переднебоковой поверхности в области мышечного брюшка. При электростимуляции трехглавой мышцы голени активный электрод поставлен над головками икроножных мышц; индифферентный электрод на нижней трети голени. Для снижения болевого синдрома к лечению больных основной группы добавляли Долак 1,0 в/м в течение 3 дней, с продолжением таб. Мелокса по 1 табх1 раз в день №10. У всех пациентов основной группы после лечения наблюдалась достоверная положительная динамика: полное исчезновение болей в спине по окончании курса лечения отмечали у 20 (38,5%) пациентов; а уменьшение выраженности боли у 32 (61,5%) пациентов. Общая эффективность лечения в основной группе составила 96,2%. У 2-х (3,7%) больных из основной группы интенсивность болей в спине не из-

менилась. ЭНМГ исследование после курса лечения показало, что у 50 больных основной группы скорость проведения импульса восстановилось, отмечалось увеличение скорости проведения импульса СПИЭФФ по ходу n.tibialis. Что и было подтверждено данными повторного ЭНМГ исследования: повысилась амплитуда М-ответа и уменьшился их латентный период с увеличением числа двигательных единиц.

Результаты: общая эффективность лечения в контрольной группе составили 36 (72%); у 10 (20%) больных болевой синдром не претерпел существенных изменений после лечения; причем у 4 (8%) из них не зарегистрировано объективной динамики.

Выводы: результаты разработанного комплексного консервативного лечения больных с дискогенными радикулопатиями, с грыжей межпозвонковых дисков позволяют считать его одним из эффективных методов лечения данной патологии и у большинства пациентов позволяет избежать хирургического вмешательства, снизить процент инвалидизации.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДАСТАТОЧНОСТЬЮ

Ш.И. Ходжанова, Д.А. Эгамбердиева, М.Б. Ниязова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: оценка эффективности использования физиотерапии в комплексном лечении и реабилитации больных с гипертонической болезнью, осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы: обследованы 30 больных с гипертонической болезнью осложненный ХСН: ФК I-II а стадии проходившие стационарное лечение. Из них женщин-14, мужчин-16. Средний возраст больных (64±3,6). Больным проведено клиническое, лабораторное и инструментальные исследования. При поступлении больные предъявляли жалобы на головные боли, головокружение, шум в ушах перебои в работе сердца, одышку и сердцебиение при физической нагрузке, чувство тревоги, общую слабость и утомляемость.

Больные разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 15 пациентов, которым проводилась стандартная терапия; 15 пациентов 2-й группы получали стандартную медикаментозную терапию и физиотерапию, кото-

рая включала применения магнито-лазеротерапию и электросон.

Методика лечения: магнитолазеротерапия проводилась по стабильной методике, длина волны непрерывного инфракрасного излучения 0,85 мкм, суммарная выходная мощность 30 мВт по 3 мин на точку, на курс 10 процедур ЛФК проводилась индивидуально по 10 мин ежедневно, на курс 10 процедур. Электросон сила тока 5 мА, 30 мин, №10 ч/д.

Результаты исследования: в результате проведенного лечения у больных 1-й группы повысилась артериальное давление и уменьшились симптомы болезни. А у больных 2 ой группы получавшие помимо стандартной терапии физиотерапевтическое лечение артериальное давление были ниже по сравнению с группой контроля.

Таким образом, применение в стандартную медикаментозную терапию физиотерапию больным с ГБ осложненной ХСН оказало благоприятный терапевтический эффект на этапе реабилитации.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ш.И. Ходжанова, Д.А. Эгамбердиева, М.Б. Ниязова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: изучение эффективности обучающей программы на основе информационно-психологических методик у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы: были изучены результаты лечения в условиях стационарного лечения у 40 больных с АГ II стадии I-III степени в возрасте 45 до 60 лет (средний возраст 43,4±2,5 года) с длительностью заболевания 11,5±1,3 года. Среди них мужчин 65,5 % было.

Больным проведено клиническое, лабораторное и инструментальные исследования. Лечение больных АГ проводилось согласно стандартам и дополнительно применялись образовательная программа, позволяющая

выявлять частоты фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССР).

Результаты исследования: анализ частоты факторы риска ССЗ у больных АГ показал, что курили 75,2%, употребляли алкоголь 66,7%, имели психоэмоциональный стресс 58,8%, вредные пищевые привычки 79,6%, избыточную массу тела 34,6%, отягощенную анамнез 67,5%, вели малоподвижный образ жизни 69,3%. При комплексном лечении больных АГ с проведением образовательной программы в условиях стационарного лечения отмечалось повышение уровня навыков по самостоятельному измерению артериального давления (АД) с 22 до 93% (p<0,05), повысилась заинтересованность в зна-

ниях об уровне холестерина, ежедневно измеряющих АД возросло с 8,5% до 34,6% ($p < 0,05$). Больные отметили, что проводимое обучение положительно повлияло также на рацион питания: уменьшили потребление животных жиров, кофе и соли, увеличили количество растительных жиров, овощей, 23,7% больные стали выкуривать меньшее количество сигарет в день. У больных с АГ I степени наблюдалось снижение систолического АД на 22,3% и диастолического АД - на 12,1%, при АГ II степе-

ни - на 12,4% и 8,25, соответственно, при АГ III степени - на 8,7 и 6,4% соответственно.

Выводы: результаты исследования показали, что обучающая программа, основанная на информационно-психологических методиках у больных АГ, повысила комплаентность к лечению, улучшила качество жизни, а это указывает о необходимости применения новых медицинских технологий в комплексном лечении в условиях стационарного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ПРЕДМЕТ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ НА УЧАСТКЕ ВОП

С.Б. Холбаев, Н.Э. Юлдашева, Н. Халилова, М.Х. Валиева

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: оценить информированность населения о здоровом образе жизни и факторах сохранения здоровья на участке ВОП.

Материалы и методы: исследование проводилось врачами общей практики на территории поликлиники №3 г. Самарканда, специализированной по семейной медицине с использованием комплексного вопросника, который включал разделы, посвященные правильному питанию, физической активности, знание об индексе массы тела (ИМТ), знание об ожирении, артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД), инфаркта миокарда (ИМ). Помимо анкетирования, проводилось измерение АД, роста, массы тела, окружность талии и бедер по стандартным методикам. Критериями анализа послужили: неправильное питание, привычки питания, повышенное употребление соли, копченостей, обильное питание в вечернее и ночное время, избыточная масса тела: (ИМТ) индекс массы тела $> 30 \text{ кг/м}^2$; низкая физическая активность (НФА); преимущественно сидячая работа (или отсутствие работы) при отсутствии регулярных физических упражнений (как минимум 1 раз в неделю) в свободное время; знание о СД, АГ, ожирении, ИМ. Было обследовано случайная, стратифицированная по полу и возрасту выборка из числа жителей 18-72 лет на участке ВОП. Общее число обследованных 211 человек (97 мужчин и 114 женщин). Из обследованных 36,6% были в возрасте 18-34 лет, 41,4% - 34-64 лет и 22% - 64-72 лет.

Результаты и обсуждения: исследования по результатам осведомленности населения о ЗОЖ подтвердило высокую частоту важности изучаемых критериев среди взрослого населения. Анализ ответов показал, что в целом мужчины были несколько хуже осведомлены в данных вопросах, чем женщины. Кроме того, дефицит знаний был наиболее заметным среди лиц 18-37 лет. Знакомы с понятием «здоровый образ жизни» большинство опрошенных - 75,5% мужчин и 86,3% женщин, что подтверждает наличие в обществе информационного фона,

связанного с этим понятием. Оценивая возможные причины нездорового образа жизни, респонденты чаще всего указывали на психоэмоциональный стресс (77,3%), физические перегрузки (57,1%) и употребление кофе (55,3%). В то же время очень редко назывались такие важные потенциально коррегируемые ФР, как ИМТ (11,9%), повышенное потребление поваренной соли (5,9%), низкая физическая активность НФА (1,8%); заметно чаще указывался прием алкоголя (33,6%). Свободное от работы и учебы время женщины и мужчины проводят за выполнением различных домашних обязанностей (67,6% и 63,6% соответственно) и за просмотром телепередач (45% и 40,9%). Многие (36,4%) мужчины посещают кафе, бары и рестораны, а женщины вместо этого предпочитают чтение газет и журналов (22,5%). На занятия физкультурой и спортом как способа проведения свободного времени в своих анкетах не указали ни мужчины, ни женщины.

Выводы: показана низкая эффективность рутинных мероприятий по санитарной пропаганде и связанный с ней значительный дефицит знаний касающихся пищевых жиров и холестерина, физической активности и массы тела. Установлено, что контингентами наименьшим уровнем информированности являются мужчины и лица молодого возраста. Высокая распространенность ряд хронических неинфекционных заболеваний среди населения требует принятия энергичных профилактических мер. Для их успеха на популяционном уровне необходимо, чтобы люди имели достаточную информацию о здоровом образе жизни и основных факторах риска (ФР) развития заболеваний. Профилактическая работа по изменению образа жизни данной части популяции может быть весьма эффективным способом сохранения здоровья на хорошем уровне на долгие годы у большого числа людей. Для проведения такой работы могут быть использованы полученные в данном исследовании результаты.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД ПРОТИВОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ У БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Н.Х. Холиков, Д.С. Муродова, Ш.М. Кариев, Ш.Н. Тошматов

*Ташкентская медицинская академия,
Республиканский научный Центр нейрохирургии,
Ташкентский институт усовершенствования врачей*

Цель. Выбор наиболее оптимальной схемы противосудорожной терапии пациентам с новообразованиями больших полушарий головного мозга.

Материалы и методы. Нами было проведено описательное исследование, с использованием архивных историй отделения онкологии РНЦНХ за период с 2011 по

2013г. с учетом характера судорог, выбранного противосудорожного средства, характера опухоли и метода лечения. Были изучены истории болезней 82 пациентов, из которых у 31,2% были глиомы низкой степени злокачественности, у 52,3% были глиомы высокой степени злокачественности и у 27,5% имелись опухоли различ-

ного характера и включали эпендимомы, менингиомы и метастазы в головной мозг, как единичный или же множественные узлы.

Результаты и обсуждения. Приступы судорог, как первый признак заболевания, наблюдались чаще при глиомах низкой степени злокачественности (66% против 48%), и в целом у 75,8% больных с опухолями низкой степени злокачественности и у 80,0% с опухолями высокой степени злокачественности. Из всех пациентов с конвульсиями, 88% из них принимали препараты вальпроевой кислоты (ВПК) в качестве препарата первого ряда, и в качестве препаратов второго ряда рекомендовался либо, карбамазепин (КБЗ) или оксапин, мелепсин.

У пациентов, которым назначалась комбинация ВПК и КБЗ, отмечался наибольший ответ (82,3%) на проведенную терапию, с уменьшением частоты судорог у 52,5% и полным прекращением судорог у 47,5%. Не было выявлено корреляции между использованием ВПК и выживаемостью. Комбинация ВПК и КБЗ оказалась достаточно эффективной, если не удавалось достичь отсутствия конвульсий монотерапией ВПК.

Вывод: Данные наших результатов показывают, что включение карбамазепина, предпочтительнее в лечении медикаментозно резистентной симптоматической эпилепсии при новообразованиях головного мозга.

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ БОКСОМ В УСЛОВИЯХ ГОРОДА САМАРКАНДА

Д.А. Холова, И.Т. Саломов

Школа высшего спортивного мастерства по боксу Самаркандской области

Цель работы: определить функциональные особенности сердечно-сосудистой системы электрической системы у школьников, занимающихся боксом.

Материалы и методы исследования: клинико-инструментальное исследования проведено у 100 школьников, длительно (более 2-х лет) занимающихся боксом. Контрольную группу составляет 100 школьников, не занимающихся спортом.

Результаты: систолическое артериальное давление (САД) у мальчиков, занимающихся боксом намного ниже нежели чем у контрольной группы находясь в пределах от 2,8 до 2,9 литров. При относительно выраженной разницы САД и диастолического артериального давления (ДАД) у спортсменов показатели пульсового давления не отличается от контрольной группы.

Полученные результаты показателей артериального кровяного давления мы сравнивали с данными аналогичного исследования школьников города Самарканда в 1979 году. Отмечено, что за последние годы имеется тенденция нарастания САД у школьников не занимающихся спортом, приблизительно на 10-15 мм рт.столба, ДАД- до 7 мм рт.ст у школьников занимающихся спортом выше отмеченная разница в САД и не отмечено.

Особо следует подчеркнуть достаточно низкое САД у спортсменов. Несмотря на то, все спортсмены были максимально мотивированы выполнять физическую нагрузку, и отнести эти данные к отсутствию достижения истинных максимальных параметров не представляется правильным.

С целью определения резервные возможности организма боксёров, пределы функциональной способности системы кровообращения нами проводились дифференциальную нагрузку, соответствующего для детей занимающихся спортом (проба И.А. Шалкова-№8, спортивная нагрузка). Результаты исследования показали,

что в группе детей занимающиеся боксом в течение 1 года у большинства, т.е. 56 из 60 показатели пульса, дыхания и артериального давления нормализовались в течение 3-х минут после нагрузке. А у 4-х вышеуказанные показатели нормализовались в течение 5 минут.

В группе детей занимающихся 2 года, из 40 лишь у 2-х пульс, АД нормализовались в течение 5 мин. У всех детей (n=38) занимающихся, боксом более 2-х лет клинико-ортостатическая проба была положительная.

А в группе детей занимающиеся боксом в течение 3 года у 59 из 60 показатели пульса, дыхания и артериального давления нормализовались в течение 3-х минут после нагрузке. А у одного спортсмена подростка вышеуказанные показатели нормализовались в течение 5 минут. В группе подростков занимающихся более 3-х лет у всех спортсменов клинико-ортостатическая проба была положительная.

Так при ЭКГ исследование ЧСС спортсменов, занимающихся боксом, было значительно ниже, чем в общей популяции лиц аналогичных возрастных групп. У боксёров в возрасте 12-13 средняя ЧСС составила 70 уд/мин, то в общей популяции схожий возрастных категории лиц, 76 уд/мин. У боксёров 14-15 лет среднее значение ЧСС находятся на уровне 68 уд/мин, у школьников, не занимающихся спортом 74 уд/мин. Следует отметить, что максимально допустимые границы физиологической ЧСС (определяемые путём вычисления 2-98 го перцентилей) в общей популяции имеют для спортсменов по боксу нижний предел 48 уд/мин.

Таким образом, можно утверждать, что у юных спортсменов занимающихся боксом понижение систолического и диастолического артериального давления, и брадикардия расценивается как один из важнейших признаков адаптации организма к регулярным физическим нагрузкам.

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А.Т. Холтураев, У.Б. Самиев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: целью нашей работы было достижение ранней реабилитации у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, а также эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью инфракрасного лазерного облучения.

Материалы и методы исследования: исследование проводилось на базе терапевтических отделений в клинике СамМИ. Была отобрана группа из 45 больных в возрасте от 21 до 55 лет, из них 26 мужчин и 19 женщин. Основными жалобами, которые предъявляли пациенты

были: боль в гастродуоденальной зоне, изжога, отрыжка, тошнота, запоры. По клиническим данным 83,5% обследуемых особое внимание уделяли болевому синдрому, 58,9% больных самым неприятным из субъективных ощущений назвали диспептические явления, а 18,3% - расстройства стула. Подобранным нами 30 больным с язвой желудка (12) и двенадцатиперстной кишки (18) и 15 больным с эрозиями желудка и двенадцатиперстной кишки диагноз был подтвержден эндоскопическими и рентгенологическими методами. У этих больных в стационарных условиях в комплексе с традиционной терапией, проводилась физиотерапия по следующей методике: 10 процедур низкоинтенсивного лазерного излучения (длина волны 0,89 мкм, частота 80 Гц, мощность 5 Вт, время экспозиции 1 мин на поле) на эпигастральную область под мечевидным отростком грудины, на область проекции язвенного дефекта на переднюю брюшную стенку.

Результаты и их обсуждение: применение данной методики на 3й день приводило к уменьшению болевого синдрома у 89,6% пациентов, диспептического синдрома у 86,8%. Рубцевание язвенного дефекта к 14-му дню происходило в 92,3% случаев при язве желудка и 90,4% - при язве двенадцатиперстной кишки, эпителизация эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдалась в 98,0% случаев.

Таким образом, полученные результаты показывают, что включение в комплекс лечения язвенной болезни и эрозий гастродуоденальной зоны низкоинтенсивного лазерного лечения позволяет добиться ранней реабилитации больных, т.е. сократит период выздоровления и приводит к улучшению качества жизни пациентов. Лазерная терапия сокращает сроки лечения и рецидивы ЯБ в несколько раз по сравнению с традиционными методами медикаментозной терапии.

РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

А.Т. Холтураев, У.Б. Самиев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: изучить эффективность электросна и гальванотерапии при хроническом гепатите для нормализации состояния центральной и вегетативной нервной системы, а также улучшения нейрогуморальной регуляции организма.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе терапевтического отделения в клинике СамМИ. Была отобрана группа из 58 больных в возрасте от 19 до 65 лет, из них 33 мужчин и 25 женщин. Пациенты были разделены на две группы. Основная группа: 30 пациентов (17 мужчин, 13 женщин, средний возраст 41,2 лет) и контрольная группа - 28 пациентов (16 мужчин, 12 женщин, средний возраст 42,6 лет). Пациенты основной группы, принимали дополнительно к традиционной терапии, физиотерапию (электросон и гальванотерапию). Контрольная группа больных получила только традиционную терапию. Основными жалобами больных обеих групп были: общая слабость, нервозность, бессонница, быстрая утомляемость, раздражительность, угнетенное настроение, прогрессирующее похудание. Диагноз ХГ был поставлен на основании анамнеза, клинических данных, УЗИ, КТ и лабораторных исследований. Оценка тяжести состояния была определена по классификации принятой в 1994 г. в Лос-Анджелес (1994).

У этих больных в стационарных условиях в комплексе с традиционной терапией проводилась физио-

терапия по следующей методике: с помощью электросна и гальванотерапии. Проводилось общее воздействие и сегментарное — в зоне проекции симпатических ганглиев (Th₁—L₁) по задней поверхности тела, на зоны Захарьина — Геда, на воротниковую область. Процедуры оказывают легкое седативное и успокоительное действие, нормализуют сон больного.

Результаты и их обсуждение: в исследуемой группе из 30 больных у 26 отмечалось уменьшение нервозности, что было подтверждено клиническим показателем и составило 86,7%, у 4-х больных (13,3%) показатели остались на прежнем уровне. В контрольной группе из 28 больных бессонница уменьшилась у 16 человек, а у 12 — осталась на прежнем уровне, что составило 57% и 43% соответственно. Таким образом различия полученных результатов в группах достоверны (86,7% и 57%, $p < 0,05$). После проведенного лечения в основной группе 86,7% пациентов отметили улучшение состояния, в том числе уменьшение выраженности астенических явлений и нормализации нервной системы, в контрольной группе улучшение отметили 57% больных ($p < 0,05$).

Таким образом, полученные результаты показывают, что включение в комплексное лечение при хроническом гепатите физиотерапии: электросна и гальванотерапии позволяет ускорить восстановление нейрогуморальных нарушений и приводит к улучшению качества жизни пациентов.

РОЛЬ КИНЕЗОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Н.А. Хомова, Д.К. Ганиева

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: Улучшить качество жизни больных, страдающих остеохондрозом, и определить роль кинезотерапии в лечении и реабилитации данного заболевания.

Материал и методы исследования: Мы проводили клинические испытания на базе СП№32 Хамзиского района, г. Ташкента. Нами были отобраны 15 больных с установленным диагнозом «Остеохондроз шейного отдела позвоночника», получающих стандартное лечение, среди которых было 10 женщин в возрасте 30-45 лет и 5 мужчин в возрасте 35-45 лет. Кинезотерапия проводи-

лась в виде комплекса упражнений С.М. Бубновского в течение 1 месяца на фоне стандартного лечения. Контроль за пациентами осуществлялся в виде дневного патронажа 3 раза в неделю.

Результаты: С точки зрения кинезиологии, нарушение кровообращения происходит в мышечно-соединительной ткани позвоночного столба. В результате чего резко сокращается приток питательных веществ, направляемых к костям и межпозвоночным дискам, чем и обусловлено развитие патологических процессов, вызывающих остеохондроз. Ключевой идеей

кинезотерапии является то, что человеку необходимо преодолеть свой страх перед болью и не только не ограничивать физические нагрузки, как это рекомендуют при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, а наоборот, учащать и усиливать их. Т.к. основной жалобой пациентов была боль в области шеи, спускающаяся вниз, отдающая в плечо и предплечье, усиливающаяся после статического состояния, например, после сна или нахождения в неудобной позе, мы решили предложить пациентам комплекс упражнений Бубновского, снимающих болевой синдром:

Расслабление спины: Упражнение выполняется стоя на четвереньках. Расслабить спину.

Прогибание спины: Упражнение выполняется стоя на четвереньках, при этом следует медленно выгибать спину на выдохе и прогибаться на вдохе. Повторяют движение 20 раз.

Растягивающий шаг: Упражнение выполняется стоя на четвереньках. Сначала надо сесть на левую ногу и вытянуть правую назад. А левую руку при этом тянуть вперед. Поочередно менять ноги и руки при передвижении. Повторить 20 раз, исключив резкие движения.

Вытягивание живота: Выполняют лежа на спине, при этом ноги сгибают в коленях, руки находятся за головой. Подбородок прижимают к груди и на выходе сгибают туловище, стараются оторвать от пола лопатки и локтями коснуться коленей. При выполнении стараться достичь чувства жжения в мышцах живота. Повторить 20 раз.

После проведенного курса кинезотерапии у 8 из 10 женщин и у 4 из 5 мужчин полностью исчезли боли в спине, улучшилось настроение и работоспособность. Помимо того стали реже беспокоить головные боли и исчез шум в ушах.

Таким образом, длительная практика стандартного лечения остеохондроза доказывает, что полностью избавиться от этого заболевания с помощью покоя, таблеток, растений невозможно, после кратковременного затухания заболевание проявляется вновь. Наше исследование на 80% доказывает эффективность кинезотерапии в комплексном лечении остеохондроза, в связи с чем можно уверенно сказать, что данный метод может занять достойное место в лечении таких больных.

ДИНАМИКА ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ГРАЖДАН РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 ЛЕТ И СТАРШЕ

Е.В. Хроменкова

Республиканский научно-практический Центр спорта, (Республика Беларусь)

Цель работы: Целью настоящего исследования, выполненного в рамках проекта отраслевого назначения сотрудниками НИИ физической культуры «Разработать нормативные оценки физического статуса населения в возрасте от 6 до 60 лет и старше для Государственного физкультурно-оздоровительного комплекса Республики Беларусь» стало изучение уровня физической подготовленности различных поло-возрастных групп населения Республики Беларусь в соответствии со ступенями комплекса с применением.

Материал и методы исследования: В тестировании принимали участие 3960 человек 32 населенных пунктов 7 областей страны, 35 среднеобразовательных и 16 высших учебных заведений, 30 организаций и предприятий. Репрезентативность выборки обеспечивалась проведением исследований во всех областях Республики, в населенных пунктах с различной численностью населения, в ВУЗах и на предприятиях различного профиля. Полученные эмпирические данные были сгруппированы по поло-возрастному критерию по годам с 7 до 17 лет в связи с активным биологическим созреванием, а далее в соответствии со ступенями комплекса.

Результаты: На основании полученных данных можно констатировать, что прирост скоростно-силовых, координационных, скоростных, силовых способностей мышц брюшного пресса и гибкости у юношей и девушек заканчивается в возрасте 16 лет, силовых способностей мышц плечевого пояса – у юношей в 16 лет, а у девушек в 10. Начиная с 16 лет, с увеличивающимися темпами прирост в уровне развития двигательных способностей приобретает отрицательные тенденции, особенно заметные с 30 лет. К сожалению, тесты не носят «сквозного» характера, особенно для выявления уровня развития выносливости. В общих чертах улучшение результатов происходит до 10 лет, до 16 лет они стабилизируются.

Выводы: Полученные данные должны быть использованы не столько для констатации факта уровня и структуры здоровья населения, сколько в качестве маркеров эффективности функционирования систем здравоохранения, образования и, в первую очередь, физического воспитания.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ В ПРАКТИКЕ ВОП

М.Ж. Худойбердиева, М.Б. Бойкузиева, Ж.М. Худойбердиев, Я.Г. Усмонова

Андижанский государственный медицинский институт

Цель: Изучить факторов риска возникновения наркомании среди подростков в условиях городского врачебного пункта (ГВП).

Материалы и методы: Обследовано 288 подростков от 14 до 17 лет, из них 124 (55%) девочки, 164 (44,9%) мальчики. Была использована специальная анкета, направленная на выяснение наличия скрытых депрессивных состояний и уровень знаний наркотических веществ у подростков.

Основные результаты:

1) Среди опрошенных подростков 98 (67,7%) учатся в школе, 129 (21,9%) в колледжах, 61 (10,4%) нигде не учатся, работают в различных отраслях или занимаются домашними работами, особенно девочки;

2) 282 (97,9%) из опрошенных подростков знают о наркотических веществах;

3) 6 (2,08%) не имеют представление о наркотических веществах.

4) На вопрос, какие последствия от употребления наркотических веществ знаете? - правильно ответили

лишь 180 (62,5%); не охотно ответили 35 (12,2%); не интересуются 3 (1,1%); считают, что не имеет значения 70 (24,3%);

5) Среди обследованных подростков знают о признаках наркотических страсти таких как, подавленное настроение 221(76,7%); нарушение сна как один из признаков состояний знают лишь 25 (8,2%); упадок сил и утомляемость 12 (4,2%); отсутствие аппетита или наоборот чрезмерный аппетит 30 (10,3%);

6) Информацию о наркотических веществ, получили от различных источников: врачей 24%, учителей 22%, родителей 12% и средств массовой информации (газеты, радио, телевидения, рекламных роликов) 42%;

7) Имеет вредные привычки курить (сигарета) 25(8,2%);

8) Употребляет спиртное 18 (6,5%).

После обследования и беседы по вопросам последствий наркотических веществ и о мерах предупреждения, выразили желание получить информацию от врачей общего профиля 268 (94,9%) опрошенных подростков.

Выводы: Исследования показали, что большой контингент подростков 195 (67,7%) имеет высокие факторы риска (вредные привычки, переутомление от чрезмерных занятий, недопонимание со стороны родителей и

учителей, низкий статус среди сверстников, потери первой любви, самоуничижение и др.) которые могут быть причиной возникновения наркозависимости. Обучение подростков о мерах предупреждения возникновения наркозависимости, является высокоэффективным методом первичной профилактики.

Рекомендации: 1. Для предупреждения наркозависимости среди подростков, основным рычагом может играть хорошо подготовленный врач общей практики, который владеет навыками консультации подростка.

2. Наркозависимость может серьезно и глубоко отрицательно влиять на качество жизни, усвоения учебных программы и последующее трудоустройство подростков.

3. Проблемы подростков можно решать общими усилиями, вовлечением родителей, сотрудников махаллинских комитетов, работников школ и колледжей, использованием средств массовой информации, разработкой буклетов, широкомасштабно проведением санитарно-просветительных работ, организацией массовых спортивных игр.

4. Рационально организовать и активно вовлекать подростков на спортивные и культурно-массовые мероприятия.

УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ АМАЛИЁТИДА ЁСМИРЛАР ОРАСИДА НАРКОМАНИЯ КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ХАБАРДОРЛИГИ ИШЛАРИ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ

Ж.М. Худайбердиев, Г.У. Назарова, М.Б. Бойқўзиева, Я.Ф. Усмонова

Андижон давлат тиббиёт институти

Мақсад: Андижон тумани “Собир Рахимов” ҚВП худудига қарашли ўсмирлар орасида наркомания касаллиги бўйича хабардорлиги сифатини ошириш, беморларга тиббий хизмат сифатини яхшилаш.

Вазифалар: Андижон тумани “Собир Рахимов” ҚВП тиббий ходимларини наркомания касаллиги бўйича ўқитиш. Ўсмирлар ўртасида наркомания касаллиги бўйича хабардорлиги даражасини аниқлаш. ҚВП шароитида наркомания тарқалишини олдини олиш чора тadbирларини сифатини яхшилаш. Ўсмирлар учун наркомания профилактикасига қаратилган тавсиялар, тахририй материаллар ишлаб чиқиш.

Иزلанишлар: Андижон тумани “Собир Рахимов” ҚВП худудига олиб борилди. Ишни олиб бориш жараёнида ҚВПнинг 12-17 ёшлардаги аҳолиси орасидан тасодифий танлаш йўли билан 34 та кишини ажратиб олдик. Ажратиб олинган аҳолининг ёш ва жинс таркиби деярли ҳар хил бўлиб, проспектив усулда тўлиқ клиник, лаборатор ва инструментал текширувлардан ўтказдик. Шунингдек, махсус сўровнома орқали наркотик моддалар, зарарли одатлар, ирсий мойиллик ва ижтимоий-психологик ҳолатлари ҳам ўрганилди. Тахлиллар шуни кўрсатдики, мазкур Андижон туман «Собир Рахимов» ҚВП аҳолиси ўрганилган гуруҳи ўртасида 1чи сўровномадан сўнг, муаммо бўйича хабардорлик 37,7% ни ташкил қилди. Аҳоли орасида наркомания касаллиги бўйича ўқитиш ишлари олиб

борилди, ўсмирларга буклетлар ва бошқа тахририй материаллар тарқатилди. Олиб борилган давра суҳбатлари ва ўқитиш ишлари ўтказилгандан сўнг, 2чи сўровнома ўтказилди. Унинг натижасига кўра, муаммо бўйича хабардорлик 66.2 %ни ташкил қилди. Бу кузатувлар кескин хулосалар учун етарли бўлмасада, лекин ташвишли кўрсаткич бўлиб, бу муаммога ҚВП шароитида профилактик чора тadbирларни кенг миқёсда қўллашни талаб қилади.

Хулоса: 1.Аҳоли ўртасида наркомания келажақда яна кўпроқ тарқалиш хавфи бор. 2. Бу муаммога айниқса ўсмирлар ўз табиатидан келиб чиққан ҳолда ўта берилувчандир. 3. Наркомания синдроми аҳолини жинсидан қатъий назар зарарлайди. 4. Наркомания тарқалишини олдини олиш мақсадида муваффақиятли аралашувда УАШ катта роль ўйнаши мумкин.

Тавсия: 1. ҚВП шароитида наркомания ва унинг жиддий оқибатларга олиб келиши ҳақида ўсмирларга УАШ кенг тушунтириш ишларини ўтказиши керак. 2. УАШ доимо наркологик диспансер мутахассислари, ҳуқуқни муҳофаза қилиш органлари ходимлари билан ҳамкорликда иш олиб бориши керак. 3. ҚВП худудида наркотик моддалар истеъмол қилувчилар эрта аниқланиши ва беморлар доимий “Д” назоратига олиниши керак. 4. “Д” назоратга олинган беморлар доимий амбулатор номедикаментоз ва медикаментоз даво олишлари, реабилитация тadbирларидан ўтишлари керак.

ФЕРТИЛ ЁШИДАГИ АЁЛЛАРДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ “КВАРТЕТИ”НИ УАШШАРОИТИДА ТАШХИСЛАШ ВА САМАРАЛИ АРАЛАШУВ ОРҚАЛИ ТИББИЙ ХИЗМАТ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ

Ж.М. Худайбердиев, Г.У. Назарова, М.Б. Бойқўзиева, З.В. Юнусова, Я.Ф. Усмонова

Андижон давлат тиббиёт институти

Мақсад ва вазифалар. Тасарруфимиздаги ҚВП фертил ёшидаги аҳолиси орасида метабolik синдром(МС) компонентларини тарқалишини аниқлаш. МС компо-

нентларини тарқалишини фертил ёшига хос хусусиятларини ўрганиш. Фертил ёшдаги аёлларда МС компонентларини ўзаро боғлиқлигини ўрганиш. Фертил

ёшдаги аёлларда МС профилактикасига қаратилган тавсиялар ишлаб чиқиш. Изланишлар Шахрихон тумани “Чўжа” ҚВП ҳудудида олиб борилди. Ишни олиб бориш жараёнида ҚВПнинг фертил ёшдаги 614 аҳолиси орасидан МСга мойиллиги бор 62 (10,1%) та аёлни ажратиб олдик. Махсус текширувларда ажратиб олинган фертил ёшдаги аёлларнинг ёши (15-49 ёш) деярли ҳар ҳил бўлди. Текширувдаги фертил ёшдаги аёлларда проспектив усулда тўлиқ клиник, лаборатор ва инструментал текширувлардан ўтказдик. Текширувларимиз популяцион - эпидемиологик усулда фойдаланиб, олиб борилди. Тахлиллар шуни кўрсатдики, мазкур Шахрихон тумани “Чўжа” ҚВП фертил ёшдаги аҳолиси ўрганилган гуруҳи ўртасида МСнинг тарқалиши ташвишли эканлиги аниқланди. Бир кампонентли 31 та (50,0%), 2 кампонентли 10 та (16,1%) ташкил қилган бўлса, 3 та кампонентли 1 та (1,6%), 4 та кампонентли МС учрамади. 20 та (32,2%) аёлда МС юзага келиш хавфи юқори эканлиги аниқланди. Бу кузатувлар кескин ҳулосалар учун етарли бўлмасада, лекин ташвишли кўрсаткич бўлиб, бу муаммога ҚВП миқёсида зудлик билан чора тадбир қўллашни талаб қилади. Аралашувлар эса ҚВП шароитида ёрдам олиш мумкинлиги, шароитлар яратилганлигини, узок туман марказига бориб, сарф харажатни қупайтиришга хожат йўқлигини кенг жамоатчилик

оммасига тушинтиришга йўналтирилди, қабулга келганларга буклетлар тарқатилди. Бу соҳада аввало, ҚВП ходимларига ва улар орқали ҳудуд аҳолисига суҳбат, ҳамда маърузалар ўтказилди. УАШ тажрибасини узлуксиз ошириб бориши учун туман марказий бирлашмаси терапия бўлими ва Вилоят кардиология диспансери билан доимий алоқада боғланди.

Хулоса: 1. Фертил ёшдаги аёлларда ўртасида метаболик синдром келажакда яна кўпроқ тарқалиш хавфи бор. 2. МС кампонентлари фертил ёшдаги аёлларни кенг қамраб бормоқда. 3. Метаболик синдром фертил ёшдаги аёлларни ёшидан қатъий назар зарарлайди. 4. УАШ фертил ёшдаги аёллардаги МСга муваффақиятли аралашувда катта роль ўйнаши мумкин.

Тавсия: 1. ҚВП шароитида метаболик синдром билан фертил ёшдаги аёлларга УАШ кенг тушинтириш ишлари ўтказиши керак. 2. Метаболик синдром билан фертил ёшдаги аёл беморлар, доимий “Д” назорати стандартлар асосида олиб борилиши керак. 3. Метаболик синдром билан беморлар тиббий кўрик натижалари тиббий ҳужжатларда тўла ёритилиши керак. 4. УАШ МС билан фертил ёшдаги аёлларни доимий амбулатор номедикаментоз ва медикаментоз даволаб туғруққа тайёрлаш керак.

СНИЖЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Ш.А. Хусинова, Х.М. Рахимова, Н.Э. Сулайманова, Н.Э. Юлдашова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы – снижение первичной инвалидности от ИБС и АГ в условиях первичного звена здравоохранения.

Материал и методы исследования: Нами изучены результаты продления сроков ВУТ 350 больным с ИБС и АГ в семейных поликлиниках г.Самарканда.

Результаты: Исследование показало, что наибольшее количество больных, получивших продление сроков ВУТ это больные, перенесшие острый инфаркт миокарда – 81,1%, с ИБС – 15,4% и АГ – 4,5%. Немаловажное значение влияния на уровень реабилитации имел род основной профессии, которую имели больные до заболевания. Подавляющее большинство (45,2%) занимались интеллектуальным, техническим и руководящим трудом, 36,3% больных были заняты механизированным трудом и 8,5% выполняли физическим трудом. Профессиональный состав обследованных свидетельствует о высоких реабилитационных возможностях контингента. В результате продления сроков ВУТ и

проведения активных восстановительных мероприятий 73,8% больных были признаны трудоспособными и возвратились к прежней трудовой деятельности, 25,6% лиц были признаны после продления сроков ВУТ ограниченно трудоспособными (Шгр.инв.) и вернулись на работу с неполным рабочим днем, без командировок и ночных смен, а 1,6% больных, несмотря на активное восстановительное лечение получили П группу инвалидности.

Выводы. Концепция снижения первичной инвалидности от ИБС и АГ на современном этапе развития здравоохранения зависит от ранней диагностики заболевания, своевременного полноценного амбулаторного и стационарного лечения, активных реабилитационных мероприятий, динамического наблюдения врача общей практики, а также приверженности и заинтересованности самого больного в скорейшем восстановлении трудоспособности.

ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Ш.А. Хусинова, М.Х. Аблакулова, Д.Х. Абдухамидова

Самаркандский государственный медицинский институт

Высокая заболеваемость ишемической болезнью сердца (ИБС) обусловлена неиспользованием либо недостаточным использованием рациональных принципов профилактики заболевания в практике работы первичного звена здравоохранения, которая приводит к длительной утрате трудоспособности и инвалидности. В частности, в снижение смертности от ИБС большую роль играет проведение адекватной программы реабилитации постинфарктных больных. При разработке программы реабилитации больных необходимо учиты-

вать факторы, влияющие на основные показатели эффективности реабилитации, в том числе на качество жизни больных. Реабилитация после перенесенного инфаркта миокарда может снизить смертность в течение первого года после инфаркта на 37% и в течение первых 3-х лет – на 20%. Целью реабилитации является возвращение пациента к полноценной продуктивной жизни. Программа реабилитации содержит комплекс мероприятий медицинского, социального, профессионального, психологического и педагогического характе-

ра, направленных на восстановление или компенсацию утраченных функций больного, на уменьшение ограничений привычной жизнедеятельности и адаптации его к окружающей среде. Для каждого больного персонально разрабатывается индивидуальная программа реабилитации. В ней указываются объемы, виды, формы реабилитационных мероприятий, сроки их проведения и конкретные учреждения, в которых они будут проводиться. Медицинские методы реабилитации включают восстановительное лечение и реконструктивные операции. Контроль над стенокардией, аритмией, гипертонией и застойной сердечной недостаточностью являются ключевыми моментами для эффективной реабилитации. Социальные методы реабилитации включают комплекс мероприятий по восстановлению социального статуса инвалида как в целом, так и отдельных социальных функций (передвижения, самообслуживания, ведения домашнего хозяйства, общения и т.д.).

Проведенное исследование показало, что наибольшая потребность инвалидов перенесших инфаркт мио-

карда была выявлена в медицинской реабилитации. Практически все инвалиды нуждались в восстановительной терапии и обслуживании в лечебных учреждениях. В амбулаторной восстановительной терапии нуждались 96,8% инвалидов перенесших инфаркт миокарда. В стационарных лечебно-реабилитационных мероприятиях нуждались 88,3%, в санаторно-курортном лечении – 48,5%, в реконструктивной хирургии – 20,7% лиц. Потребность инвалидов в социальной реабилитации такая же высокая, как в медицинской реабилитации – 90,2%.

Выводы. Конечно, первичная профилактика ИБС наиболее оправдана с позиции общественного и популяционного здоровья, тем не менее, есть все основания полагать, что комплекс реабилитационных мероприятий могут спасти не только определенное количество жизней, но и значительным образом повысит ее качество, после огромного стресса, которым является такое событие как инфаркт миокарда.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Н.Ж. Хушвакова, Ю.Н. Исакова, У.К. Нуралиев, Ш.Т. Кайсаров

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Изучение изменений показателей антиоксидантной системы и изучить эффективность препарата пропосол в комплексном лечении хронического тонзиллита.

Материал и методы исследования: Больные обследовали в ЛОР отделении клиники САММИ и СОД-ММЦ. Лечение проведено у 46 больных с хроническим тонзиллитом, у всех пациентов участвовавших в исследовании, проводилось клиническое обследование (сбор жалоб, данные анамнеза, эндоскопическое обследование ЛОР-органов, определение каталазы в крови электрохимическим биосенсором и изучали микрофлору отделяемых небных миндалин), ставился диагноз простая форма хронического тонзиллита. У всех больных при фарингоскопическом исследовании были выявлены отчетливые признаки данного заболевания признак Гизе – гиперемия краев небных дужек, признак Преображенского – валикообразное утолщение (инфильтрация или гиперплазия) краев передних и задних дужек, признак Зака – отечность верхних отделов передних и задних дужек. У всех исследуемых детей отмечался значительный дефект белкового звена АОС: активность каталазы снижена $22,18 \pm 0,58$ ед./мл. эр. при норме $36,55 \pm 1,4$. На основании выше перечисленного установлен диагноз: хронический тонзиллит простая форма – 23 (50%) больных и хронический тонзиллит токсико-аллергическая форма I степени – 23 (50%). Больные разделены на 2 группы: Контрольная группа – (23 чел.) дети, получавшие традиционное лечение (промывание лакун миндалин антисептиками, гипосенсибилизирующую терапию, физиопроцедуры). Основная группа (23 чел.) дети, получавшие на фоне традиционного ле-

чения антиоксидантную терапию препаратом Пропосол. Для лечения применяли препарат пропосол в виде спрея и настойки. Клиническая эффективность препарата Пропосол – оптимальное соотношение действующих веществ, высокая безопасность, длительный терапевтический эффект, который способствуют сокращению сроков лечения. Это позволяет широко использовать препарат в клинической практике. Для достижения эффекта важно соблюдать технику орошения: 4-6 раз в сутки по 3-4 впрыскивания. Перед использованием распылитель повернуть в вертикальное положение и направить его на миндалины, настойкой промывали лакуны, под контролем зрения поочередно в каждую лакуну вводили тонкую специальную канюлю, соединенную со шприцем и под давлением вымывали содержимое лакун. Курс лечения составил 4-5 процедур при ежедневном проведении.

Результаты: В результате выполненного исследования установлено, что применение препарата пропосол в комплексном лечении при хроническом тонзиллите приводит к достоверному снижению частоты встречаемости пробок в лакунах небных миндалин и улучшению состояния больного, увеличивает эффективность лечения хронического тонзиллита, о чем свидетельствуют показатели функционального состояния небных миндалин и данные клинической картины.

Выводы: Наши исследования показали, что применение антиоксидантной терапии усиливает показатели АОС, что приводит к уменьшению лимфоцитарной инфильтрации и гиперплазии фолликулов, снижению общих и местных признаков заболевания, нормализации лабораторных показателей.

АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ЮНИОРСКОЙ КОМАНДЫ ПО КОНЬКОБЕЖНОМУ СПОРТУ В ПРЕДСОРЕВНОВАТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Д.Н. Цвирко

Республиканский научно-практический центр спорта, (Республика Беларусь)

Цель работы: Провести анализ психологической подготовки спортсменов юниорской команды по конькобежному спорту в предсоревновательный период.

Психологическая подготовка – это система психолого-педагогических воздействий, применяемых с целью формирования и совершенствования у спортсменов свойств личности и психических качеств, необходимых

для успешного выполнения тренировочной деятельности, подготовки к соревнованиям и надежного выступления в них. Психологическая подготовка представляет собой ключевую суть современного подхода к тренировочному процессу в конькобежном спорте. Основная задача подготовки спортсмена к конкретному соревнованию — создание состояния его психической готовности к выступлению. Этот компонент подготовки даёт возможность своевременно вносить коррективы не только в тренировочный процесс, но и в функциональное состояние спортсмена. Особенно важен психологический контроль в предсоревновательном периоде, когда спортсмену необходима настройка на старт, устойчивость к сбивающим факторам, волевая подготовка.

Материалы и методы исследования: На протяжении предсоревновательного периода подготовки было обследовано 22 конькобежца юниорской команды. Контроль проводился по следующим методам: метод хронорефлексометрии (аппаратно-программный комплекс «НС-Психотест»), проективный метод (тест М. Люшера).

«НС-Психотест» позволил оценить уровень развития таких психофизиологических качеств как, простая зрительно-моторная реакция, направленная на выявление типологических особенностей нервной системы и функционального состояния. Определение силы, уравновешенности и подвижности нервных процессов. Сложная зрительно-моторная реакция, диагностирующая способности сопротивляться воздействию фоновых признаков при восприятии какого-либо объекта. Теплинг-тест предназначенный для определения силы нервных процессов.

Результаты исследования: Данные психофизиологического исследования позволили установить, что к этапу кубка Республики Беларусь 82 % спортсменов имели среднюю скорость простой зрительно-моторной реакции, 18 % высокую. Сложная зрительно-моторная реакция оказалась у 50 % на среднем уровне и у 50 % на низком. Соответственно сила нервной системы распределялась следующим образом: 45 % слабый тип нервной системы, 55 % средний.

В исследовании так же был включён тест М. Люшера. Это проективная методика, позволяющая комплексно оценить психоэмоциональное состояние на момент обследования. На протяжении подготовительного периода 85 % спортсменов показали высокий уровень психической работоспособности, средний психоэмоционального тонуса, средний отклонения от аутогенной нормы, среднюю ситуативную тревожность. Среди этих спортсменов 7 человек вошли в десятку сильнейших. Группа конькобежцев (15 %) характеризующаяся средним уровнем психической работоспособности, среднем психоэмоциональным тонусом, высоким уровнем отклонения от аутогенной нормы, низкой ситуативной тревожностью завоевали более низкие места.

Таким образом, установлено, что спортсменам на предсоревновательном этапе подготовки необходим контроль за психофизиологическими качествами и психоэмоциональным состоянием. Спортсменам, стремящимся достичь высокого результата необходимо: высокий уровень психической работоспособности, оптимальный уровень психоэмоционального тонуса, средний уровень суммарного отклонения от аутогенной нормы и ситуативной тревожности.

ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ БОРЬБОЙ ГРЕКО-РИМСКОЙ И ВОЛЬНОЙ НА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Л.В. Цой, М.Э. Бердиев

Ташкентская медицинская академия

Цель работы: Изучение процессов адаптации сердца юных борцов к длительному тренировочному процессу.

Материал и методы исследования: Исследование проводилось на базе учебно-тренировочного комплекса «Динамо» г. Ташкента. В нем принимали участие юные борцы в возрасте 11-15 лет, тренирующиеся в командах Республики Узбекистан. Изучение осуществлялось в 2-х группах спортсменов: в первую группу (n=40, мальчики 32, девочки 8) входили спортсмены, занимающиеся борьбой в течение 2-5 лет (основная группа), спортивный стаж спортсменов второй группы (n=36, мальчики 30, девочки 6) был не более 2 лет (контрольная группа). Собирались следующие сведения: жалобы, клиническое состояние, общеклинические методы исследования (ОАК, ОАМ, ЭКГ, проба Physical Working Capacity 170 (PWC₁₇₀), консультации узких специалистов. Дополнительно было проведено ЭхоКГ исследование. Методом эхокардиографии на аппарате ACE-600, Medison оценивались следующие параметры сердца: толщина межжелудочковой перегородки в диастолу (ТМЖПд), толщина задней стенки левого желудочка в диастолу (ТЗСЛЖд), конечный диастолический диаметр левого желудочка (КДДЛЖ), конечный диастолический объем левого желудочка (КДОЛЖ), частота сердечных сокращений (ЧСС), ударный объем кровообращения (УОК), минутный объем кровообращения (МОК).

Результаты: При проведении пробы PWC₁₇₀ в 1-й группе были получены высокие результаты физической работоспособности. Во 2-й группе отмечалась тенденция к повышению физической работоспособности по сравнению с данными, полученными на начальном этапе тренировочного процесса. У спортсменов 1 группы по сравнению со 2-й отмечалось достоверное увеличение толщины преимущественно межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка (данные показатели были выявлены у 62% обследованных). Также был зарегистрирован рост конечного диастолического размера и объема левого желудочка. При анализе динамики функциональных показателей сердца обнаружено, что у спортсменов 1-й группы отмечались увеличение УОК и уменьшение ЧСС в покое на фоне отсутствия достоверного изменения МОК. Увеличение УОК происходит в соответствии с механизмом Франка-Старлинга в результате повышения сократительной способности миокарда (Jack H. Wilmore, David L. Costill, 2008). Приведенные изменения гемодинамических показателей (УОК, МОК, ЧСС) в покое, демонстрируемые у спортсменов с большим стажем тренировочного процесса, указывают на экономизацию режима работы сердца и повышение адаптационных механизмов под влиянием длительных физических тренировок. Изменения основных ЭхоКГ показателей говорят о том, что по мере возрастания стажа и мастерства спортсменов

сердце их претерпевает определенные анатомо-морфологические изменения, сопровождающиеся функциональной перестройкой (Талибов А.Х., 2012). Приведенные изменения гемодинамических показателей (УОК, МОК, ЧСС) в покое, демонстрируемые у спортсменов 1-й группы, указывают на экономизацию режима работы сердца и повышение адаптационных механизмов под влиянием длительных физических тренировок.

Выводы: У борцов, имеющих стаж занятий 2-5 лет, развиваются изменения функциональных показателей сердца и происходит увеличение его морфометрических параметров. Эхокардиографический метод является информационным для оценки развивающихся морфометрических изменений со стороны сердечно-сосудистой системы под влиянием физических нагрузок.

К ВОПРОСУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Л.В. Цой, Ж.Х. Хаятов

Ташкентская медицинская академия

Цель работы: Проведение мониторинга наиболее часто применяемых схем терапии при повреждениях голеностопных суставов у юных спортсменов для выявления наиболее эффективной.

Материал и методы исследования: Были изучены врачебно-контрольные карты, истории болезни и схемы назначения медикаментозной терапии у 125 юных спортсменов 13-17 лет, получивших травму голеностопного сустава в течение 6 месяцев. Среди травмированных спортсменов были представители таких видов спорта как: футбол (78 чел.-62,4%), бадминтон (22 чел.-17,6%), легкая атлетика-прыжковые виды (10 чел.-8%), спортивная гимнастика (6 чел.-4,8 %), борьба (4 чел.-3,2%). Спортсмены были разделены на 2 группы: основную-85 (68%) человек, и контрольную-40 (32%) человек. Обе группы были сопоставимы по демографическим характеристикам пациентов (возраст, пол, тяжесть и продолжительность заболевания, причины), достоверных различий между ними выявлено не было.

Анализ изученной нами документации показал, что диагноз выставлялся на основании клинической оценки данных осмотра юных спортсменов, наличия болевого синдрома, рентгенографии костей и суставов (рентгенологическое исследование производили главным образом для исключения повреждений костных структур голеностопного сустава), а также ультразвуковой диа-

гностики (УЗИ). В обеих группах в качестве первой помощи при повреждении голеностопного сустава проводили иммобилизацию сустава с использованием бандажа или стабилизатора и применением холода, а через 1-2 дня-тепла на область повреждения. В основной группе больных с целью противовоспалительной и болеутоляющей терапии применялись нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) внутримышечно, а также в виде мазевой формы в течение 5 дней. В этой же группе проводилось физиолечение: УВЧ терапия, ультрафонофорез НПВС-содержащих мазей или гелей, массаж. В контрольной группе применялась только медикаментозная терапия.

Результаты: Положительная динамика отмечалась у спортсменов обеих групп. Однако в основной группе улучшение (уменьшение болевого синдрома) наступало в течение первых 4-5 суток курса терапии, а в контрольной-значительно позже (к 8-10 дню), также наблюдалась лучшая динамика восстановления функций травмированных суставов в первой группе. В контрольной группе изученные показатели были достоверно ниже.

Выводы: Мониторинг различных схем лечения показал, что эффективность медикаментозной противовоспалительной терапии при травмах голеностопных суставов отмечается значительно выше при комбинировании ее с физическими факторами.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КИНЕЗИОТЕЙПОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТУДЕНТОВ-СПОРТСМЕНОВ С БОЛЯМИ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

И.М. Цыркот, И.Г. Бирюк

Буковинский государственный медицинский университет

Цель работы: проанализировать и обобщить данные по применению кинезиотейпов студентам-спортсменам с болевым синдромом в поясничном отделе позвоночника, определить показания к кинезиотейпированию и оценить его эффективность при болях в поясничном отделе позвоночника в следствии двусторонней функциональной гипотонии m. quadratus lumborum.

Материал и методы исследования: на базе кабинета восстановительного лечения "МедАльтернатива" (г. Черновцы) в 2012-2013 годах было проведено восстановительное лечение 17 спортсменов с болевыми синдромами поясничного отдела позвоночника. Средний возраст больных был 19,5 лет. Фиксацию поясничного отдела позвоночника проводили мышечно-фасциальным кинезиотейпом, который моделировали в положении сгибания туловища по гипотоническим mm. quadratus lumborum V-образным способом и усиливали дополни-

тельным тейпом (поперечной лентой на уровне L4-L5-S1). В среднем фиксация длилась от 5 до 10 дней.

Результаты: проанализировав причины ухудшения общего состояния пациентов (уменьшение двигательной активности и увеличение болевого синдрома) после релаксирующего массажа спазмированных мышц и ощущаемое улучшение при фиксации поясничного отдела позвоночника корсетом или тугим бинтованием, мы получили одно из клинических подтверждений правильности наших взглядов на эту проблему. Однако, фиксация корсетом поясничного отдела позвоночника не всегда была комфортной для пациента, а тем более для спортсменов и людей, ведущих активный образ жизни. Учитывая вышеизложенное, мы использовали кинезиотейпы, которые имели целый ряд существенных преимуществ над корсетами и тугим бинтованием.

Кинезиотейпирование способствовало активации микроциркуляции в коже и подкожно-жировой клетчатке, уменьшило болевой синдром и возобновило

функцию гипотонических мышц. На сегментарном уровне кинезиотейпы имеют влияние на ассоциированные внутренние органы, что также способствовало активному восстановлению студентов-спортсменов. Все эти качества кинезиотейпов обеспечивали создание благоприятных условий для саногенетических процессов в поясничном отделе позвоночника. Поэтому при двусторонней гипотонии m. quadratus lumborum мы проводили кинезиотейпирование поясничного отдела позвоночника с последующим повторным тестированием и оценкой функционального тонуса мышц. Во всех случаях мы получили восстановление тонуса m. quadratus lumborum, что свидетельствовало о клинической эффективности методики. Оценка функционального состояния мышц-стабилизаторов поясничного отдела позвоночника (mm. Quadratus lumborum) является одним из важных этапов диагностики и эффективности лечения больных с болями в поясничной области позвоночника спортсменов. Метод мануального мышечного те-

стирования - информативное средство контроля за функциональным состоянием мышц и периферической нервной системы.

Выводы: 1. Метод кинезиотейпинга, как один из дополнительных методов стабилизации мышц, целесообразно применять при функциональных гипотониях мышц у спортсменов.

2. Об эффективности проведенного тейпования в клинических условиях свидетельствует восстановление тонуса гипотонических мышц при повторном тестировании и улучшение вертикальной устойчивости тела при стоянии на нестабильной платформе.

3. Применение нестабильной платформы может быть использовано в качестве дополнительного объективного метода оценки стабильности/нестабильности фиксации мышц. Целесообразно внедрять методы стабилотметрии в практику реабилитации и тренировки спортсменов.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ ТЯЖКИЕ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Б.Р. Чембаев, С.З. Ешимбетова

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель работы: разработка дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий для больных шизофренией, совершивших тяжкие ООД, в условиях амбулаторного звена психиатрической службы.

Материал и методы: Проведено обследование 201 больных шизофренией, совершивших тяжкие ООД и признанных в отношении инкриминируемых им деяний невменяемыми.

Результаты. Совершение тяжких ООД больными шизофренией происходит по психопатологическим механизмам, которые обуславливаются клинической картиной шизофрении, и подвержены влиянию социальных и биологических факторов, что необходимо учитывать при осуществлении лечебно-реабилитационных мероприятий.

При анализе механизмов совершения тяжких ООД было установлено, что 46 больных (22,9%) совершили ООД по безусловно-психотическому механизму, 76 больных (37,8%) по условно-психотическому и 79 (39,3%) по негативно-личностному психопатологическому механизму. Более половины (47-59,5%) больных, совершивших ООД по негативно-личностному механизму, незадолго до содеянного употребляли алкоголь. Количество больных шизофренией, совершивших тяжкие ООД по безусловно-психотическому (4-8,7%) и условно-психотическому (9-11,8%) механизмам после употребления алкоголя, было значительно меньше ($p>0,05$). У больных, совершивших ООД по безусловно-психотическому механизму, на момент совершения ООД среди ведущих психопатологических синдромов

преобладали кататонические синдромы (11-23,9%) и аффективно-бредовые синдромы (8-17,4%). У больных, совершивших ООД по условно-психотическому механизму, чаще выявлялись бредовые состояния без галлюцинаций (43-56,6%) и хронические параноидные состояния (22-28,9%). У подавляющего большинства больных, совершивших ООД по негативно-личностному механизму, на момент совершения ООД диагностировались дефектные и конечные состояния (78-98,7%).

Выводы: В группе больных шизофренией, совершивших тяжкие ООД по безусловно-психотическому механизму, основное внимание должно уделяться наблюдению за течением заболевания, особенно выявлению признаков обострений и оперативному принятию адекватных мер по купированию психотического состояния. В группе больных, совершивших ООД по условно-психотическому механизму, обязателен строгий контроль за применением поддерживающей терапии, при уклонении больных от приема пероральных препаратов должны применяться их пролонгированные инъекционные формы. В группе больных, совершивших ООД по негативно-личностному механизму, необходимо максимально длительное применение амбулаторного принудительного лечения. При проведении психофармакотерапии предпочтение отдается применению атипичных нейролептиков. Ввиду большой роли алкогольной интоксикации при совершении ООД у данной категории больных, при выявлении фактов употребления алкоголя требуется вмешательство работников наркологической службы.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ПИЩИ И ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ

Н.М. Шавази, Б.И. Закирова, Д.А. Турсункулова, К.А. Азимова, М.Н. Шавази, М.В. Лим

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: выявление и определение прогностической значимости факторов риска в формировании непереносимости пищи у детей грудного возраста для прогнозирования исхода заболевания.

Материал и методы исследования: изучены результаты наблюдения и многофакторного анамнестического, клинического, клинико-статистического обследования

ния у 112 детей грудного возраста с диареями на фоне респираторных заболеваний.

Результаты: анализ исследования показал, что у 34% (30,4%) детей лактазная недостаточность появлялась обычно после какого – либо перенесенного тяжелого заболевания, чаще после кишечной инфекции. В 3 (2,7%) случаях при врожденной непереносимости лактозы расстройство стула возникало с первых дней жизни ребенка. У больных с лактазной недостаточностью был частый водянистый, пенистый стул с кислым запахом. Матерям больных детей в таких случаях рекомендовалось не прекращать грудное вскармливание и дополнительно кормить кисломолочными смесями, каши готовить на овощном отваре или воде. Детей, находящихся на искусственном вскармливании, кормили безлактозными смесями. У 78 (69,9%) детей диарея появлялась только при введении в питание прикорма, содержащего коровье молоко или его продукты. У таких больных диагностирована пищевая аллергия к молоку. Заболевание начиналось постепенно в течение 2-3х недель с появления сыпи на коже. Стул был у больных жидким, светлым с примесью слизи, лишь в 2 (1,8%) случаях был обычным. Матерям больных детей обязательно рекомендовалась необходимость продолжения кормления материнским молоком. Из рациона питания больного ребенка полностью исключались коровье молоко, кефир, творог на срок не менее 4-х недель. Затем постепенно с учетом переносимости вводился творог. В течение

2-3х недель ограничивались молочные продукты. При аллергии в питании больных большое место занимали овощи (картофель, тыква, репа) в виде пюре с учетом их переносимости. Давались каши не овощном отваре. Раньше срока вводились мясные суфле из говядины.

Известно, что в питании ребенка первых 6-ти месяцев жизни нет продукта, способного полностью заменить материнское молоко. Результаты работы показали, что дети, находящиеся на смешанном или искусственном вскармливании, страдают диареями в 2,7 раза чаще, чем дети, вскармливаемые женским молоком. В терапии заболевшего ребенка важное значение уделялось коррекции водно-электролитного баланса. Больного рекомендовалось часто поить небольшими порциями водно-солевых растворов и регулировать микроклимат и температурный режим. Каждая мать, внимательно наблюдая за больным ребенком, сможет оказать большую помощь врачам в скорейшем выявлении причин непереносимости пищи и аллергических реакций и укорочении срока выздоровления больного ребенка.

Выводы: организация питания детей первого года жизни с непереносимостью пищи и пищевой аллергией – процесс сложный, требующий индивидуального подхода к каждому ребенку, использования новых диетологических возможностей, которые обеспечиваются благодаря широкому выбору специализированных безлактозных и гипоаллергенных смесей и продуктов.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН, ИМЕВШИХ В АНАМНЕЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Н.Н. Шавази

Самаркандский государственный медицинский институт

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находились 32 женщины, в анамнезе у которых имелись преждевременные роды. Из них в 22 случаях –преждевременные роды имели место в II триместре беременности, в 10 случаях – в III триместре беременности. Всем 32 женщинам производилось аппаратное исследование шейки матки путем УЗИ а также общее комплексное лечение, которое включало в себя противовоспалительную, противовирусную, иммуностимулирующую терапию.

Результаты исследования: у женщин с эрозией шейки матки, эндоцервицитом, мы произвели УЗИ исследование, при этом обращали внимание на состояние шейки матки, ее целостность, длину. Из 32х женщин эрозия шейки матки была обнаружена у 10 женщин, что составило (37%), в 8 случаях (29,6%) имел место эндоцервицит. УЗИ шейки матки выявило укорочение длины шейки матки в 6 случаях что составило 22,2%. Всем этим женщинам было проведено общее и местное противовоспалительное лечение, а также иммуностимуляция.

Женщины, у которых была обнаружена TORCH инфекция, составили 62% всех случаев. Им была проведена противовирусная, антибиотикотерапия, иммуностимуляция и витаминотерапия. После проведенного трехмесячного лечения женщины забеременели в течение 2-3х месяцев. Из 32 женщин беременность наступила в 27 случаях наблюдения. Несмотря на проведенное лечение, из 27 беременных произошли ПР во II триместре в 4 случаях (14,8%), в III триместре – в 2х случаях (7,4%), в 21 случаях(77,7%) роды произошли в срок.

Выводы: 1) наши исследования показали, что реабилитация и комплексное лечение женщин, у которых в анамнезе имеются ПР, способствуют снижению риска преждевременные роды на 82%.

2) Женщины с преждевременными родами в анамнезе должны получать комплексную терапию после родов в течение 2-3х месяцев.

3)Укорочение шейки матки до 1-1,5 см является прогностическим признаком преждевременных родов.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ДИСБИОТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ И АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

М.С. Шаджалилова, И.Э. Хамраева

Ташкентский медицинский педиатрический институт

Целью нашей работы явилось изучить характер микробиоценоза кишечника у детей, больных кишечными инфекциями.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в детской инфекционной больнице №4 г. Ташкента находилось 204 ребенка в период 2005-20011 гг. в возрасте от 4 месяцев до 3 лет, в том числе 18 (8,82%)

организованных и 186 (91,2%) не организованных. Поступили в стационар с острым началом заболевания 85,7% детей, причем, на 1-3 день от начала заболевания госпитализировано 121 (59,3%) детей, на первой неделе – 55 (27,0%), на второй неделе – 16 (8,0%), и в более поздние сроки – 12 (6,0%). Изучение эпидемиологического анамнеза позволило установить контактный путь пере-

дачи инфекции у 35 (17,2%), пищевой – у 153 (75,0%) больных, у 16 (7,8%) детей выявить источник инфекции не удалось. Практический опыт врачей показал, что проблему этой группы болезней следует рассматривать с позиции абсолютного преобладания фактора пищи в поддержании высокого уровня заболеваемости. Этиология возбудителей острых кишечных инфекций в 87,5% случаев установлена бактериологическим методом исследования. Основную патологию среди кишечных инфекций составил сальмонеллез (29,0%). У 152 (74,5%) обследованных больных, была диагностирована среднетяжелая форма, и у 52 (25,5%) – тяжелая. Наблюдаемые больные до поступления в стационар уже лечились антибиотиками, получали бактериальные препараты по поводу установленного в анамнезе различной степени и вида дисбактериоза кишечника.

Результаты. Клинические наблюдения показывают, что у больных с диарейными заболеваниями, протекающими на фоне II-III степени дисбактериоза кишечника, позднее нормализуется стул ($15,4 \pm 2,5$), дольше сохраняются боли в животе ($10,0 \pm 1,9$), метеоризм ($10,5 \pm 1,8$) и обложенность языка ($21,4 \pm 2,5$). Также достоверно часто выявлялись гепатомегалия и признаки анемии. Однако клиническое выздоровление больных детей не всегда сопровождалось нормализацией дисбиотических реакций. При повторном обследовании у 34,3% детей сохранялся дисбактериоз кишечника различной степени.

Выводы. Коррекция состава микрофлоры кишечника не является самоцелью, поэтому лечение таких больных должно проводиться только с учетом основного заболевания с предварительным или параллельным его лечением.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭНТОБАН ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

М.С. Шаджалилова, И.А. Касымов, Е.М. Осипова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель нашей работы: провести клинический и микробиологический анализ эффективности препарата Энтобан при лечении больных с нарушением пищеварительной системы.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились на базе кафедры «Эпидемиологии инфекционных болезней и фтизиатрии» ТашПМИ. В исследовании принимали участие больные дети в возрасте до 5 лет, с клиникой диарейного синдрома, а также студенты ТашПМИ с клиникой нарушения пищеварения.

Результаты. Значительное сходство клинических проявлений заболеваний ЖКТ инфекционного генеза обусловлено едиными патогенетическими механизмами, в частности развитие диареи и последующей дегидратации, а также интоксикационного синдрома, что делает важным для планирования лечения с позиций патогенеза.

Препарат «Энтобан» защищает слизистую оболочку пищеварительного тракта, снижает повышенную кислотность и регулирует перистальтику кишечника, улучшает микроциркуляцию ЖКТ с образованием кислой среды, губительно воздействующей на патогенную

микрофлору и обладает противомикробным действием. Мощный амебицид, содержащий конессин, который губительно действует на жгутоносных паразитов. Детям назначался сироп «Энтобан» по 1-2 чайной ложки каждые 4 часа до еды в течении 7 дней. Взрослым назначались капсулы «Энтобан». Начальная доза 2 капсулы однократно, затем по 1 капсуле 3 раза в день до еды в течении 7 дней.

Таким образом, полученные результаты показали, что растительный препарат Энтобан оказывает благоприятное действие, снижая выраженность диарейного синдрома, при диареях, протекающих по типу гастроэнтерита и энтероколитических формах инфекции. Препарат сочетает в себе противопаразитарное действие и за счет этого показан к применению при лечении кишечного амебиаза и лямблиоза.

Эффективность коррекции вторичных признаков нарушений дисфункции ЖКТ при дисбактериозе проявляется исчезновением патологического баланса со стороны качественного состава микрофлоры кишечника.

ОЦЕНКА ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ МИКРОФЛОРЫ ВЛАГАЛИЩА РОЖЕНИЦ С ПРОГНОЗИРУЕМЫМ ДОРОДОВЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Н.А. Шамбилова, И.Л. Копобаева, С.Б. Ахметова, Б.М. Сраулканова, Л.И. Носова, И.Карилхан

Карагандинский государственный медицинский университет

Целью данного исследования явилось определение этиологической структуры микрофлоры влагалища рожениц с прогнозируемым ДИВ.

Материалы и методы: микробиологическому обследованию подверглись 290 рожениц. Исследуемый материал – отделяемое из заднего свода влагалища микроскопировали, высевали на элективные питательные среды и культивировали в аэробных и анаэробных условиях с последующей идентификацией. Обследование на гарднереллез и урогенитальный хламидиоз проводилось серологическим (ИФА) и молекулярно-генетическим (ПЦР) методами.

Обсуждение результатов: 20% посевов не дало роста транзитной микрофлоры ни в аэробных, ни в анаэробных условиях, во всех образцах присутствовали бактерии рода *Lactobacillus*. Из общего числа (140) вла-

жных штаммов транзитной микрофлоры были выделены следующие микроорганизмы *Staphylococcus epidermidis* (17,5%), бактерии родов *Corynebacterium* (13,8) и *Leptotrichia* (3,5%), грибы рода *Candida* (6,5%). В 14 мазках были обнаружены эпителиальные клетки с включениями (роста кроме *Lactobacillus* не было), интерпретированные в дальнейшем как *Chlamydia trachomatis* (10,3%), и в 5 мазках «ключевые клетки» (в посеве скудный рост) трудно бактериологически идентифицируемые – *Gardnerella vaginalis* (3,5%). Из 290 обследованных рожениц ДИВ произошло у 72 (24,8%).

Выводы: выделенная микрофлора у рожениц с ДИВ и рожениц со своевременным излитием околоплодных вод этиологически не отличима, следует провести расширенное исследование свойств микрофлоры.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПАПИЛЛОМАТОЗОМ ГОРТАНИ

Б.Н. Шамсидинов, М.И. Махмудназаров, Т.Х. Олимов

Институт последипломного образования медицинских работников (Таджикистан)

Цель работы. Оптимизировать комплексное лечение и послеоперационную реабилитацию детей с папилломатозом гортани.

Материал и методы исследования. В ЛОР клинике Республиканского национального медицинского центра Республики Таджикистан обследовано 40 детей в возрасте от 2 до 10 лет с папилломатозом гортани. После тщательного клинического, лабораторного, иммунологического и вирусологического исследования проводилось комплексное лечение, включающее хирургическое вмешательство и консервативную терапию.

Результаты исследования. После соответствующей подготовки всем детям под общим обезболиванием с инъекцией кислорода с помощью подвешного опорного ларингоскопа с применением гортанного микроскопа проведено удаление папиллом гортани. После эндоларингеального удаления папиллом проводили тщательный гемостаз поверхности слизистой оболочки гортани путем орошения последней соком чистотела.

В послеоперационном периоде больные в течение 6 месяцев по разработанный нами схеме получали 12,5% раствор циклоферона в виде внутримышечной инъекции и в течении 2 месяцев внутрь таблетки амиксина. Наряду с вышеуказанным лечением больные получили общеукрепляющую терапию (поливитамин, антиок-

сиданты), а в качестве местной терапии ингаляции раствором чистотела и электрофорез на область гортани мазью зовиракс.

Через 2 – 3 недели после комбинированного лечения, полное восстановление дыхательной функции отмечено практически у 100% больных, а значительное улучшение голосовой функции зарегистрированы у 76% больных. У 24% детей голос все ещё оставался несколько хриплым.

Особое внимание на этапе реабилитации уделяли фонопедическим занятиям. По специальной методике дети проходили курс фонопедических занятий, направленные на улучшение голосовой функции в послеоперационном периоде.

В позднем послеоперационном периоде (3 месяцев и более) у 10% больных отмечен рецидив заболевания, связанный с обострением хронических инфекций верхних и нижних дыхательных путей и простудными заболеваниями, которым после повторной госпитализации проведено аналогичное комплексное лечение.

Таким образом, все вышеизложенное позволяет рекомендовать данное лечение как базисную терапию папилломатоза гортани у детей и основой реабилитации в послеоперационном периоде.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ

А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов, М.С. Саидов, Ж.А. Рузиев

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал детской хирургии РНПМЦП*

Целью нашего исследования явилось изучить в отдаленном периоде, результаты хирургического лечения детей перенесших различные виды аноректопластики по поводу аноректальных пороков в зависимости от послеоперационной реабилитации.

Под нашим наблюдением находилось 104 детей перенесших различные виды аноректопластики по поводу аноректальных аномалий. В зависимости от послеоперационной реабилитации они разделены на 2 группы. Первую (основную) группу (ОГ) составили 76(73%) больных, которым коррекция порока при высоких и средних аномалиях произведена заднесаггитальным и брюшно заднесаггитальным доступом и в послеоперационном периоде произведена реабилитация предложенная нами. Во вторую (контрольную) группу (КГ) вошли 28(27,0) больных, которым коррекция и реабилитация производилась традиционными способами. В отдаленные сроки локальный осмотр заключался в подробном осмотре перианальной зоны, при этом оценивалось состояние послеоперационных рубцов, определялось наличие свищей, выраженность анального рефлекса, состояние слизистой а также зия-

ние или сужение анального канала. При пальцевом исследовании прямой кишки и анального канала оценивалась сила сжатия, наличие стриктур, каловых масс в прямой кишке.

Всем больным ОГ в послеоперационном периоде проводился комплекс лечения общепринятыми методами реабилитации и была включена электростимуляция мышц прямой кишки, анального сфинктера и промежности. Стимуляцию проводили на аппарате «Эндотон» с силой выходного тока до 35 мА, амплитуда импульса до 40В, частота импульсов до 100 Гц, продолжительность 5сек. Потребляемая мощность до 15 Вт. Нами использован наиболее оптимальный режим с частотой импульсов 40Гц, амплитуда подбиралась индивидуально с учетом порога чувствительности от 3 до 15 мА, продолжительность импульсов 5 сек. Рабочее время 3 мин с интервалом 2 мин, длительность сеанса 20 мин. Курс лечения 15-17 процедур.

В результате применения электростимуляции в системе реабилитационных мероприятий в отдаленные сроки число хороших и удовлетворительных результатов в основной группе было больше чем в контрольной.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ СО СПИННОМОЗГОВЫМИ ГРЫЖАМИ

А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов, Б.Л. Давранов, И.А. Муталибов, Б.П. Алиев, А.Р. Алиев

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал детской хирургии Республиканского научно – практического
медицинского Центра педиатрии*

Спинномозговые грыжи (СМГ) у детей являются актуальной проблемой современной детской хирургии. Дети со спинномозговой грыжей представляют собой

особо тяжёлую группу пациентов со стойким неврологическим дефицитом. Им посвящено большое количество исследований, направленных на изучение патофи-

зиологических механизмов возникновения различных форм spina bifidae, вопросов клиники, диагностики и лечения. Для достижения успеха важными являются все этапы лечебного процесса: диагностика, составление рационального плана лечения и послеоперационной реабилитации.

Цель исследования: повышение эффективности хирургического лечения детей раннего возраста со спинномозговыми грыжами.

Материал и методы исследования: за период с 2009 по 2013 года на базе Самаркандского филиала детской хирургии РСНПМЦ педиатрии изучены результаты 75 детей с врожденными пороками позвоночника и спинного мозга. У всех них отмечались неврологические осложнения основного заболевания в виде нижнего парапареза, недержание мочи и кала в разной степени выраженности. Всем им проводилась первичная герниопластика с миофасциальной пластикой.

Результаты исследования. Уже в раннем послеоперационном периоде было начато лечение направленное

на восстановление функций органов малого таза и нижних конечностей в виде дегидратационной терапии, электрофореза раствором прозерина, препараты способствующие восстановлению нервной проводимости (энцефабол, церебролизин, актовегин) и ЛФК. Начатое лечение было продолжено после выписки из стационара под контролем у детского невропатолога. Детям через каждые 2 месяца проводился контрольный осмотр. Анализ полученных результатов показал, что по достижению годовалого возраста восстановление функций органов малого таза и нижних конечностей выявлено у 61 (81,3%) ребенка, у остальных степень нарушений значительно снизилась, по сравнению с дооперационным периодом.

Выводы: Хирургическая коррекция врожденных спинномозговых грыж, начатая в раннем возрасте и полноценная послеоперационная реабилитация позволяет улучшить результаты лечения и снизить количество послеоперационных осложнений.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ ПОСЛЕ ЭНДОКОЛЛАГЕННОПЛАСТИКИ

А.М. Шамсиев, Ж.А. Шамсиев, Э.С. Данияров, З.Х. Назарова, Ш.Ш. Ибрагимов

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал детской хирургии Республиканского научно – практического
медицинского Центра педиатрии*

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) представляет собой патологический обратный ток мочи из мочевого пузыря по мочеточнику в почку. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс является одной из часто встречающихся патологий детского возраста, распространенность которого у детей и подростков составляет 1% от популяции.

За период с 2009 по 2014 гг. в отделении урологии Самаркандского филиала детской хирургии Республиканского Специализированного Научно-практического Медицинского Центра педиатрии были проведены эндоскопические коррекции ПМР 35 пациентам в возрасте от 1 года до 15 лет. Больным было проведено малоинвазивное эндоскопическое лечение. Эндоскопическое лечение ПМР заключалось в трансуретральном подслизистом введении коллагена, под устье мочеточника с формированием болюса, служащего «опорой» для мочеточника, стенки которого, прилегая друг к другу, обеспечивают клапанную антирефлюксную функцию, препятствующую обратному оттоку мочи.

Больные с ПМР после операции требуют диспансерного наблюдения не менее 5 лет Основным принци-

пом реабилитации больных с ПМР (пузырно-мочеточниковым рефлюксом) является профилактика инфекционных заболеваний органов мочевой системы (применение антибиотиков и уросептиков по схеме), коррекция сопутствующей патологии органов мочевой системы, физиотерапевтическое лечение, профилактика склерозирования почечной ткани, мембранстабилизирующая терапия.

Всем детям с ПМР необходимо динамическое наблюдение уролога и нефролога, контроль общего анализа мочи (1 раз в 2-3 недели), общего анализа крови (1 раз в 3 месяца), биохимического анализа крови (1 раз в 6 мес.), цистография после проведения эндоколлагеннопластики через 1 год в целях оценки регрессии рефлюкса, УЗИ и доплерография почек 1 раз в 3 мес. Для улучшения сократительной деятельности мочеточников рекомендовано назначение динамических токов на область мочеточников в количестве 10 процедур.

Дети с пузырно-мочеточниковым рефлюксом и рефлюкс-нефропатией должны наблюдаться у детского уролога и нефролога до перевода во взрослую сеть.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПОСПАДИЕЙ

А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов, Ж.А. Шамсиев, Э.С. Данияров, З.Х. Назарова

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал детской хирургии Республиканского научно – практического
медицинского Центра педиатрии*

Гипоспадия - самый частый порок развития мочеиспускательного канала у мальчиков, характеризующийся расщеплением вентральной поверхности крайней плоти, эктопией наружного отверстия мочеиспускательного канала от вершины головки до промежности, вентральным искривлением полового члена, либо наличием одного из вышеперечисленных признаков.

После коррекции гипоспадии с целью реабилитации необходимы осмотры детским урологом через 1

месяц после операции, затем раз в 6 месяцев в течение 2 лет, далее рекомендуется проводить их ежегодно до достижения пациентом половой зрелости.

Осмотры обязательно проводить в возрасте 10 лет, 13-14 лет и 16-17 лет. Гормональные исследования и анализ спермограммы в возрасте 16-17 лет помогут правильно оценить особенности половой системы у мальчика и его фертильные возможности.

В связи с этим рекомендуем наладить преемственность между детскими урологами стационаров и детскими хирургами поликлиник, а затем, по достижении 18-летнего возраста, передачу пациентов под контроль врача-уролога по месту жительства. Учитывая внедрение семейных поликлиник в Узбекистане вышеописанное легко осуществить.

Начиная с послеоперационного периода, рекомендуется проводить психологическую послеоперационную реабилитационную работу с пациентом, а также с его родителями, до вступления юноши во взрослую жизнь.

Обязательны консультации и беседы психолога для предупреждения развития пониженной самооценки сексуальности и самоуважения в социуме.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов, Б.Б. Базаров, З.М. Салимов

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал детской хирургии Республиканского научно – практического
медицинского Центра педиатрии*

В основу работы положены результаты обследования и лечения 41 детей с врожденной диафрагмальной грыжей, поступивших в клинику детской хирургии Самаркандского филиала за период 1998 -2010 гг.

Мальчиков было 28 (68,3%), девочек – 13 (31,7%). По возрасту больные распределились следующим образом: до 1 года было 17 (41,4%) больных, от 1 года до 3 лет – 7 (17,1%), от 3 до 7 лет – 12 (29,3%) и старше 7 лет – 5 (12,2%). У 12 (28,2%) детей диагностирована истинная диафрагмальная грыжа, у 29 (71,8%) – ложная.

Левосторонняя грыжа была диагностирована у 30 пациента (75%), правосторонняя – у 8 пациентов (21%), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы – у 3 (4%).

Оценка отдаленных результатов в соответствии с представленной градацией позволила распределить больных в три группы диспансерного наблюдения.

В первую группу диспансерного наблюдения вошли дети с хорошими отдаленными результатами. Какого-либо дополнительного лечения у них не требовалось. Необходимо было лишь ежегодное обследование в амбулаторных условиях, неспецифическая иммунопрофилактика острых респираторных заболеваний, витаминотерапия, лечебная физическая культура.

Во вторую группу диспансерного наблюдения вошли дети с удовлетворительными отдаленными результатами. У них требовалось ежегодное стационарное обследование и, как минимум, дважды в год амбулаторное лечение в соответствии с рекомендациями детского пульмонолога и гастроэнтеролога.

Третью группу диспансерного наблюдения составили дети с неудовлетворительными отдаленными результатами. Данной категории пациентов требовалась повторная операция.

Изучена динамика отдаленных результатов в различные сроки после операции. Так как система ежегодного диспансерного наблюдения была однотипной, анализ проведен для всех больных в целом.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у детей есть отклонения в развитии и они выявляются при обследовании, но при этом они функционально не значимы, и в целом дети не отстают от сверстников в своем развитии.

Анализ отдаленных результатов показывает положительную динамику хороших результатов при наличии активной диспансеризации детей оперированных по поводу врожденной диафрагмальной грыжи. Активная диспансеризация заключалась в более частом, целенаправленном и углубленном обследовании и лечении пациентов с удовлетворительными и неудовлетворительными результатами в первые семь лет жизни пациентов. В дальнейшем у детей с хорошими результатами целесообразно проводить диспансеризацию «по обращению», их нужно наблюдать, так как данные пациенты относятся к группе риска. Применение активной и дифференцированной диспансеризации детей, с первых лет жизни, увеличивает число хороших отдаленных результатов в динамике.

РОЛЬ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

А.М. Шамсиев, Ж.А. Шамсиев, М.Д. Бургутов

Самаркандский государственный медицинский институт

В настоящее время физиотерапия в детской хирургии получила глубокое научно-теоретическое обоснование и подтвердила свою высокую лечебную эффективность. Цель физиотерапии – достижение лечебного эффекта при наименьшей нагрузке на организм пациента, используя, в основном, физические методы воздействия. Объектом физиотерапии в неотложной хирургии у детей являются острые и хронические воспалительные заболевания мягких тканей, костей и суставов, острые хирургические заболевания органов брюшной полости, различные травмы и послеоперационные гнойные осложнения и т.д.

В повседневной практике в комплексе лечебных и реабилитационных мероприятий при воспалительных заболеваниях мягких тканей (фурункулез, псевдофурункулез, лимфадениты, панариции, флегмоны, аб-

сцессы, мастит и др.) в зависимости от стадии воспаления мы широко используем озонирование гнойного очага интраоперационно и в послеоперационном периоде, ультрафиолетовые лучи (УФО), инфракрасные лучи (ИКЛ), электрическое поле ультравысокой частоты (УВЧ), тепловые процедуры. В инфильтративной стадии воспалительного процесса достигается обратное развитие с рассасыванием инфильтрата, или ускорение формирования гноя и отторжение некротических масс с ограничением процесса, уменьшение отека и болевого синдрома.

Задачи физиотерапии острого гематогенного остеомиелита и обострения хронического остеомиелита состоят в ускорении сроков отграничения и купирования воспалительного процесса в костной ткани, уменьшении отека и болевого синдрома, благоприятном те-

чении раневого процесса. С этой целью применяем внутрикостный лаваж озонированными антисептическими растворами, в раннем послеоперационном периоде (5-7 сутки) в зависимости от динамики клинического состояния больного назначаем сеансы местного УФ-облучения, электрофорез вазодилататоров и антибиотиков, УВЧ, СВЧ терапию. В последующем, после стихания болевого синдрома мероприятия направлены на усиление регенераторных процессов в очаге. С этой целью начиная с 3-недели назначаем электрофорез 3 %-хлорида кальция, ультразвуковую терапию, магнито-

лазерную терапию и ЛФК. Комплекс противорецидивного лечения включает двигательный режим, ЛФК, курсы электрофореза антибиотиков, УВЧ-терапию, массаж и санаторно-курортное лечение.

Таким образом, своевременное и разумное использование лечебных физических факторов при гнойной хирургической инфекции у детей способствует быстрейшему разрешению патологического процесса, значительно снижают частоту осложнений, ускоряет сроки реабилитации и улучшает их качество жизни.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Г.М. Шарапова, И.А. Касымов, Ш.А. Рахматуллаева

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: установить клинико-лабораторную эффективность препарата бактримсубтил у детей, перенесших ОКИ.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 36 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, у которых после острой кишечной инфекции диагностировано дисбактериоз кишечника на основании результатов клинической картины болезни и бактериологических исследований фекалий. В I группу вошли 16 детей, которые получали стандартную терапию, во II группу – 20 пациентов, терапия которых проводилась с использованием бактримсубтила. Бактримсубтил назначался по 1 саше 2-3 раза в сутки за 1 час до еды, смешивая с небольшим количеством молока или воды в течение 10-14 дней.

Результаты исследования. У больных отмечались неустойчивый стул со слизью (запоры, сменяющиеся поносами) - 100%, боли в животе (89,5%), метеоризм (65,3%). Анализ бактериологических исследований фекалий показал, что у 6 (16%) детей выявлен дисбактериоз кишечника I степени, у 18 (50%) – II степени, у 12 (34%) - III степени. Степень выраженности клинических проявлений нарушения кишечной флоры не всегда

коррелировала с ее степенью тяжести. Ассоциация нескольких условно-патогенных микроорганизмов выявлялась у 39 % больных. Отмечено, что у детей, которые получали бактримсубтил, была более благоприятная динамика клинических симптомов болезни в сравнении с первой группой. Клинический эффект бактримсубтила проявлялся достоверным сокращением длительности болей в животе и энтероколитного синдрома по сравнению с больными группы контроля ($p < 0,05$). После проведенного курса лечения у больных I группы к 7-10 дню лечения наблюдалось восстановление состояния микробиоценоза толстой кишки или значительное ее улучшение в сравнении со II группой, в которой данные изменения не наблюдались.

В ходе проводимой терапии препарат хорошо переносился, побочных действий не отмечалось.

Таким образом, применение препарата бактримсубтил в целях коррекции дисбактериоза кишечника у детей весьма эффективно, способствует уменьшению сроков выздоровления, нормализации микробного пейзажа при лечении постинфекционного кишечного дисбактериоза.

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

И.А. Шарафова, З.Ф. Мавлянова, Н.Н. Абдуллаева

Самаркандский государственный медицинский институт

Невралгия тройничного нерва – сильные приступы боли в области лица, вызванные раздражением (сдавлением) тройничного нерва. По статистике невралгией тройничного нерва во всем мире страдает более 1 миллиона человек, причем женщины подвержены этому заболеванию в 3-4 раза чаще мужчин.

Симптомы невралгии тройничного нерва: основные симптомы невралгии тройничного нерва – мучительные, приступообразные боли в области верхней или нижней челюсти, губ, глаз, носа, чаще с правой стороны лица. Длительность приступов боли не превышает одной-двух минут, после чего наступает временное облегчение. Болевые ощущения отличаются крайней интенсивностью (значительно превышающей зубную боль), напоминая удар электрическим током, и характеризуются четкой локализацией. Как правило, боль возникает по ходу 2-й или 3-й ветки тройничного нерва – в области нижнего века, щеки, ноздри, верхней и нижней челюсти, верхней и нижней губы. Реже боль поражает область лба и глаза. При этом приступ боли может быть

спровоцирован прикосновением, воздействием холода, жевательными движениями, чисткой зубов, умыванием и т.д.

Лечение невралгии тройничного нерва: при диагнозе невралгия тройничного нерва обычно предлагается два вида лечения – медикаментозное и хирургическое. Оба эти метода лечения имеют существенные недостатки. В частности длительный прием препаратов, назначаемых при невралгии тройничного нерва, вызывает привыкание организма, что неизбежно снижает его эффективность. При этом такие препараты имеют большое количество негативных побочных эффектов, связанных с интоксикацией печени и почек. Кроме того, они могут вызвать расстройство пищеварения, нарушение психики, снижение умственной активности. При данном диагнозе лечение методами интегральной медицины имеет целью уменьшить интенсивность болей и частоту приступов и по возможности достичь ремиссии. Лечение проводится с помощью методов рефлексологии и физиотерапии – акупунктуры, акупрессуры, лазеро-

терапии, магнитотерапии, электрофореза и ряда других с акцентом на триггерные (болевые) точки. Такое лечение не оказывает негативных побочных эффектов и в большинстве случаев позволяет значительно снизить болевой синдром, повысить качество жизни и улучшить самочувствие.

Одним из наиболее успешных методов лечения невралгии тройничного нерва является магнитотерапия - лечение заболеваний магнитными полями. Это направление физиотерапии, основанное на воздействии переменного магнитного поля низкой частоты на весь организм или его часть. Ткани организма при этом не намагничиваются, но многим составным элементам тканей (воде, элементам крови) могут сообщаться магнитные свойства. Магнитные поля оказывают противовоспалительное, противоотечное, седативное, болеутоляющее действие. Борьба с болью - главная цель использования магнитотерапии. Облегчается боль у пациентов даже с тяжелыми травмами. Успешно применяется маг-

нитотерапия для рассасывания гематом и снятия воспалений. Хорошо переносят этот метод лечения ослабленные больные и люди пожилого возраста. Особенности структуры этого поля способствуют повышению индивидуальной чувствительности пациента к процедуре, поддерживают возбудимость нервных структур мозга и обеспечивают эффект последодействия. Принципиально новое в этом методе - воздействие на весь организм, одновременное влияние на все его системы, особенно на нервную.

Таким образом, при использовании магнитотерапии существенно снижается болевой синдром, который является ведущим признаком при невралгии тройничного нерва. Наряду с вышеперечисленным, магнитотерапия обладает также следующими эффектами: улучшение общего самочувствия, сна, снижение артериального давления, восстановление функции периферических нервов, рассасывание инфильтративной ткани и многими другими.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ИНГАЛЯЦИИ АНТИБИОТИКА ДЛЯ ЛОКАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТА В ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ

И.Л. Шарипов, С.С. Гойилов, С.С. Маллаев

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью нашей работы явилось изучение эффективности и безопасности применения препарата местного антибиотика Биопарокса у больных детей с бронхиальной астмой (БА) и обструктивным бронхитом (ОБ).

Материалы и методы исследования. Обследование проведено у 34 детей с БА и 10 детей с ОБ (1-я группа больных), которые получили лечение в отделении детской реанимации СОМДМЦ. Дети получали лечение Биопароксом в течение 6 дней. Проводили также сравнительное обследование 18 детей с БА и 8 - с ОБ, получавших только симптоматическую терапию (2-я группа). В данное исследование включали детей от 2,5 до 5 лет с установленным диагнозом БА или ОБ и наличием признаков ОРЗ. У всех наблюдавшихся детей ОРЗ протекали с симптоматикой его осложнения, то есть ОДН и ОСН, стенозирующего ларинготрахеита, обструктивного трахеобронхита или их сочетанием. Средний возраст детей в 1-й группе составил $2,6 \pm 1,1$ лет (21 мальчик и 13 девочки), во 2-й группе - $3,2 \pm 1,2$ года (14 мальчиков и 12 девочек). Проводили оценку степени тяжести обострений БА и выраженности клинических проявлений. Курс лечения был начат в первые 2 суток. Детям 1-й группы при поступлении в отделение реанимации начали Биопарокс по 4 ингаляции 4 раза в день через рот и в каждый носовой ход, детям 2-й группы - симптоматическое лечение.

Результаты и обсуждение. У детей с БА и у детей с ОБ, получавших Биопарокс, уже со 2-го дня лечения достоверно уменьшились такие проявления ОРЗ, как гипертермический синдром, боль в горле, осиплость голоса, стеноз гортани, признаки ОДН и ОСН ($p < 0,05$). У детей, получавших симптоматическое лечение ОРЗ, улучшение наблюдалось на 4-5-й день заболевания. В

группе детей с БА и с ОБ, получавших Биопарокс, исчезновение клинических симптомов наблюдалось на 2-3 дня раньше, чем у больных, получавших симптоматическую терапию ($p < 0,05$).

Проявления острого ринита в группах детей с БА и ОБ, получавших Биопарокс, достоверно уменьшились уже к 3-му дню от начала терапии ($p < 0,05$). У больных значительно уменьшились заложенность носа, чихание и ринорея. У детей, получавших симптоматическую терапию, достоверное уменьшение проявлений ринита наблюдалось к 5-му дню от начала лечения ($p < 0,05$). Полученные в исследовании данные свидетельствуют о том, что антибактериальный и противовоспалительный эффекты Биопарокса клинически проявляются уже в первые дни применения препарата как у детей с БА, так и у больных ОБ. Биопарокс быстро, уже со 2-го дня лечения, уменьшает отек слизистых оболочек, восстанавливает проходимость дыхания, уменьшает боли в горле. В группе детей, получавших Биопарокс, к 7-му дню от начала лечения умеренные проявления острого воспаления сохранялись только у 2 детей с БА. Симптомы воспаления ротоглотки у детей, быстрая нормализация температуры тела получавших Биопарокс, также статистически достоверно уменьшились к 3-му дню терапии ($p < 0,05$), в группе сравнения - только к 5-му дню лечения.

Таким образом, при применении Биопарокса наблюдается быстрое уменьшение всех симптомов ОРЗ и его осложнений. Антибиотики системного действия назначались у 5 больных 1-й группы (9,3%) и у 7 больных 2-й группы (26,9%). Переносимость Биопарокса у больных БА и ОБ была хорошей у 97,3% детей.

БОЛАЛАРДА ТЕЗ - ТЕЗ КАЙТАЛАНАДИГАН СТЕНОЗЛОВЧИ ЛАРИНГОТРАХЕИТНИ САМАРАЛИ ДАВОЛАШДА ФИЗИОТЕРАПИЯ МУОЛАЖАЛАРИНИ ТУТГАН УРНИ

И.Л. Шарипов, А.А. Муминов, Б.К. Холбеков

Самарканд давлат тиббиёт институти

Уткир стенозловчи ларинготрахеит (УСЛ) - болалар уртасида уткир респиратор вирусли касалликларни

(УРВК) энг куп учрайдиган асоратлари хисобланади. Бу касалликни ривожланишида биринчи уринда грипп

вируслари, иккинчидан парагрипп вируслари, учинчидан – аденовируслар сабабчи буладилар. УСЛ болаларда купинча УРВК ни 2-3-суткаларида ривожланади ва болани ахволи оғирлашиши натижасида врачга мурожаат қилишадилар.

Ишнинг максоди: болаларда тез - тез қайталанувчи УСЛ самарали даволашда физиотерапия муолажаларини самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва услублар: Охирги 5 йил давомида Самарканд вилоят қўш тармоқли болалар тиббий марказида 30 беморни кузатиб борилди. Бу беморларни ёши уртача 10 ойдан - 4 ёшни ташкил этди. 18 (60%) беморларда касаллик УРВК дан сунг 1-чи суткасида, 12(40%) беморларда эса 2-3 суткаларига ривожланган. Кузатишган беморларни 20таси биринчи марта касалланган (I-гурух), 10 таси (II-гурух)га касаллик тез-тез қайталанishi ва бир йил давомида 3-4 марта(баҳор, куз, киш ойларида) шифохонага тушиб, реанимация бўлимига даволангани анамнезидан маълум бўлди.

Урганилган I-гурух беморларда УСЛни даволашда анавий усулда, яъни кислородтерапия, антигистаминлар, глюкокортикоидлар, спазмолитиклар, муколитиклар, антибактерал, чалгитувчи муолажалар, небулайзерли ингаляция, вирусга қарши воситалар, ётоқ тартиби, иссиқ пархезлар қилинганда беморларни умумий ахволи динамикада яхшиланиб борилган ва бошқа физиотерапия муолажалани утқизишига ҳолат қолмаган.

II-гурух беморлари кечроқ ва қайта мурожаат қилганликларини ҳамда бошқа асоратлар - бронхит, трахеит, трахеобронхит, пневмонияни ривожланганини инобатта олиб, анавий даволаш усулларига қўшимча

равишда иммунотерапия, даволаш жисмоний тарбия машқлари ва муррақаб физиотерапия усуллари –УФО буйиннинг олдинги соҳасида, УВЧ, буйин соҳасида электрофорез, фонофорез беморларни ёшини ва ахволига қараб муолажалар қабул қилиш тавсия этилди.

Олинган натижалар: Олинган натижалардан маълум бўлдики, II-гурух беморлар, яъни УРВКнинг нафас тизимида берган асоратлари билан реанимация бўлимига мурожаат этганда, болаларни критик ҳолатлардан тезроқ чиқариш максодида анавий даволаш усулларига қўшимча raviшда даволаш жисмоний тарбия машқлари ва физиотерапия муолажалари тавсия этилганда беморларни умумий ахволи тезда яхшиланиши, кузатиладиган асоратларни тезда бартараф этилиши қўзғатди. Даволашнинг 2-чи суткаларида беморларни тана ҳарорати тушиб гемодинамик ва нафас қўзғаткичлари барқарорлашди ва балғам қўчиши қўчайиб, ҳансирашлар қайтди. Беморларни реанимация бўлимига ва соматик бўлимига ётиб даволаниш қўни қисқарганлиги аниқланди.

Хулоса: Шундай қилиб кузатишлардан маълум бўлдики, УРВКнинг асоратлари ҳамда тез - тез қайталанадиган стенозловчи ларинготрахеит билан бемор болалар шифохонада мурожаат қилганда даволанишни биринчи кўнларидан бошлаб, даволаш режасига физиотерапевтик ва даволаш жисмоний тарбия машқлари муолажалари қўшилса беморларни тезда критик ҳолатлардан олиб чиқишга самарали ёрдам беради ва даволаш жисмоний тарбия машқлари бажариб турилиши натижасида, қайта касалланиш ва шифохонага тушиш ҳолати олди олинади.

ЩАДЯЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Р.Х. Шарипов, М.М. Ахмедова, А.С. Расулов, В.Д. Мавлянова, Л.Т. Ирбутаева, Н.А. Расулова

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью работы явилась разработка методов патогенетической терапии у детей раннего возраста, больных синдромом бронхиальной обструкции.

Материалы и методы исследования: клинические наблюдения проводили в течение 2012-2013 г в пульмонологических отделениях городской детской больницы №1 г. Самарканда у 48 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет. Дети первого года жизни составили 41,7%, от 1 до 3 лет 58,3%; в том числе них мальчиков 21-56,2%, девочек 21-43,8%. Основным показанием к госпитализации явилась дыхательная недостаточность (ДН) разной степени выраженности, которая определяла степень тяжести обструктивного синдрома: ДН I степени – 71%, ДН II степени – 21%, ДН III степени – 8%.

Результаты исследования: дети были разделены на 2 группы в соответствии с применением бронходилататоров в зависимости от путей их введения: ингаляционно-го сальбутамола и перорального эуфиллина. Больные I-й группы (n-24) в составе комплексной терапии по поводу обструктивного синдрома получали сальбутамола ингаляционно через аппарат «Беби хайлер» (0,1 мг на прием в возрасте 3-12 месяцев и 0,2 мг на прием в возрасте 2-3 года 3 раза в день). Во II-ю группу были включены 24 ребенка, которым в состав комплексной терапии 3 раза в сутки перорально был введен эуфиллин в стартовой дозе 4-6 мг на 1 кг массы с последующим переходом на поддерживающую дозу 3 мг/кг. У детей I-й

группы значительно быстрее наступало клиническое улучшение; уже первые 60 минут после введения сальбутамола отмечалось уменьшение выраженности тахипноэ. В легких уменьшалось количество хрипов, происходило разжижение мокроты. У больных, получавших сальбутамола, исчезновение симптомов интоксикации происходила на 2-3 день у 91,6% больных, а во 2-й группе этот показатель составил 79,1%. У детей I-й группы положительная динамика отмечена у 22 больных. Уже на 2-3 й день, у 18 пациентов выявлено улучшение состояния, уменьшение цианоза носогубного треугольника, кашля и одышки, исчезновение симптомов бронхообструкции. У детей II-й группы положительная динамика отмечена у 17 больных: уже на 3 день лечения наблюдалось полное снятие бронхообструктивного синдрома у 11 больных; кашель с мокротой исчезали на 5-6 день лечения.

Таким образом, к преимуществам ингаляционного введения сальбутамола через аппарат «Беби хайлер» относилось: хорошая переносимость, легкая дозируемость, достоверное улучшение клинического состояния больных и отсутствие серьезных побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы. Разработка и широкое внедрение ингаляционных препаратов, таких как сальбутамола, позволит значительно снизить стоимость лечения и повысить качество жизни больных с бронхообструктивными заболеваниями легких.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Р.Х. Шарипов, А.С. Расулов, М.М. Ахмедова, Н.А. Расулова, В.Д. Мавлянова, Л.Т. Ирбутаева

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью работы явилось изучение влияния музыкотерапии на соматическое состояние и неврологический статус детей с перинатальными повреждениями ЦНС.

Материалы и методы исследования. В базу проведения музыкотерапии мы включили детскую городскую больницу №1, дом грудника и детскую поликлинику № 4. Музыкотерапию можно проводить на дому, в таких случаях мы обучаем матерей больных детей. На базе ГДБ № 1 нами начато внедрение музыкотерапии для реабилитации детей с перинатальными поражениями ЦНС. Под нашим наблюдением находилось 32 ребенка с последствиями перинатального поражения нервной системы (ПППНС) в возрасте от 4 месяцев до 1 года, получавшие курсы музыкотерапии. Контрольную группу составили 12 детей с ПППНС, получившие общепринятую терапию. Всем детям, помимо неврологического обследования, проводились электроэнцефалографические и эхо-энцефалографические исследования до и после проведения музыкотерапии.

Результаты. Установлено три разновидности программ для музыкотерапии: так называемая «успокоительная» программа, «активизирующая» программа, и программа смешанного типа. Рекомендуем исполнять колыбельные и спокойные песни 2-3 раза в день в течение 5-10 минут после кормления, а песни в быстром темпе за 5-10 минут до начала кормления. При проведении музыкотерапии в режиме записи, необходимо под-

бирать музыкальные произведения, отличающиеся высоким качеством исполнения и звучания. В нашей работе была подобрана музыка в национальном колорите. Прослушивать индивидуально подобранную музыкальную программу рекомендуется в течение 7-10 дней.

После включения в комплекс лечения музыкотерапии неврологический статус, показатели ЭЭГ и Эхо-ЭГ имели более быструю положительную динамику. Анализ данных Эхо-ЭГ, выполненных после комплексной реабилитации показали, что снизилась ликворная гипертензия, уменьшилась ширина третьего желудочка, индекс бокового желудочка и вследствие этого уменьшалась степень смещения срединных структур. По данным ЭЭГ отмечался сдвиг в фоновых частотах амплитудных характеристик в сторону преобладания альфа – активности у 68% больных; уменьшилась выраженность медленноволновой активности у 35,7% больных. Изменение параметров Эхо-ЭГ и ЭЭГ в сторону нормализации, также доказывает положительная клиническая картина.

Как показывает опыт, правильно подобранная мелодия оказывает благоприятное воздействие на детей с перинатальной энцефалопатией и ускоряет их выздоровление, предупреждая инвалидизацию.

Таким образом, комплексная реабилитация с применением музыкотерапии эффективна при комбинированных нарушениях и ее последствиях.

ИММУННЫЙ СТАТУС У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Р.Х. Шарипов, Н.А. Расулова, М.М. Ахмедова, А.С. Расулов, В.Д. Мавлянова, Л.Т. Ирбутаева

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью работы явилось установить диагностические критерии для оценки иммунологического статуса у часто болеющих детей и выявить результаты применения иммуностимулятора, наряду, с традиционными методами лечения.

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 42 ребенка с частыми заболеваниями верхних дыхательных путей с 1 месяца до 6 летнего возраста. Все дети были обследованы в ГДБ №1 г. Самарканде в 2009 – 2012 годах. У всех детей в ходе клинического обследования были выявлены такие частые заболевания, как острый бронхит 35,8%, ОРВИ – 33,4%, острая очаговая пневмония – 14,3% и обструктивный бронхит – 16,6%. Часто болеющие дети были разделены на 2 группы: дети которые лечились традиционным методом (32 детей) и к традиционному методу лечения был добавлен препарат Бронхо-Мунал (10 детей). Иммунологические показатели определяли до и после лечения.

Результаты: Полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения Бронхо-Мунала наряду с традиционными методами лечения, что выражается повышением иммунитета и быстрым исчезновением клинических симптомов заболевания. Уровень иммуноглобулина. А при традиционном методе составил 112,0±10,1 мг/л, при традиционном методе в сочетании с Бронхо-Муналом повышался до 112,0±10,1 – 125,0±10,1 мг/л. Аналогичные показатели были со сто-

роны иммуноглобулинов класса М и класса G. Под действием Бронхо-Мунала у часто болеющих детей поднялись и уровни неспецифических факторов защиты. АФ от 58,8±2,9 до 67,5±3,1%, ИФ от 1,6±0,6 до 5,2±0,7, ЗФ от 7-8 баллов до 4-6 баллов. РИП 12 – 13% до 19 – 20%. Комплемент 0,32 – 0,37 ед. до 0,65 – 0,72 ед., БАС от 1:10 – 1:80 до 1:10 – 1:640, ЛАС от 1:10 – 1:20 до 1:10 – 160. Клиническая эффективность применения иммунокорректирующих препаратов проявлялась в исчезновении клинических симптомов и рецидивов заболевания. Так, если при лечении традиционным методом, кашель, одышка, судорожные симптомы, высокая температура исчезала на 6-7 день после применения лечения, то при лечении традиционным методом и с применением Бронхо – Мунала на 4 – 5 день. Повторные рецидивы из 32 больных, которые лечились традиционными методами, наблюдались через 1,5 – 2 месяца у 15 детей. Из 10 больных, которым применяли традиционный метод и Бронхо-Мунал, всего 2 детей обратились по поводу заболевания верхних дыхательных путей через 4 – 5 месяцев. Первая группа с рецидивом госпитализирована, вторая группа получила амбулаторное лечение.

Таким образом, нами выявленные конкретные нарушения в тех или иных звеньях иммунной системы и неспецифических факторов защиты организма у ЧБД, что является основой для включения иммунокорректирующих препаратов для лечения и профилактики заболеваний у часто болеющих детей.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УЗКОСПЕКТРАЛЬНОГО ИНФРАКРАСНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

О.А. Шарипова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: изучить эффективность узкоспектрального ИК излучения на клиническое течение и гормональный статус при бронхоэктатической болезни у детей.

Материал и методы исследования: все дети были распределены на две группы: в I группу вошли 25 больных, получавших общепринятую терапию; II группу 28 больных, получавших узкоспектральный ИК излучение в комплексе общепринятой терапии.

Результаты: как показали наши исследования, применение узкоспектрального ИК излучения на фоне общепринятой терапии оказывало выраженный положительный клинический эффект, способствовало более быстрому купированию пульмональных и экстрапульмональных проявлений бронхоэктатической болезни у детей.

У больных получавших ИК излучения, явления интоксикации исчезали в первые 2-3 дня, что в два раза быстрее, чем у больных первой группы.

Особый интерес представляет купирование obstructивного типа дыхательной недостаточности, так на 5 день лечения больных I группы купирование obstructии отмечалось лишь у 40% больных, при применении ИКЛ наблюдалось полное снятие бронхообstructивного синдрома у 82%(23) больных. Кашель с выделением гнойной мокроты у больных, получавших ИКЛ исчезал на 6-7 день, в группе сравнения на 9-10 день у 73% больных, у остальных больных кашель с выделением гнойной мокроты сохранялся и после выписки, а кашель со слизистой мокротой у больных II группы на 10-11 день у 71%, а в группе сравнения на 14-15 день у 38% больных.

Отмечена положительная динамика физикальных данных со стороны легких при ИКЛ терапии. При включении узкоспектрального ИК луча в комплекс ле-

чения приводило к исчезновению влажных хрипов на 12-14 день у 23% больных, у остальных при выписке над пораженным участком легких выслушивались лишь локальные крепитирующие хрипы на фоне ослабленного или жесткого дыхания, тогда как в группе сравнения динамика физикальных данных была менее выражена, а аускультативные изменения держались более длительное время.

Исследования проведенные нами показали, что при бронхоэктатической болезни у детей, показатели щитовидной железы и коры надпочечников были достоверно низкими в период обострения заболевания по сравнению с показателями здоровых детей ($T_3 2,04 \pm 0,07$ нмоль/л; $T_4 85,77 \pm 3,38$ нмоль/л; кортизол $230,04 \pm 9,24$ нмоль/л против $T_3 2,63 \pm 0,15$ нмоль/л; $T_4 105,58 \pm 7,5$ нмоль/л; кортизол $327,67 \pm 23,21$ нмоль/л $P < 0,05 < 0,001$). В связи с чем нами проведена оценка эффективности проводимой терапии на состояние щитовидной железы и коры надпочечников.

У детей, получавших общепринятую терапию, не отмечалось достоверной динамики T_3 и T_4 и кортизола по сравнению с показателями до лечения ($T_3 2,15 \pm 0,2$ нмоль/л, $T_4 86,14 \pm 3,16$ нмоль/л, $239,5 \pm 7,12$ нмоль/л $P_1 > 0,1$).

У больных, получавших ИКЛ, перед выпиской значительно повышалось содержание T_3 , T_4 и кортизола ($T_3 2,51 \pm 1,18$ нмоль/л $P_1 < 0,05$; $T_4 105,43 \pm 4,25$ нмоль/л $P_1 < 0,001$; $313,4 \pm 11,19$ нмоль/л $P_1 < 0,001$) и не отличалось от показателей здоровых ($P > 0,1$).

Таким образом, проведенные нами исследования свидетельствуют о значительной эффективности ИКЛ-терапии при лечении бронхоэктатической болезни. Наши данные показывают, что применение ИКЛ в периоде обострения бронхоэктатической болезни способствует более быстрому достижению ремиссии.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ГУМОРАЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ИЗМЕНЕНИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Р.М. Шарипова, Г.М. Касимова, С.Т. Усанова, Х.У. Рахматуллаев

Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр терапии и медицинской реабилитации

Цель работы: изучение клинико-диагностического значения активации цитокинов и основных морфофункциональных параметров сердца у больных с ХСН ишемической этиологии на фоне терапии симвастатином.

Материалы и методы исследования: обследованы 140 человек - 110 больных и 30 здоровых лиц. У всех больных основным патологическим фактором явилось ИБС. Для оценки процессов ремоделирования анализировали морфофункциональные показатели сердца. Уровень цитокинов (ИЛ-1 бета, ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО-альфа) в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. ЛПНП определяли используя ферментный колориметрический тест.

Результаты: у больных с ХСН выявлена достоверно более высокая концентрация провоспалительных цито-

кинов (ИЛ-1 бета - $66,2 \pm 7,1$; ИЛ-6 - $16,1 \pm 2,9$; ИЛ-8 - $80,5 \pm 15,7$ и ФНО-альфа $110,3 \pm 13,6$ пг/мл) в сыворотке крови по сравнению с аналогичными показателями у здоровых лиц - (ИЛ-1 бета $3,2 \pm 2,2$; ИЛ-6 - $1,2 \pm 0,5$; ИЛ-8 - $1,9 \pm 0,6$ и ФНО-альфа $7,9 \pm 3,6$ пг/мл). Изменения уровней исследуемых цитокинов в сыворотке крови больных с ХСН были однотипны и характеризовались достоверным их повышением по мере тяжести сердечной недостаточности. Так, максимальный уровень цитокинов был выявлен у больных с сердечной недостаточностью IV функционального класса. На фоне приема симвастина в сочетании с базисным лечением у пациентов больных с сердечной недостаточностью IV функционального класса выявлено достоверное снижение всех исследуемых провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 бета -89%, ИЛ-6 -94,1%, ИЛ-8 -94,4% и ФНО-альфа -80%). Было

проведено исследование влияния терапии симвастатином на уровень цитокинов сыворотки крови больных с ХСН, учитывая исходный уровень Х-ЛПНП. У больных с нормальным и низким уровнем Х-ЛПНП отмечено более высокое содержание провоспалительных цитокинов. Однако на фоне проводимой терапии к концу исследования выявлено достоверное снижение всех уровней изучаемых цитокинов.

Выводы: возможность снижения уровня провоспалительных цитокинов на фоне дополнительного прие-

ма симвастатина у больных с ХСН независимо от уровня липидов крови может указывать на значимость плеотропных эффектов использованных препаратов. Гиперсекреция провоспалительных цитокинов оказывает отрицательное инотропное действие, способствуя ремоделированию сердца, и впоследствии, нарушению эндотелий зависимой дилатации сосудов и активации апоптоза кардиомиоцитов.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ЭСТЕТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛИЦЕ

В.И. Шаробаро, А.Е. Авдеев, М.В. Кадырова, Н.И. Яшина, А.А. Баева, М.О. Гоглов, О.П. Романец, М.И. Гречишников, З.И. Цховребова

*Институт хирургии им. А.В. Вишневского МЗ РФ,
Российский Национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова*

Цель. Разработка системы медицинской реабилитации после эстетических операций на лице с целью прогнозируемости и сокращения ее сроков.

Клинические наблюдения и методы исследования. Нами был проведен проспективный анализ реабилитационных мероприятий после наиболее типичных эстетических операций на лице у 362 пациентов, которым было произведено хирургическая коррекция в 3-х различных клиниках г.Москвы в период с 2009 по 2014 годы. Возраст варьировал от 18 до 71 года (средний возраст – $42 \pm 2,3$ года). Женщин было 311 (85,9%), мужчин – 51 (14,1%). Было выполнено 32 пластики верхних век, 27 пластик нижних век (традиционных и трансконъюнктивальных), 71 пластика верхних и нижних век, 66 изолированных ритидэктомий в различных модификациях, 72 ринопластики, 57 отопластик, еще у 34 пациентов ритидэктомия была комбинирована с пластикой век, а у 3-х – пластика век с ринопластикой. Было проведено сравнение эффективности различных мероприятий послеоперационной реабилитации после проведенных операций.

Результаты. Сравнение ближайших результатов после эстетических операций на лице позволило разрабо-

тать комплекс реабилитационных мер, направленный на предотвращение общехирургических осложнений и уменьшение послеоперационного отека. После каждого типа операций были разработаны стандартизированные восстановительные лечебные процедуры. Коррекция при послеоперационной реабилитации, т.е. индивидуализация терапии, проводилась при наличии сопутствующих заболеваний, аллергических реакций и проведении комбинированных операций. Пациенты возвращались к своей обычной социальной жизни, не стесняясь своего внешнего вида, на 8 ± 1 день после пластики век, на 16 ± 2 дня после ритидэктомии, 9 ± 2 день после ринопластики, 3 ± 1 день после отопластики. Сроки прохождения отеков и гематом увеличивались на 4 ± 2 дней после комбинированных операций (пластика век с ритидэктомией или ринопластикой).

Выводы. Систематизированный подход к медицинской реабилитации после эстетических операций на лице позволяет обеспечить прогнозируемые минимальные сроки восстановления, избежать необоснованных рисков для пациентов и оптимизировать результаты лечения.

ПОКАЗАТЕЛИ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ БРОНХОВ К ПРЯМОМУ БРОНХОСПАЗМАТИЧЕСКОМУ СТИМУЛУ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ФИЗИЧЕСКОГО УСИЛИЯ

О.А. Шахова

Буковинский государственный медицинский университет

Цель исследования. Оценить показатели гиперреактивности дыхательных путей у детей, с фенотипом астмы физического усилия.

Материалы и методы. Сформированы две клинические группы наблюдения: первая (I) - 30 детей с фенотипом БА физического усилия (индекс бронхоспазма (ИБС) $>12\%$), вторая (II) - 30 больных БА без наличия данного фенотипа астмы. Исследование гиперреактивности бронхов проводили с помощью стандартизированного ингаляционного спирометрического теста с гистамином с учетом рекомендаций по стандартизации исследования. Ингаляционная провокационная проба с гистамином (ПК20Г) проводилась путем повышения количества препарата до достижения 20% снижения показателя ОФВ1 при максимальной концентрации провоцирующего вещества.

Результаты и их обсуждение. При анализе специфической реактивности бронхов установлена более выраженная тенденция данного феномена у детей с фено-

типом астмы физического усилия. В частности, ПК20Г достигала $1,2 \pm 0,4$ мг/мл у пациентов I группы против $2,3 \pm 0,8$ мг/мл у представителей группы сравнения ($p>0,05$). Отмечено, что выраженная гиперреактивность бронхов (ПК20Г $<0,4$ мг/мл) наблюдалась более чем у половины больных I клинической группы (56%) и только у 22% представителей группы сравнения ($p<0,05$) и указывала на относительный риск астмы физического усилия 1,9 (95% ДИ 0,8-4,4) при соотношении шансов 4,3 (95% ДИ 1,2-15,4). Посттестовая вероятность выявления фенотипа физического усилия БА при выраженной гиперреактивности дыхательных путей составляла 71%.

Таким образом, показатели гиперреактивности бронхов к ингаляциям с гистамином в концентрации менее 0,4 мг/мл ассоциируют с фенотипом астмы физического напряжения, риск которой возрастает при указанных показателях бронхопровокационной пробы с гистамином в 4,3 раза.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ACE ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ТРЕНИРОВОЧНЫМ НАГРУЗКАМ РАЗЛИЧНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ

Н. В. Шведова, И.Л. Рыбина, И.В. Гайдукевич

Республиканский научно-практический Центр спорта, (Республика Беларусь)

Цель исследования: Определить влияние полиморфизма гена ACE на предрасположенность к тренировочным нагрузкам различной направленности у высококвалифицированных спортсменов, специализирующихся в плавании.

Материалы и методы исследования: Забор периферической крови и выделение ДНК осуществляли в лаборатории биохимии спорта НИИ физической культуры и спорта Республики Беларусь. Полиморфизм генов определялся с использованием двухпраймерной системы на базе института биоорганической химии НАН Республики Беларусь. Статистический анализ данных проводили с помощью методов описательной статистики. В качестве тестирующей нагрузки применялся велоэргометрический тест со ступенчато-возрастающей нагрузкой до отказа от нагрузки из-за усталости.

Результаты: В зависимости от полиморфизма гена ACE спортсмены включены в три группы: с DD (35,70%, 10 чел.), с ID (46,42%, 14 чел.), и с II генотипом – (17,87%, 5 чел.). У спортсменов с ID генотипом наблюдалась тенденция к повышению физической работоспособности за счет аэробного способа энергопродукции: показатели АНП составили $952,80 \pm 101,18$ кгм/мин у мужчин и $887,80 \pm 87,23$ кгм/мин у женщин. Представители DD генотипа отличались меньшими показателями физической работоспособности в аэробных зонах по сравнению со спортсменами II генотипа, что обусловлено

меньшей их предрасположенностью к работе аэробной направленности. Величины аэробного порога (АП) у представителей DD-генотипа составили $591,00 \pm 74,71$ кгм/мин и $528,00 \pm 70,21$ кгм/мин, а у носителей II-генотипа – $708,33 \pm 69,07$ кгм/мин и $677,50 \pm 8,50$ кгм/мин у мужчин и женщин соответственно. Статистическая обработка данных подтверждает достоверность мнения о том, что более высокими аэробными возможностями характеризуются носители I аллеля. Вместе с тем, несмотря на различие генотипов, достоверных различий показателей физической работоспособности на уровне АНП нами не выявлено, лишь только на уровне тенденций, что возможно, обусловлено недостаточной выборкой высококвалифицированных пловцов.

Таким образом, спортсмены II-генотипа обладают лучшей аэробной выносливостью, лучшей приспособленностью к выполнению длительной физической работы, что обусловлено лучшим кровоснабжением органов и скелетных мышц, экономичностью энергоресурсов за счет большей доли вклада аэробных процессов в энергообеспечение работающих мышц. Спортсмены DD генотипа характеризуются лучшей способностью к активации гликолического механизма энергообеспечения. Пловцы с гетерозиготным вариантом полиморфизма гена ACE характеризуются сочетанием достаточно высоких показателей развития скоростно-силовых характеристик с проявлением выносливости.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

В.И. Шевчук, Н.Н. Беляева, О.Б. Яворовенко

НИИ реабилитации инвалидов Винницкого Национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова

Цель работы: изучить потребности инвалидов с патологией внутренних органов в мероприятиях медико-социальной реабилитации (медицинской, профессионально-трудовой, социальной), обеспечении техническими средствами и изделиями медицинского назначения, в зависимости от патологии, группы инвалидности, возраста и дать оценку качества формирования индивидуальных программ реабилитации (ИПР) инвалидов в областях Украины.

Материал и методы исследования: проведено изучение контингента инвалидов с патологией внутренних органов в 22 областях Украины; определены потребности 90283 инвалидов в мероприятиях медико-социальной реабилитации в зависимости от патологии, возраста, группы инвалидности, административной территории, рассчитаны показатели эффективности их реабилитации. Использованы методы исследования: мета-анализ по отчетности медико-социальных экспертных комиссий (МСЭК), индивидуальным программам реабилитации инвалидов, статистический, аналитический, математический, монографический, метод экспертных оценок.

Результаты: установлено, что особенностью общего контингента инвалидов при патологии внутренних органов является преобладание в структуре причин инвалидности болезней системы кровообращения над патологией органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы; лиц среднего возраста над молодыми и пожи-

лыми; инвалидов III над инвалидами I и II групп. Уровень инвалидности по состоянию на 01.01.2013 г. в общем контингенте инвалидов составил 46,37 на 10 тыс. взрослого населения.

В наибольшей степени инвалиды нуждаются в услугах медицинской, трудовой, профессиональной, физической реабилитации, в наименьшей – в услугах социально - бытовой, психолого-педагогической реабилитации, предоставлении технических средств реабилитации и изделий медицинского назначения; потребность в физкультурно-спортивной реабилитации определена в отдельных случаях. Наблюдаются особенности в зависимости от возраста, тяжести инвалидности, места жительства инвалидов.

Вместе с тем, анализ работы МСЭК по формированию ИПР и определению потребностей инвалидов выявил в различных областях расхождение в показателях потребностей инвалидов по нозологическим формам и видам реабилитации. Это свидетельствует о несложившемся едином методологическом подходе к формированию реабилитационных услуг для инвалидов в рамках ИПР, к работе с инвалидами по выявлению их потребностей, что в целом снижает качество ИПР.

Изучение эффективности реабилитационных мероприятий показало, что положительные результаты получены в 20,34-43,68% при разных видах патологии, восстановление жизнедеятельности не произошло в 58,77-69,27% случаев. Требуют продолжения реабилита-

ционных мероприятий более 90% инвалидов.

Таким образом, расхождение показателей потребностей инвалидов в областях Украины по нозологическим формам и видам реабилитации свидетельствует о необходимости единого методологического подхода, усовершенствовании методики работы реабилитологов МСЭК с инвалидами. Потребность инвалидов в реабилитационных мероприятиях обусловлена как особенно-

стями инвалидизирующей патологии, так и качеством работы реабилитологов и врачей МСЭК. Недостаточно эффективные результаты реабилитации нуждаются в разработке предложений по совершенствованию процесса медико-социальной реабилитации, повышении качества ИПР.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЯХ ЛЕГКИХ

В.И. Шевчук, В.Ю. Забурьянова, М.В. Вернигородская

НИИ реабилитации инвалидов Винницкого Национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова

Цель исследования: разработать научно-практические рекомендации по реабилитации инвалидов трудоспособного возраста с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА).

Методы исследования: документальный, метод экспертных оценок, социально-гигиенический, статистический.

Результаты: анализ медико-экспертной документации 2048 больных (в т.ч. 618 чел. с ХОБЛ и 1430 чел. с БА), признанных инвалидами повторно в 2011 г. в 3 областях Украины, выявил низкие показатели реабилитации. Средний показатель полной реабилитации составил 6,8% (от 0,9% до 7,0% на различных территориях) в контингенте инвалидов вследствие ХОБЛ и 2,4% (от 0,3% до 3,7%) – в контингенте инвалидов вследствие БА. Средний показатель частичной реабилитации среди инвалидов вследствие ХОБЛ и БА составил соответственно 4,5% и 11,6%.

Выводы: необходима эффективная организация пульмонологической помощи (государственное обеспечение сети диагностических кабинетов цифровыми спирометрами, углубленная диспансеризация молодого населения, создание региональных реестров инвалидов, подготовка и повышение квалификации кадров) с целью наиболее ранней диагностики и своевременного проведения соответствующих мероприятий. Оценить состояние жизнедеятельности больных ХОБЛ и БА, определить степень тяжести заболевания, выраженность обструктивного синдрома, стадию дыхательной недо-

статочности, наличие сопутствующей патологии можно только с помощью комплексного обследования, в состав которого входят, кроме спирографии, электрокардиография, эхокардиография, велоэргометрия, лабораторные исследования. Для повышения эффективности медикаментозной терапии рекомендуется применение средств симптоматической поддержки и методы, влияющие на основные звенья патогенеза заболевания и усиливающие саногенетический потенциал целостного организма. В процессе составления индивидуальной программы реабилитации и проведения реабилитационных мероприятий следует учитывать характер и эффективность лечения, адекватность контроля болезни, состояние сердечно-сосудистой системы, возраст больного, профессиональные и социальные факторы, реабилитационный потенциал. Считаем целесообразным внедрение ступенчатого подхода построения тактики реабилитации при ХОБЛ (аналогично БА) с учетом современной спирометрической классификации. Реабилитационные программы при этом должны быть длительными, включая физический тренинг, консультации относительно питания, обучение и поддержку больных. Необходимо учитывать потребность больных с тяжелыми бронхообструктивными болезнями в социально-психологической и социально-правовой помощи. Большое внимание необходимо уделять профориентации, профессиональному образованию, профессионально-производственной адаптации, рациональному трудоустройству.

ПРОЛИФЕРАЦИЯ И АПОПТОЗ ПРИ ЭРОЗИВНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЖЕЛУДКА В ПРОЦЕССЕ СМТ-БАЛЬНЕОТЕРАПИИ

А.Е. Шкляев, Ю.В. Горбунов, А.Г. Бессонов, П.И. Четвериков, Е.Л. Баженов

Ижевская государственная медицинская академия

Цель работы: анализ экспрессии маркеров апоптоза и пролиферации при НР-позитивных эрозивных поражений желудка в процессе СМТ-бальнеотерапии.

Материал и методы исследования: Обследовано 122 пациента с эрозивными поражениями желудка в возрасте $42,1 \pm 2,7$ лет. В 54,9% случаев эрозии локализовались в желудке, в 45,1% сочетались с поражением двенадцатиперстной кишки. Всем пациентам проводилась эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией слизистой оболочки желудка, интрагастральная рН-метрия. Инфицированность *Helicobacter pylori* (НР) оценивали уреазным и морфологическим (по Гимзе) методами. Пролиферативную активность клеток определяли по экспрессии Ki-67 позитивных клеток, которые идентифицировали моноклональными мышиными антителами. Об апоптозе судили по экспрессии белка p53 в поверхностном и железистом эпителии желудка.

Группа наблюдения (58 пациентов в фазе обострения заболевания) получала стандартную антихеликобактерную терапию (омепразол, амоксициллин, кларитромицин) и СМТ-форез сероводородного йодобромного рассола санатория «Ува» по щадящей методике (выпрямленный режим, сила тока до легкой вибрации, время 10 мин, 10-12 процедур ежедневно). Группа сравнения была разделена на две подгруппы: первую составили 38 пациентов, получавших стандартную эрадикационную терапию; вторую – 26 пациентов, получавших эрадикационную терапию и синусоидальные модулированные токи (СМТ) на эпигастральную область.

Результаты: в процессе СМТ-бальнеотерапии в группе наблюдения болевой синдром в эпигастральной области купировался у всех больных. Уменьшение болевого синдрома происходило на $3,1 \pm 0,2$ день от начала терапии, исчезновение – на $6,3 \pm 0,3$ день. Уменьшение болевого синдрома в подгруппах сравнения происходи-

ло на $3,6 \pm 0,2$ и $3,4 \pm 0,2$ день ($p > 0,05$), соответственно. Полное купирование болевого синдрома у них произошло на $7,3 \pm 0,5$ и $7,1 \pm 0,5$ день, соответственно, ($p < 0,05$). Купирование эпигастралгий в процессе СМТ-фореза сероводородного йодобромного рассола сопровождалось общим седативным действием. СМТ-бальнеотерапия положительно влияла на динамику диспепсических явлений. НР-инфекция была выявлена у всех больных. У 84,4% пациентов исходно была значительно повышена кислотообразующая функция желудка, уровень pH в желудке составил в среднем $2,10 \pm 0,05$. При оценке эндоскопических результатов в группе наблюдения удалось добиться эпителизации эрозий в 84,6% случаев, в подгруппах сравнения – в 62,7% и 71,1%, соответственно. Число Ki-67 позитивных клеток, находящихся в S-фазе митотического цикла, в железистых структурах тела желудка у больных с хроническим эрозивным гастритом в группе наблюдения составило до лечения – $31,2 \pm 2,6\%$, а после – $27,4 \pm 2,7\%$, в антральном отделе – $32,1 \pm 3,4\%$ и $28,5 \pm 3,6\%$, соответственно. Экспрес-

сия p53 выявлялась не у всех пациентов. У больных группы наблюдения до лечения количество клеток в слизистой оболочке тела желудка с выраженной экспрессией маркеров p53 достигало $8,7 \pm 1,2\%$, после лечения – $6,8 \pm 1,3\%$, в антральном отделе – $10,5 \pm 2,9$ и $8,2 \pm 1,9\%$, соответственно.

Выводы: усиление эрадикационной терапии СМТ-форезом сероводородного йодобромного рассола санатория «Ува» у больных с НР-позитивными эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны повышает эффективность лечения за счет анальгетического, противовоспалительного и репаративного воздействия на слизистую оболочку. Под влиянием курсовой СМТ-бальнеотерапии у подавляющего числа больных с эрозивными поражениями желудка наступили благоприятные сдвиги в клинической картине заболевания. Предложенный лечебный комплекс оказал нормализующее воздействие на процессы пролиферации и апоптоза в эпителии слизистой оболочки желудка.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОСТИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ МИОРЕЛАКСАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЯМИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

К.В. Шмырина, А.Т. Джерабекова, Н.Ф. Вязикова

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью нашего исследования явилось изучение влияния постизометрической релаксации мышц на сроки купирования болевого синдрома у пациентов с МФБС.

Материалы и методы: исследование основано на анализе данных динамического обследования и лечения 50 пациентов (средний возраст $37,8 \pm 10,7$) из них 35 женщин (70%) и 15 мужчин (30%) с миофасциальным болевым синдромом находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в неврологическом отделении клиники СамМИ. Группу сравнения составило 25 человек (средний возраст $36,7 \pm 9,9$), 17 (68%) женщин и 8 (32%) мужчин. МФБС не имеет собственного кода в МКБ-10, но представляется возможным использовать для кодирования рубрику M79 (Другие болезни мягких тканей, не классифицируемые в других рубриках), подходящие коды – M79.1 – миалгия, M79.9 – болезнь мягких тканей неуточненная. Пациенты получали стандартный курс терапии: НПВС, миорелаксанты, витаминотерапию, сосудистые препараты, физиотерапию, массаж, ЛФК. Основной группе наряду с традиционным лечением проводилась постизометрическая релаксация. Результаты оценивали на 7-й день терапии по показателям ВАШ боли и пальпации триггерных точек.

Результаты и обсуждение: на момент осмотра при поступлении выраженность болевого синдрома по ВАШ в основной группе составляла $7,88 \pm 1,09$, в группе сравнения $7,48 \pm 1,17$. Плотность мышц в основной группе у 86% составляла 3 балла, у 14% 2 балла, в группе сравнения 72% и 28% соответственно. У 45 (90%) пациентов в

основной группе наблюдались симптомы Собразе и Бонне Бобровникова, в группе контроля указанные симптомы наблюдались у 19 (76%) человек. Постизометрическую релаксацию проводили для следующих мышц: квадратная мышца поясницы, поперечно-остистая мышца, мышцы вращатели, подвздошно-поясничная мышца, грушевидная мышца, большая и средняя ягодичная мышцы, четырёхглавая мышца бедра. Анализ результатов количественной оценки восприятия боли (ВАШ) показал достоверное снижение выраженности болевого синдрома на 7-й день лечения в обеих группах. В основной группе средняя интенсивность болевого синдрома снизилась на 68,3% ($(2,49 \pm 1,76)$ $p < 0,001$), в группе сравнения на 43,9% ($(4,2 \pm 0,97)$ $p < 0,001$) соответственно. У всех пациентов основной группы редуцировали симптомы Собразе и Бонне Бобровникова, в группе сравнения указанные синдромы редуцировали у 16 (84,2%) исследуемых. Напряжение мышц спины и болезненность в триггерных точках в основной группе редуцировала у 48 исследуемых (96%), в группе сравнения у 20 (80%) соответственно.

Выводы: в связи с вышеизложенным можно сделать вывод о положительном влиянии постизометрической релаксации на купирование болевого синдрома и неврологической симптоматики и рекомендовать включить методику в схему комплексного лечения больных с миофасциальными болевыми синдромами в нижней части спины для сокращения сроков реабилитации указанного контингента больных.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

К.В. Шмырина, Н.Ф. Вязикова, З.Ф. Мавлянова

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью явилось исследование возможности применения сбалансированного антидепрессанта 4 поколения «Миртел», (действующее вещество миртазапин), для коррекции соматоформных расстройств возникающих

при хронической вертеброгенной патологии пояснично-крестцовой локализации у женщин.

Материалы и методы: 50 женщинам (средний возраст $37,82 \pm 10,72$) в схему лечения был включен антидепрессант миртазапин («миртел») с целью коррекции

болевого синдрома и снижения уровня тревоги и дистимии. Препарат назначали в дозе 15 мг на ночь. Группу сравнения составили 50 пациентов (средний возраст 40,14±10,61) получавших традиционное лечение. Результаты оценивали на 7-й день терапии по показателям ВАШ боли, и Госпитальной шкалы Тревоги и Депрессии.

Результаты и обсуждение: анализ результатов количественной оценки восприятия боли (ВАШ) показал достоверное снижение выраженности болевого синдрома на 7-й день лечения во всех группах. На 7-й день лечения средняя интенсивность болевого синдрома в группе женщин получавших миртел снизилась на 42,5% ($p<0,002$) и составила 4,7±1,46 балла по сравнению с 8,18±0,66 баллами в первый день обследования. В группе сравнения на 7-й день болевой синдром регрессировал на 20,3% ($p<0,002$) и составил 5,88±1,1 балла по сравнению с 7,38±1,28 баллами в первый день обследования. Анализ результатов количественной оценки тревоги и дистимии посредством Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии у лиц женского пола показал: на 7-й день лечения средняя интенсивность тревоги у женщин снизилась на 43,8% в основной группе и составила 8,06±3,58 баллов ($p<0,005$) по сравнению с 14,34±2,46 баллами в первый день обследования. В группе сравнения уровень

тревоги снизился на 23% и составил 9,98±3,06 баллов по сравнению с 12,94±2,88 баллами в первый день обследования ($p<0,005$). Средняя интенсивность дистимии на 7-й день терапии снизилась на 39% в основной группе и составила 8,42±4,14 баллов по сравнению с 14,6±3,28 баллами в первый день обследования ($p<0,05$). В группе сравнения указанный показатель снизился на 21,4% при исследовании на 7-й день терапии и составил 9,9±3,57 баллов по сравнению с 12,6±3 баллами в первый день обследования ($p<0,05$). Динамическое наблюдение за больными позволило выявить положительную динамику в неврологическом статусе. После лечения все больные находились в удовлетворительном состоянии.

Выводы: на фоне проводимой терапии отмечалось уменьшение степени выраженности клинической симптоматики в течение первой недели лечения, что позволяет сократить сроки реабилитации указанного контингента. В связи с вышеизложенным можно сделать вывод о положительном влиянии миртазапина на сроки купирования болевого синдрома и снижения уровня тревоги и дистимии у обследованного контингента и рекомендовать включить препарат в схему комплексного лечения больных с хроническими вертеброгенными болями в спине.

ФИЗИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

З.Р. Шодмонова, Р.Т. Насруллаева

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения физиотерапевтических методов в лечении больных уролитиазом.

Материал и методы исследования: В основу исследования положены результаты лечения 279 больных (147 женщин и 132 мужчин), находившихся на лечение в отделении урогинекологии СФРНЦЭМП, в период с января 2013г. по октябрь 2014г. Средний возраст больных составил 52 года (от 18 до 86 лет). Длительность заболевания варьировала от одного часа до нескольких лет, размер конкрементов - от нескольких мм (в виде песка) до 2,5см, больные получали как консервативное, так и оперативное лечение. Все больные были разделены на 2 группы: в первую основную группу вошли 138 больных, которые помимо традиционной симптоматической терапии получали хотя бы один из методов физиотерапии в виде теплых ванны, вибриотерапии, диадинамотерапии, магнито-, лазеро - ультразвуковой терапии, вплоть до бальнеотерапии. Во вторую контрольную группу вошли 141 больных, которым проводилась только симптоматическая медикаментозная терапия. Для оценки эффективности применения физиотерапии всем больным проведено комплексное обследование, включавшее клинико-лабораторное, УЗ, реографическое и рентген-радиоизотопное исследования.

Результаты и обсуждение: Результаты обследования больных имели существенные различия в обеих группах. Суммарная функция почек, которая определялась с помощью РРГ и доплерографии обеих групп была в

пределах нормы. Размеры камней в основной группе составили 0,61±0,09см, в контрольной группе 0,52±0,08см, у большинства больных имелись признаки нарушения уродинамики и наличия воспалительного процесса. Сравнительный анализ эффективности лечения больных МКБ с ранним применением физических методов лечения по отношению к контрольной группе показал, что у 43 (31,2 %) больных 1-й группы отмечалось раннее самостоятельное отхождение конкремента (впервые 3-5 суток от начала лечения), тогда как во 2-й группе лишь у 21 (14,9 %) больного камни отходили спустя 15-18 суток. Так, почечная колика в основной группе имела место у 27 (19,6 %) больных и у 84 (59,6 %) больных 2-й группы, что свидетельствует о менее болезненном отхождении камней при получении физиотерапевтического лечения, способствуя тем самым, более раннему восстановлению уродинамики и гемодинамики в почках. Лейкоцитурия, эритроцитурия, кристаллурия, протеинурия, бактериурия ликвидировались на 5-7 суток у больных первой группы, а во второй группе только на 14-18 суток. Порой имела место неразрешившаяся инфекция мочевого тракта.

Таким образом, наиболее раннее и целенаправленное применение физиотерапии в комплексном лечении больных с уролитиазом предупреждает дальнейшее развитие осложнений, улучшая гемо- и уродинамику почек и мочевыводящих путей и способствует предупреждению рецидивного камнеобразования.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОТДАЛЕННЫХ ПЕРИОДАХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

С.Н. Шоев, Р.Н. Бердиев, Ш.А. Турдибоев, Х.Д. Рахмонов, Н. Рауфи, Ф.Х. Нарзизода

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино

Цель исследования - оценить эффективность современных методов диагностики в отдаленных периодах черепно-мозговой травмы.

Материал и методы исследования. Работа основана на изучении результатов диагностики и лечения у 65 больных с черепно-мозговой травмой в отдаленных пе-

риодах за 2009-2013 годы. Возраст пострадавших – от 20 до 75 лет. Произведены следующие исследования: клинко-неврологический осмотр, офтальмологическое исследование и в ряде случаев по показаниям компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) черепа и головного мозга.

Результаты и их обсуждение. По возрасту больные распределились следующим образом: от 20 до 35 лет – 15 (23,1%) человек, от 35 до 50 лет – 23 (35,4%), от 50 до 75 лет – 27 (41,5%) больных. Причиной черепно-мозговой травмы 38 (58,5%) больных было падение с различных высот, у 22 (33,9%) – дорожно-транспортные происшествия, а по другим причинам госпитализированы 5 (7,6%) пострадавших. Из обследованных 35 (53,9%) больные госпитализированы остаточными явлениями средне-тяжелой черепно-мозговой травмы и 30 (46,1%) пострадавшие были обследованы последствиями тяжелой черепно-мозговой травмы.

По ходу обследования всем больным произведена офтальмологическое исследование. Из них у 47 (72,3%) обследованных картина глазного дна без особенностей, в 15 (23,1%) случаях выявлено признаки внутричерепной гипертензии и у 3 (4,7%) обследованных частичная

атрофия дисков зрительного нерва. Произведено КТ – исследование черепа и головного мозга 48 (73,9%) больным и в остальных 17 (26,1%) наблюдениях произведена МРТ головного мозга. Из них на КТ и МРТ у 22 (33,9%) больных выявлена нормальная картина, у 33 (50,8%) обследованных атрофические изменения вещества головного мозга, у 2 (3,1%) пострадавших посттравматическая компенсированная смешанная гидроцефалия, в 3 (4,6%) случаях застарелые линейные переломы костей черепа, а хронические субдуральные гематомы и гидромы – у 5 (7,6%) больных.

При анализе исходов (исходы оценивались по шкале исходов Глазго) у 40 (61,5%) больных отмечено выздоровление, умеренная инвалидность наблюдалась у 21 (32,3%) пострадавших, грубая инвалидность – у 2 (3,1%) больных, вегетативный статус – у 2 (3,1%) обследованных.

Таким образом широкое использование компьютерной томографии в диагностике черепно-мозговой травмы у детей своевременно выявляет травматические субстраты черепа, головного мозга и значительно улучшает исходы лечения пострадавших.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВООТЕЧНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЕСТОЗАХ БЕРЕМЕННЫХ

Д.С. Шомуродова, А.Т. Джурабекова, С.З. Хакимова

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью работы было изучение неврологических симптомов у женщин с гестозом, с применением препарата L-лизина эсцинат.

Материал и методы исследования: нами были обследованы 46 пациенток в возрасте 21-30 лет, со сроком беременности 39-40 недель. Все женщины были разделены на две группы. В I группу входили 36 женщин, с тяжелой степенью преэклампсии; II группу составили 10 беременных женщин, также с тяжелой степенью преэклампсии.

Результаты исследования: при поступлении практически у всех женщин были жалобы на головную боль, расстройство сна, усталость, утомляемость, снижение активности и настроения, у некоторых тошнота и рвота. Во время осмотра неврологическая симптоматика была разнообразной. У 3% женщин отмечалась легкая ригидность затылочных мышц, у 92% центральный парез VII пары, горизонтальный нистагм в 90% случаев, нарушение конвергенции в 60%, девиация языка в 30% случаев, а также 5% отмечалось сходящееся косоглазие и у 3 женщин отмечалось гнусавость. У всех женщин четких парезов не было, но отмечалось повышение рефлексов в 50% случаев в ногах, в 10% случаев на одноименной стороне тела, у 40% – асимметричное повышение рефлексов. Около 7% отмечались патологические рефлексы (рефлекс орального автоматизма), симптомы, которые свидетельствовали о развитии токсико-дисциркуляторной энцефалопатии.

Нами было предложено лечение с препаратом L-лизина эсцинат в дозировке 10 мл на 100 мл 0,9% физиологического раствора в/в капельно в течение 5 дней. Для этого женщинам из I группы проводилось традиционное лечение препаратом магния сульфат, во 2

группу к традиционному лечению был добавлен препарат L-лизина эсцинат. В сравнительной группе с препаратом L-лизина эсцинат отмечалась более положительная и быстрая динамика. Положительный клинический эффект проявлялся через 24-48 часов. Такие симптомы как головная боль, тошнота, расстройство сна, усталость, снижение активности исчезли уже на 1-2-е сутки применения данного препарата, тогда как у женщин с I группы эти симптомы держались. Препарат способствует регрессу клинической симптоматики и восстановлению функциональной активности головного мозга. Это проявляется быстрым и значительным улучшением общего состояния больных, уменьшением степени нарушения сознания или его восстановлением. Раствор L-лизина эсцината предотвращает развитие массивного отека, компрессии и смещения структур головного мозга, развитие внутричерепной гипертензии. Препарат не вызывает местных и резорбтивных, а также аллергических реакций при его строго внутривенном введении.

Таким образом, применение противоотечных препаратов, в частности L-лизина эсцината в комплексе интенсивной терапии энцефалопатии у пациенток с гестозом является необходимым. Можно сделать вывод о том, что терапия пациенток с гестозом должна начинаться уже при преэклампсии легкой степени. Степень тяжести токсико-дисциркуляторной энцефалопатии зачастую адекватно отображает степень тяжести гестоза и указывает направления проводимой интенсивной терапии. В протоколе интенсивной терапии пациенток с гестозом, на наш взгляд, кроме магнезиальной терапии необходимо проведение противоотечной терапии с включением препарата как L-лизина эсцинат.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ И РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

З.Т. Эгамкулов, И.Ж. Жумаев, Ж. Мамарасулов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: оптимизировать методов восстановления репродуктивной функции больных с первичным бесплодием путем внедрения современных методов физиотерапии и лечебной физкультуры.

Материал и методы исследования: обследовано всего 36 женщин с первичным бесплодием, обратившихся в гинекологическое отделение Самаркандского областного перинатального центра (ОПЦ). В комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий основное место уделено к физиотерапевтическим процедурам, таких как лазерная терапия аппаратом «Матрикс» (с наружным и вагинальным наконечником), также, другие физиотерапевтические процедуры с аппаратом «Ультратон», аппаратом ультразвуковой терапии, электрофорез с аппаратом «Поток-1». Критериями успешной реабилитации явились увеличение размеров матки и яичников, восстановление нормального овуляторного менструального цикла и наступление беременности в течении 6 месяцев после выписки.

Результаты: установлено, что средний возраст обследованных женщин составил $22,7 \pm 1,7$ лет и колебался от 19 до 27 лет. Средняя продолжительность регулярной половой жизни составила $2,2 \pm 0,4$ лет. Основной причиной бесплодия явился ановуляторный цикл, который установлен путем динамической фолликулометрией и измерением базальной температуры, что имел место у 77,8% (28) пациенток. У 22,2% (8) женщин, хотя отмечена

овуляция, имели место укорочение лютеиновой фазы и недостаточность желтого тела (лютеиновая недостаточность). Почти у всех женщин (91,7%, 33 больных) были признаки гипоплазии матки различной степени, однако это не является фундаментальной причиной бесплодия, скорее, является последствием выше указанных патологий. Фолликулярная киста, поликистоз яичника, полип канала шейки и эндометрия диагностированы соответственно в 30,5% (11), 25,0% (9) и 11,1% (4) случаях. Курс лечения длился минимум 8 дней, при необходимости были проведены повторные курсы. В результате лечения размеры матки и толщина эндометрия (М-эхо) существенно увеличились, что говорит о нормализации гормональной функции яичников. Установление нормального овуляторного цикла установлено у 94,4% (34) больных. Катамнестическое наблюдение в течение полугода позволило констатировать наступление беременности у 61,1% (22) пациенток, которые находятся под нашим наблюдением в настоящее время.

Таким образом, анализ полученных результатов позволит нам заключить, что методы физической реабилитации таких как лазерная терапия аппаратом «Матрикс», физиотерапия с аппаратом «Ультратон», аппаратом ультразвуковой терапии и электрофорез являются эффективным методом нормализации менструальной функции в 94,4% и восстановления фертильности в 61,1% случаях.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ И ЕЁ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Ш.Н. Эранов, Н.Ф. Эранов, Б.Н. Эранов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Изучить результаты восстановительного физиотерапевтического лечения больных детей с различными степенями плоскостопия.

Материалы и методы исследования: Среди выше указанных вид патологии превалирует статическое плоскостопие, врожденное плоскостопие встречается у 8% новорожденных (Hoffa, Kiishner). В начале развития деформации, когда она еще не выражена, болевой синдром можно ликвидировать в течение 1 ½ - 2 месяцев посредством применения теплых ванн, массажа в сочетании с корригирующей гимнастикой. При резких болях необходим длительный покой, для обеспечения которого хорошо действуют гипсовые повязки при корригированном положении стопы на 2-3 недели; затем следуют ванны, массаж и лечебная физкультура по специальной методике. Под нашим наблюдением были и

лечились 60 больных детей от 6 мес. возраста до 13 лет. У 45 больных были статические, из-за слабости связочно-мышечной системы, у 12 врожденного генеза, у 3 после травмы. У всех проведенных консервативное лечение с этапными наложениями гипсовых лонгет, затем циркулярные гипсовые повязки с гиперкоррекцией деформации. Коррекция в гипсовой повязке от 3 до 6 мес.

Результаты: после консервативного лечения в гипсовой повязке достигнуты хорошие результаты у 48 больных, удовлетворительные у 10 больных.

Выводы: раннее выявление и раннее консервативное лечение у новорождённых и детей младшего возраста, наложение этапных гипсовых повязок, ношение спецобуви со супинаторами, массаж, парафинотерапия, игра с мячиком и Ро ванна дала положительный эффект до 96,6% больных.

ЕЛКА ЧИГАЛИНИНГ ТУҒРУҚ ПАЙТИДАГИ ТРАВМАСИНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ

Н.Ф. Эранов Ш.Н. Эранов, О.Р. Ортиков

Самарканд давлат медицина институти

Мақсад: елка чигалининг ўтказувчанлигини тиклашга, мушаклар тонусини оширишга ва қўл бўғимларни контрактурасини олдини олишга қаратилади. Юқоридагидан келиб чиққан ҳолда ҳар хил физик усулларни ва орторедик қурулмаларни қўллаб консерватив даволанади. Физик усуллар асосан елка чигали ўтказувчанлигини, мушаклар тонусини оширишга йўналтирилган бўлиб, уч бўлимдан иборат: физиоте-

рапия, даволаш гимнастикаси ва массаж. Юқоридаги физиотерапия усулларининг ҳаммаси елка чигали функциясини тиклашга, мушаклар тонусини оширишга ва қўлдиқли асоратларини олдини олишга қаратилиб, систематик равишда узоқ вақт врач назорати остида ўтказилишини тақозо этади.

Материал ва текширув усуллари: бизнинг назоратимизда 2008-2014 йиллар давомида 1 ҳафталикдан то 10

ойликкача бўлган 15та чақалоқлар консерватив даволанди ва даволаш натижалари кузатилди. Чақалоқлардан 12таси туғруқ хонадан тўғри мурожаат қилди. Чақалоқларга кўйлагининг энгидан игнабант билан ёстиғига кўлини элевация ҳолатида фиксация қилинди. Чақалоқларга 10 кун давомида елка бўғими соҳасига парафинотрапия № 10, массаж № 10, электрофорез КJ билан № 10 ўтказилди. Параллел ҳолатда елка соҳасига Прозерин-0,2 т/ога оч нахорга № 10, вит В₁₂ 0,5 м/о № 10, АТФ 0,5 м/о инъекция қилиниб нерв чигалининг узун ва қисқа толалари уйғотилди, регенерацияга ёрдам берилди ва елка-қўл мушаклари стимуляция қилинди. Юқоридаги 12та чақалоқдан 10тасида юқориги тип (Дюшен-Эрб), 2тасида пастки тип (Джерен-Клюмпке) эди. Даволаш ҳар 3 ойда такрорланди. Стационардан

чиқишида кўлига элевация ҳолати берилиб, ечилувчи гипсли лонгетадан фойдаланиш тавсия этилди.

Натижаси: физиотерапия усуллари билан биз парафин-озокеритли аппликациялар, электро муолажадан (УВЧ, элетрофорез) ва рефлексотрапияни қўлладик. Янги туғилган чақалоқнинг биринчи ҳафталигида елка чигалининг доялик фалажлиги билан елка камари соҳасидаги шиш ва гематомани сўрилиши учун УВЧ қўллаш яхши натижа берди. Ҳамма 12та чақалоқларда елка чигалининг шикасти тўлиқ тикланди.

Хулоса: чақалоқларда елка чигалининг туғруқ травмаси билан туғруқхонадан тўғри болалар ортопеди ва болалар невропатологларига учрашиб консерватив даволанса яхши натижа беради.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ КОМОРБИДНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

М.К. Эргашев, Г.Р. Бектемирова, Б.Б. Солиев

Самаркандский государственный медицинский институт

Материалы и методы исследования: обследовано 79 пациентов перенесших инфаркт миокарда, из них 70 (88,6%) – мужчины и 9 (11,4%) – женщины, которые состояли на диспансерном учете в СВПНД, исследование проводилось клиническим, психологическим методами.

Результаты: о данным опросника Краснова, симптомы депрессии выявлены у 55 (70%) пациентов. 40 (72,7%) пациентов отметили наличие депрессивных симптомов и 33 пациента (60%) – симптомов тревоги соответственно, по данным самоопросников депрессии Бека и тревоги Шихана. В соответствии с диагностическими критериями 12 (21,8%) обследуемых имели клинические проявления аффективных расстройств (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, дистимия), 15 человек (27,3%) отвечали критериям расстройства адаптации. Выявлена высокая коморбидность тревожных и депрессивных расстройств у пациентов в постинфарктном периоде. При клинической оценке у 12,7% симптомы тревоги отсутствовали; 34,5% пациентов имели отдельные тревожные симптомы, у 52,8% выявлены коморбидные тревожно-фобические расстройства, среди них: агорафобия – 9,1%, специфическая фобия – 21,8%, паническое расстройство – 21,9%. В исследовании отмечена ассоциация депрессии с более тяжелым течением ишемической болезни сердца: так, около 80% пациентов перенесли осложненный инфаркт миокарда. Среди осложнений наиболее часто отмечены нарушения ритма и острая недостаточность кровообращения, что

также подтверждает данные о том, что нарушения ритма характерны у пациентов с депрессией. Часть пациентов ранее перенесли инфаркт миокарда (15,8%). Более 75% исследуемых страдали стенокардией высоких функциональных классов с выраженными ограничениями переносимости физических нагрузок. Эти данные согласуются с данными других исследований. Коморбидность депрессивных и постинфарктных состояний выявила 4 варианта взаимоотношений: возникновение инфаркта миокарда на фоне существующей и/или предшествующей депрессии – 35%; одновременное появление инфаркта миокарда и депрессии – 22,5%; депрессии, развившиеся в раннем постинфарктном периоде (до 1 месяца) – 10%; депрессии, возникшие в восстановительном периоде инфаркта миокарда – 32,5% наблюдений.

Выводы: при изучении коморбидности депрессивных и постинфарктных состояний выявлено наиболее частое возникновение инфаркта миокарда на фоне существующей и/или предшествующей депрессии а также значительно частое возникновение депрессивных расстройств в восстановительном периоде острого инфаркта миокарда. Опыт работы междисциплинарной бригады позволил выработать определенную последовательность этапов взаимодействия с пациентами в процессе терапии, которые значительно улучшают комплайнс в работе с этой категорией пациентов и клинические, психологические и социальные параметры эффективности лечения.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

М.М. Эрназарова, М.Х. Назирова, И.А. Рузметова, Д.А. Эгамбердиева

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: изучить влияние дозированных физических нагрузок при комплексном лечении больных с ХСН.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находились 40 больных ХСН I и II функционального класса (ФК) различной этиологии согласно классификации NYHA, в возрасте от 45 до 58 лет (средний возраст 52,2±6,4 года). Пациенты были разделены на группы в зависимости от ФК ХСН. 20 больных первой

группы получали вторую степень, а 22 больных 3-ю степень двигательного режима лечебной физической культуры (ЛФК) с учётом толерантности пациента к физическим нагрузкам (расслабление мышц, дыхательные статические и динамические упражнения с дозированным усилением нагрузки, тренировка диафрагмы и скелетных мышц грудной клетки) в комплексе с медикаментозной стандартной терапией. Группу контроля (10) составили больные не занимавшиеся лечебной физ-

культурой. Оценка клинической эффективности проводилась по результатам изменения частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления (АД), ЭКГ, велоэргометрической пробы (ВЭМ) частоты дыхания (ЧД), шкалы ШОКС (модификация Мареева В. Ю., 2000), и теста 6-минутной шаговой ходьбы. Тренировочный уровень определялся как сумма пульса покоя и 60% от его прироста при нагрузке.

Результаты: после лечения у больных ХСН, получавших ЛФК со второй степенью двигательной нагрузки (шадающий тренирующий двигательный режим), по сравнению с исходными данными и группой контроля, выявлена тенденция к уменьшению одышки с 3 баллов до 2 баллов (с 3 баллов до 2,5 баллов в группе контроля), к урежению ЧД, ЧСС, увеличению пороговой нагрузки с 51 до 100 Вт и положительной динамики дыхательных проб. У больных ХСН, получавших ЛФК с третьей степенью нагрузки наблюдалось умеренное увеличение двигательных возможностей, ослабление одышки при быстром подъеме по лестнице с 2 до 1 баллов при неизменности показателя в группе контроля. Увеличилась пороговая нагрузка с 101 до 150 Вт. Отмечено увеличение времени задержки дыхания с 14 сек. до 22 сек (с 14

сек. до 18 сек. в группе контроля) по данным пробы Генче, увеличение времени задержки дыхания с 30 сек. до 40 сек. (с 30 сек. до 35 сек. в группе контроля) по данным пробы Штанге. При оценке функционального состояния ХСН по шкале ШОКС отмечалось более быстрое и стабильное клиническое улучшение состояния пациентов основной группы, что подтверждалось улучшением газообмена, по данным ЧД, усилением сократительной способности миокарда, по данным ЭКГ, АД, ЧСС. Комплексная терапия с включением ЛФК у больных ХСН способствовала повышению показателей пройденного расстояния за 6 минут (в среднем на 8-13%), эффективности лечения и, соответственно качества жизни больного.

Таким образом, дозированную ЛФК, с учётом ФК ХСН и толерантности пациента к физическим нагрузкам, рекомендуется проводить пациентам на всех этапах реабилитации. Использование физических тренировок способствует увеличению легочной вентиляции, замедлению формирования и прогрессирования осложнений, улучшению микроциркуляции в работающих мышцах и органах, повышению толерантности к физическим нагрузкам с улучшением качества жизни больных ХСН.

ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЕ КАРДИОМИОПАТИИ У СПОРТСМЕНОВ

Т.Ж. Эшкабилов, Б.С. Абдуллаев, Ф.М. Хамидова, З.Э. Жуманов, К.Н. Ураков

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: в последние годы достигнуты крупные успехи в распознавании более ранних стадий развития многих болезней человека. Это привело к существенному повышению эффективности лечебных мероприятий и улучшению прогноза при ряде тяжелых страданий. Кардиомиопатии – это группа некоронарогенных неревматических заболеваний, характеризующиеся дистрофическими изменениями сердечной мышцы. Их делят на первичные и вторичные. Несмотря на достигнутые успехи в распознавании этих болезней, ещё нередки случаи поздней диагностики и порой кардиомиопатии устанавливаются лишь при аутопсии. Задачей настоящего исследования является акцентирование внимания специалистов на раннюю диагностику гипертрофических кардиомиопатий у заведомо здоровых, физически крепких лиц, занимавшихся профессиональным спортом.

Материал и методы исследования: материалом для анализа послужили 2 случая смерти молодых людей – спортсменов 25 и 28 лет, которые занимались при жизни тяжелой атлетикой и спортивной борьбой-дзюдо. Смерть обоих спортсменов наступила скоропостижно во время тренировочного бега на стадионе. Тела умерших были подвергнуты к аутопсии в судебно – медицинской экспертизе.

Результаты: установлено, что вес сердца у этих молодых людей равняется 920 и 970 граммам. Отмечалось диффузное утолщение миокарда левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Стенки правого желу-

дочка утолщены незначительно. Размер полостей сердца у атлета, занимавшего тяжелой атлетикой (возраст 25 лет) был сужен. У парня 28 лет, занимавшегося спортивной борьбой, отмечено преимущественная гипертрофия верхних отделов левого желудочка с явлениями субаортального мышечного стеноза. У него же отмечена миогенная дилатация полостей сердца на фоне гипертрофии стенок. В обоих случаях клапаны левого и правого половин сердца и венечные артерии не были изменены.

Микроскопические исследования миокарда показали увеличение массы саркоплазмы мышечных клеток, значительное увеличение размеров ядер и гиперхромия их. Наряду с гипертрофией миофибрилл, отмечена гиперплазия соединительнотканного каркаса стромы и увеличение внутрисердечных сосудистых ветвей.

Таким образом, постмортальное исследование сердца молодых людей-спортсменов показали у одного из них - у парня 25 лет констриктивную форму, а у молодого человека 28 лет дилатационную конгестивную форму гипертрофической кардиомиопатии. Оба эти формы кардиомиопатии являются первичными. Думается, что основной причиной развития гипертрофической кардиомиопатии у этих молодых людей – спортсменов, являются неумеренные, бесконтрольные физические нагрузки, которые сократили период стойкой компенсации и привели к истощению резервных возможностей сердца и к декомпенсации его деятельности.

ДИСПЛАЗИИ ПИЩЕВОДА: ДИАГНОСТИКА ПРОГНОЗ И ПОДХОДЫ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Т.Ж. Эшкабилов, Б.М. Атакулов, Г.Э. Исаев, Г.У. Аманова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: согласно современным представлениям, опухолевый процесс может начинаться до развития самой опухоли: в начале с ничтожных, а затем более ощутимых нарушений гомеостаза в иммунной системе,

которые лишь спустя некоторое время достигают такой степени, что образующиеся опухолевые клетки перестают уничтожаться и получают, таким образом, возможность прогрессирующего роста.

В этом ракурсе диагностика и лечение дисплазий предраковой патологии, является важным моментом в практической онкологии. Как известно, дисплазия является чисто морфологическим понятием, так как при этом в многослойном плоском эпителии пищевода только морфологическими методами можно проследить патологию клеток, проявляющееся гиперкератозом, паракератозом, акантозом, нарушением слоя эпителиального пласта и полярности расположения клеток. Однако, до сих пор при дисплазиях пищевода отсутствуют алгоритмические критерии прогноза и стандартные подходы по медицинской реабилитации. Целью настоящего сообщения является обратить внимание клиницистов на раннюю диагностику дисплазий пищевода с целью прогнозирования и выработке подходов лечения для своевременного предотвращения перехода дисплазий в рак.

Материал и методы исследования: материалом для анализа послужили целевые инцизионные биопсии у 12 больных, взятые из различных отделов пищевода. 11 из них мужского и 1 женского пола. Возраст больных 37-86 лет. У двух больных материал взят из зоны среднего сужения, у 6 больных из нижней трети и у 4 на месте перехода пищевода в желудок. В анамнезе у 4 больных антральный гастрит, у 5 - хронический эзофагит, у 3 - беспричинные срыгивания и симптомы дисфагии.

Результаты: изучение материалов биопсий показало у 3 больных дисплазию слабой (первой) степени, у 6 больных – умеренной (второй) степени и у 3 больных – выраженной (третьей) степени.

Дисплазии 3 степени наблюдались у мужчин 67, 71 и 86 лет, которые находились под наблюдением у врачей с диагнозом антральный гастрит. Диспластические изменения охватывали 2/3 пласта покровного эпителия. В пласте была сохранена вертикальная анизоморфность за счет веретенчатых и бовеноидных клеток. На границе нижнего этажа размеры ядер эпителиоцитов увеличены, они гиперхромны, отмечались патологические митозы.

Дисплазии умеренной степени наблюдались у 6 больных в возрасте 51-76 лет, все они мужского пола. Клинически у них был распознан хронический эзофагит и симптомы дисфагии. Диспластическими процессами были охвачены 1/2 толщи эпителиального пласта.

Дисплазии слабой степени отмечались у больных 37-56 лет. Среди них женщина 37 лет с проявлениями срыгивания и двое мужчин 45 и 56 лет также с симптомами срыгивания и диагнозом одного из них являлся антральный гастрит. Диспластическими изменениями были захвачены 1/3 толщи эпителиального пласта.

Таким образом, дисплазии выраженной степени отмечены у мужчин более старшего и старческого возраста и чаще диагностированы в нижней трети пищевода и во входе в желудок. Дисплазии умеренной степени отмечены у мужчин молодого и старшего возраста с клиническим диагнозом хронический эзофагит. Дисплазия слабой степени отмечена у молодой женщины и у мужчин молодого возраста с клиническими симптомами срыгивания и антральным гастритом.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА «ГОРОД КРАСИВОЙ РЕЧИ» В КОРРЕКЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ ЛОГОПЕДА

Б.Э. Юлдашев, Н. Равшанов, Ю.Н. Исламов, Д.А. Каршиев

Ташкентский педиатрический медицинский институт, УЗГУМЯ

2014 год объявлен в Узбекистане годом здорового ребенка. Об этом сообщил Президент Ислам Каримов, выступая в Ташкенте на торжественном собрании по случаю 21-й годовщины принятия Конституции.

Особого внимания в одноименной государственной программе заслуживает также и вопрос о внедрении в образовательный процесс новых информационных и педагогических технологий.

Одной из перспективных линий современного образования является использование информационных технологий в дидактике начальной школы. В настоящее время компьютерные технологии стали активно применяться в образовательном процессе. Создается множество простых и сложных компьютерных программ для различных областей познания. Уже существуют компьютерные программы, направленные на развитие различных психических функций детей, таких как зрительное и слуховое восприятие, внимание, память, словесно-логическое мышление и др., которые можно с успехом применять при обучении детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста. Особое место среди компьютерных программ должны занять специализированные программы для детей с нарушениями развития.

Использование информационных технологий на занятиях по логопедии позволяет добиться устойчивого внимания и поддержания интереса на протяжении всего занятия. И это немаловажно, если учесть, что категория детей, имеющих те или иные речевые нарушения,

характеризуется нестабильным психоэмоциональным состоянием, пониженной работоспособностью и быстрой утомляемостью. Положительным моментом является и то, что применение информационных технологий направлены на включение в работу всех анализаторных систем. Неоднократность использования наглядного материала способствует переходу образов - представлений в образы - понятия, что важно для последующих этапов обучения.

Работа логопеда любой квалификации и направления всегда считалась достаточно узкой, в которой секреты успеха зависят от сочетания методической изобретательности и гибкости с жесткой скрупулезностью и требовательностью. Оптический контроль за состоянием органов речи классически осуществлялся в виде упражнений перед логопедическим зеркалом, которое, наверное, в наше время уже нельзя называть техническим средством. Однако в последнее время современное стремительное развитие техники позволяет логопеду работать не на уровне субъективных ощущений пациента, а на основе более объективных компьютерных способов оценки произносимой речи и коррекционных упражнений.

Для этого была разработана специализированная компьютерная логопедическая программа «Город красивой речи», предназначенная для коррекции речевых нарушений. Работа с применением специализированной программы проводится под контролем специалиста, который составляет индивидуальный план, выбира-

ет соответствующие ему упражнения, контролирует правильность их выполнения ребенком и дозирует нагрузку.

Исследование данных программ проводилось на базе школы-интерната № 34 г.Ангрена, Ташкентской области. Мы предположили, что специальное включение компьютерных программ в процесс логопедического воздействия, направленного на преодоление речевых нарушений, оптимизирует процесс коррекции их устной речи и в целом содействует гармонизации личности. Экспериментальную группу составили 10 воспитанников с 6 до 10 лет. Их логопедическое обследование проводилось с применением новых информационных технологий. В коррекционной работе применялись специально разработанные приемы компьютерно-опосредованного логопедического воздействия. Результаты сопоставлялись с данными, полученными в контрольной группе (10 детей), в которой использовались традиционные методы.

Планируя ход экспериментального обучения, мы исходили из того, что важнейшей составляющей теоретической основы использования НИТ в коррекционно-развивающей деятельности являются уровень актуального развития ребенка и зона его ближайшего развития.

По мере расширения произносительных возможностей детей применялись задания компьютерной программы, направленные на развитие звукового анализа.

Исходя из полученных диагностических данных, в структуру коррекционных занятий были включены упражнения по развитию интонационной речи с использованием компьютерной программы «Город красивой речи». При этом продолжительность логопедических уроков с использованием «Города красивой речи» была такой же, как и традиционных занятий без компьютерной поддержки. Таким образом, в экспериментальном изучении были изменены лишь средства воздействия, все остальные параметры (цели, задачи, содержание и типы упражнений) оставались теми же.

На основании проведенной коррекционной работы с экспериментальной группой детей были получены следующие результаты:

1. В процессе обучения были отмечены показатели роста мотивации детей к логопедическим занятиям;

2. у детей появились любимые упражнения, которые они хотели выполнять по нескольку раз;

3. ребенок получил возможность осознавать результат собственной деятельности;

4. у детей появилась мощная дополнительная опора для контроля за своей речью;

5. у школьников повышалась работоспособность.

На каждом занятии обогащалась активная лексика детей и формировалась их связная речь. На занятиях удавалось создать эмоционально положительный психологический климат, предусматривавший «ситуации уверенности» ребенка в своих силах. Дети легко запоминали, как включать компьютер, выбирать нужное задание. Постепенно они могли самостоятельно выбирать то, что им нравится. У ребят успешно формировалось чувство гордости за свои достижения, расширялись возможности положительной оценки собственной деятельности.

Проверочный эксперимент заключался в сравнительном изучении состояния речи детей контрольной и экспериментальной групп, оценке результатов обучения последнего эксперимента. Последние показали, что при определенных условиях использование компьютерных средств в реабилитационном процессе может помочь ребенку более полно реализовать собственную активную позицию субъекта деятельности при взаимодействии с взрослым. Наш опыт показывает, что эффективность применения коррекционных программ на компьютерной основе во многом зависит от их сочетания с традиционными средствами.

Специализированная компьютерная логопедическая программа «Город красивой речи» стала победителем (1 место) в республиканском конкурсе «Электронные информационно-образовательные ресурсы – 2009» и рекомендована республиканским центром образования Узбекистана, а также стала победителем (2 место) в конкурсе «YANGI INTELLEKT – 2013» в номинации «Лучший программный продукт» 2013 года.

На данное пособие получено авторское свидетельство под № DGU 02012 от 04.08.2010 года государственного патентного ведомства Республики Узбекистан.

ВЛИЯНИЕ СМЕСИ ГЛИЦИНА, ПРОЛИНА И АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПЕПТИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ КРОЛИКОВ В ДИНАМИКЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Н.М. Юлдашев, М.К. Нишантаев, Ш.Ф. Каримова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель: Оценка эффективности смеси глицина, пролина и аскорбиновой кислоты в снижении деструктивных процессов при инфаркте миокарда у кроликов в эксперименте.

Материалы и методы исследования: Опыты проведены на 15 кроликах-самцах массой 2,8-3,5 кг. Экспериментальный инфаркт миокарда (ЭИМ) вызывали путем перевязки нисходящей ветви левой коронарной артерии. Сразу после перевязки погибли 2 кролика, через 30 минут погиб 1 кролик и через 1 час после перевязки еще 2 кролика. Смертность составила 33%. После перевязки 8 кроликам через зонд перорально в желудок вводили смесь глицина (100 мг/кг), пролина (30 мг/кг) и аскорбиновой кислоты (5 мг/кг). Далее животные каждые сутки перорально получали указанную смесь. 5 животных составили

контрольную группу. Кровь из ушной вены животных получали через 30 мин, 1, 3, 6, 12 час и на 1, 3 и 7 сутки течения. Кровь центрифугировали при 3000 об/мин 15 мин. О степени деструктивных процессов судили по уровню деградации белковых молекул, для чего определяли содержание среднемолекулярных пептидов (СМП). Использованный метод заключается в осаждении 10% трихлоруксусной кислотой грубодисперсных белков с последующей детекцией элюирующей фракции при длине волны 254 (общая фракция) и 280 нм (фракция, содержащая ароматических аминокислот). Содержание СМП выражали в условных единицах, количественно соответствующих данным экстинкции. Цифровые данные обработаны статистически.

Результаты: Полученные результаты показали, что при ЭИМ статистически значимое повышение содержания общей фракции СМП на 40,5% наблюдается, начиная с 3 часа после перевязки. На 6, 12, 24 и 72 часа после окклюзии наблюдалось повышение содержания СМП₂₅₄ на 61,9, 89,0, 119,7 и 61,9% соответственно по сравнению с исходным показателем. При введении смеси глицина, пролина и аскорбиновой кислоты статистически значимое повышение содержания СМП₂₅₄ на 28,9% наблюдалось через 3 часа. На 6, 12 и 24 часа после окклюзии содержание СМП₂₅₄ оказалось повышенным от исходного значения соответственно на 49,7, 70,5 и 33,5%, что было значительно ниже по сравнению с контрольными значениями. Уже на 3 сутки содержание СМП₂₅₄ оказалось на уровне исходного показателя. Изучение содержания фракции СМП, содержащее ароматических аминокислот, показало ее повышение уже на 30 минуте коронароокклюзии (на 58,5%). На 1, 3, 6, 12, 24 и 72 часа после окклюзии наблюдалось повышение содержания СМП₂₈₀ на 75,5, 169,8, 283,0, 422,6, 479,3 и 409,4% соответственно по сравнению с исходным показателем. При введении смеси глицина, пролина и аскорбиновой кислоты статистически значимое повышение

содержания СМП₂₈₀ на 37,7% наблюдалось также через 30 минут. Однако повышенное на 22,6% содержание СМП₂₈₀ на 1 час коронароокклюзии оказалось статистически не значимым. На 3, 6, 12, 24 и 72 часа после окклюзии содержание СМП₂₈₀ оказалось повышенным от исходного значения соответственно на 132,1, 256,6, 379,2, 254,7 и 158,5%, что также было значительно ниже по сравнению с контрольными значениями. Следовательно, результаты исследования свидетельствуют, что смесь глицина, пролина и аскорбиновой кислоты существенно снижает уровень как общей фракции СМП, так и фракции, содержащей ароматические аминокислоты при ЭИМ.

Выводы: Смесь глицина, пролина и аскорбиновой кислоты существенно снижая степень деградации белковых молекул, может снизить уровень деструктивных процессов, наблюдаемых при некрозе миокарда при его инфаркте. Снижение уровня СМП, в свою очередь, значительно уменьшает степени эндогенной интоксикации организма при инфаркте миокарда. Следовательно, смесь глицина, пролина и аскорбиновой кислоты можно рекомендовать при инфаркте миокарда в качестве вспомогательного препарата, обладающего метаболическим действием.

ВЛИЯНИЕ СМЕСИ ГЛИЦИНА, ПРОЛИНА И АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ НА АКТИВНОСТЬ КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ В ДИНАМИКЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Н.М. Юлдашев, Г.О. Исмаилова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: Оценка эффективности смеси глицина, пролина и аскорбиновой кислоты в снижении активности кардиоспецифических ферментов при инфаркте миокарда у кроликов в эксперименте.

Материал и методы исследования: Опыты проведены на 15 кроликах-самцах массой 2,8-3,5 кг. Экспериментальный инфаркт миокарда (ЭИМ) вызывали путем перевязки нисходящей ветви левой коронарной артерии (А.Коган, 1978). Сразу после перевязки погибли 2 кролика, через 30 минут погиб 1 кролик и через 1 час после перевязки еще 2 кролика. Смертность составила 33%. После перевязки 8 кроликам через зонд перорально в желудок вводили смесь глицина (100 мг/кг), пролина (30 мг/кг) и аскорбиновой кислоты (5 мг/кг). Далее животные каждые сутки перорально получали указанную смесь. 5 животных составили контрольную группу. Кровь из ушной вены животных получали через 30 мин, 1, 3, 6, 12 час и на 1, 3 и 7 сутки течения. Кровь центрифугировали при 3000 об/мин 15 мин. Активность кардиоспецифических ферментов – МВ-креатинфосфокиназы (МВ-КФК), аспартатаминотрансферазы (АсАТ) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в плазме крови определяли на автоанализаторе "DAYTONA" («Randox», Великобритания). Цифровые данные обработаны статистически.

Результаты: Показано, что при ЭИМ повышение активности МВ-КФК на 302,1% наблюдается, начиная с 3 ч после перевязки. На 6 и 12 ч после окклюзии наблюдалось повышение активности МВ-КФК на 705,7 и 915,3% по сравнению с нормой. Максимальное повышение активности фермента (на 1095% от нормы) наблюдалось на 1 сут ЭИМ. На 3 сут патологии активность МВ-КФК была выше нормы на 976,1%, а на 7 сут оказалась на уровне нормы. Смесь глицина,

пролина и аскорбиновой кислоты в ранние сроки развития заболевания (30 мин, 1, 3, 6, 12 ч) существенно не влияла на динамику активности МВ-КФК (хотя абсолютные значения оказались ниже контрольных, они статистически оказались не значимыми). Однако на 1 сут активность фермента оказалась значительно ниже по сравнению с контролем (на 49,8%). Нормализация активности МВ-КФК, в отличие от контроля, наблюдалась уже на 3 сут заболевания. Изучение активности ЛДГ показало, что при ЭИМ наблюдается ее повышение, начиная с 6 ч после окклюзии (на 65,9% от нормы) и она остается повышенной до 7 сут. Максимальное повышение активности ЛДГ при ЭИМ наблюдалось на 3 сут заболевания (на 156,3% от нормы). При введении смеси глицина, пролина и аскорбиновой кислоты кроликам с ЭИМ на 1, 3 и 7 сут наблюдалась значительно меньшая активность ЛДГ по сравнению с контрольными показателями. Так, на 1 сут активность ЛДГ оказалась ниже контроля на 22,7%, а на 3 и 7 сут - на 28,0 и 47,0% соответственно. Активность АсАТ при ЭИМ у кроликов оказалась повышенной на 16,2% уже на 1 ч окклюзии. Далее наблюдалось прогрессивное повышение активности АсАТ и максимальное повышение (на 188,6% от нормы) зафиксировали на 1 сут ЭИМ. К 3 и 7 сут активность АсАТ оказалась на уровне нормы. При введении смеси глицина, пролина и аскорбиновой кислоты до 1 сут в активности АсАТ статистически значимых изменений от контрольных значений не выявили. На 1 сут ЭИМ активность АсАТ оказалась ниже на 49,8% от контроля. На 3 и 7 сут заболевания активность фермента оказалась на уровне исходного показателя.

Таким образом, смесь глицина, пролина и аскорбиновой кислоты в использованных дозах существенно влияет на динамику активности

кардиоспецифических ферментов. Положительный эффект данной смеси более выражен в поздние сроки инфаркта миокарда. Эффект смеси сравним с эффектом глицина и несколько не превышает его.

Выводы: Сниженная активность кардиоспецифических ферментов при лечении ЭИМ смесью глицина,

пролина и аскорбиновой кислоты свидетельствует о развитии зоны некроза с меньшими размерами, что говорит об кардиопротективном эффекте примененной смеси в указанных дозах.

К ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЗВОНОЧНИКА СПИННОГО МОЗГА

Ш.С. Юлдашев, М.К. Агзамов

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Цель исследования. Изучить результатов медицинской реабилитации (МР) у больных с повреждениями позвоночника и спинного мозга.

Материал исследования. Нами проведено МР у 22 больных с травмами позвоночника и спинного мозга. Всем больным проводилось физиофункциональное лечение за время пребывания пациентов в стационаре, на протяжении предоперационного, послеоперационного и восстановительного периодов. Ведущая роль в восстановлении функций отводилась ЛФК. Задачами предоперационного периода являлись обеспечение более благоприятного общего состояния пострадавших, повышение тонуса ЦНС, предупреждение осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, вторичных изменений органического характера в суставно-связочном аппарате позвоночника. Особенность назначаемых мероприятий определялась двумя обстоятельствами, а именно необходимостью предоставления полного покоя позвоночнику для исключения дополнительной травматизации поврежденного отдела и одновременно с этим в условиях вынужденной гиподинамии предупреждения развития вторичных осложнений. Выполнение этих задач достигалась ЛФК в постели для мышц туловища, верхних и нижних конечностей, поворотами на бок с использованием специальных валиков для сохранения физиологических изгибов позвоночника. Упражнения проводили с учетом их положения на реклиноационном валике или вытяжения позвоночника по оси на наклонной плоскости. Это обеспечивало полноценную подготовку пациентов к операции. В послеоперационном периоде задачами ЛФК являлись профилактика гипостатических послеоперационных осложнений, создание охранительных условий для позвоночника, предупреждение развития контрактур в суставах конечностей. Это достигалось расширением объема движений в положении лежа с подготовкой позвоночника к удержанию равновесия и к вертикальному положению. Выбор методики и режимов ЛФК зависело от неврологического статуса больных, динамики неврологических расстройств в послеоперационном периоде и от стабильности оперированного отдела. В послеопе-

рационном периоде проводились щадящий и тонизирующий двигательные режимы. Первый проводился на протяжении 7-10 дней и включало в себя дыхательные упражнения статического и динамического характера в сочетании с вибромассажем. Использовалась массаж, электростимуляция мышц, пассивные и активные движения в суставах конечностей. После этого начинали мероприятия тонизирующего двигательного режима для исключения гиподинамии и подготовки позвоночного столба к осевой нагрузке, а также активные упражнения для всех групп мышц с акцентом на паравертебральные и мышцы брюшного пресса, массаж и имитация ходьбы на наклонном щите. При надежной фиксации оперированного отдела позвоночника и достаточной физической подготовке пациентов осуществлялся их перевод в вертикальное положение, коррекция равновесия и подготовка к дозированной ходьбе на расстояние и по лестнице. Функциональное лечение осуществлялся с обязательной оценкой неврологической симптоматики. Сроки подъема в вертикальное положение и начала активной ходьбы при изолированных повреждениях позвоночника колебались в интервале от 1 до 4 недель, а у больных с синдромом частичного или полного нарушения проводимости спинного мозга - в пределах от 1 до 2 мес. Последним периодом реабилитации является восстановительным, состоящего из адаптационного и тренировочного двигательных режимов. При адаптационном двигательном режиме проводились дыхательную гимнастику, упражнения для всех мышечных групп туловища и конечностей. При тренировочном двигательном режиме выполнялись упражнения с сопротивлением, массаж и дозированную ходьбу на расстояние и по лестнице.

Таким образом, качественная и ранняя медицинская реабилитация и восстановительное лечение пострадавших в условиях стационара при оперативных вмешательствах на всех отделах позвоночника и спинного мозга позволяет добиться их ранней активизации, сокращает сроки госпитализации и способствует улучшению исходов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ КОСТНЫМИ ДЕФЕКТАМИ СВОДА ЧЕРЕПА, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ш.С. Юлдашев, М.К. Агзамов

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Целью исследования явилось реабилитировать хирургическим способом больных с посттравматическими дефектами костей свода черепа, сопровождающихся с эпилептическими припадками.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 33 больных с посттравматическими костными дефектами свода черепа. Возраст был от 12 до 58 лет. 24 больных были мужского и 9 женского пола. Всем больным при поступлении и в послеопера-

ционном периоде сделаны краниография в двух проекциях, компьютерная томография (КТ) и электроэнцефалографические (ЭЭГ) исследования. На КТ исследованиях у 25 больных до операции отмечены асимметрия желудочковой системы и у 3 больных - конвекситальные арахноидальные кисты. В 12 случаях костные дефекты располагались в левой височно-теменной области, у 7 - в правой височно-теменной области, у 9 - в лобно-височной и у 5 - височно-затылочной области черепа. У

14 больных размер костного дефекта составляло до 10 см.кв. (малые дефекты), у 16 больных до 30см.кв., (средние) и 3 больных составляло до 60 см.кв. (большие). Больные с обширными костными дефектами не были. Посттрепанационный синдром наблюдался практически у всех больных. При поступлении у 10 больных отмечен эпилептический синдром и у 15 больных на ЭЭГ выявлены признаки эпилептической активности. Показаниями к краниопластике была необходимость герметизации полости черепа и в косметических целях. 14 больным с малыми костными дефектами черепа для пластики применена аутокостная ткань с использованием веерообразного фиксирующего титанового устройства. Остальным 23 больным – краниопластика проведена при помощи протакрила. Во время операции краниопластики у всех больных иссекали кожно-оболочечно-мозговые рубцы и освежали края костного дефекта. В 3 случаях пришлось иссекать оболочку арахноидальной кисты и проводить пластику дефекта твердой мозговой оболочки при помощи широкой фасции бедра. Всем больным в послеоперационном периоде были назначены антибиотики, обезболивающие препараты и т.д. Всем больным назначен противоэпилептический препарат - конвулекс по 500 мг 2-3 в сутки на срок 6 -12 месяцев.

Выводы. Полученные данные показали, что в послеоперационном периоде практически у всех больных, отмечены значительного уменьшения неврологической

симптоматики. Все больные, которым проведены аутокраниопластика с использованием веерообразного титанового устройства, послеоперационные раны зажили без осложнения. У больных, которым проведены краниопластика протакрилом, отмечены в 3 случаях скопление жидкости под кожным лоскутом и выделения серозного характера из послеоперационной раны. После удаления пункционным методом и назначения антибиотика широкого спектра действия выделения прекратилось, и послеоперационная рана зажила первичным натяжением. При поступлении у 33% больных были отмечены эпилептические припадки, а эпилептическая готовность на ЭЭГ была у 49 % больных. В течение 3 месяцев после краниопластики эпилептические припадки прекратились у всех больных, только у 20% больных сохранялись эпилептическая активность при ЭЭГ. На контрольных КТ исследованиях только у 5 больных отмечена асимметрия желудочковой системы, а конвексительные арахноидальные кисты не были выявлены.

Таким образом, хирургическая реабилитация больных путем краниопластики дефектов костей свода черепа значительно улучшает неврологическую симптоматику, предотвращает косметический дефект свода черепа, посттрепанационного синдрома и эпилептических припадков, а также уменьшает эпилептическую активность и патологических изменений структур головного мозга.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ПОЗВОНОЧНИКА

Ш.С. Юлдашев, М.К. Агзамов, А.А. Бахромов, С.Ф. Махмудов

Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

Цель исследования. Провести и определить эффективность реабилитационных мероприятий после перелома позвоночника.

В зависимости от тяжести повреждения позвоночника и спинного мозга, а также уровня травмы выделяли три основные клинко-реабилитационные группы: I – пациенты, перенесшие травму позвоночника с незначительными повреждениями спинного мозга (сотрясение или ушиб легкой степени); функции спинного не нарушены или нарушены незначительно. II – пациенты, перенесшие среднетяжелую или тяжелую травму спинного мозга на уровне нижнегрудного или поясничного отдела позвоночника. III – пациенты, перенесшие среднетяжелую или тяжелую травму спинного мозга на уровне шейного или верхнегрудного отдела позвоночника.

Целью реабилитации у пациентов I группы являлась максимально полное восстановление их нормальной жизнедеятельности. Проводили стабилизацию поврежденного участка позвоночника и устранение деформации позвоночного канала, купирование болевого синдрома, полное восстановление двигательной активности и функций различных органов и систем организма, а также работоспособности, профессиональной и социальной активности. Для этого применяли медикаментозная терапия, ЛФК, массаж, физиотерапевтические методы лечения, и санаторно-курортное лечение. Сроки восстановления после перелома позвоночника у пациентов данной группы в среднем составляли от 3-4 недель до 6-8 месяцев.

У пациентов II группы целью реабилитации являлась максимально полное восстановление независимости в повседневной жизни, способности к самообслужи-

ванию, самостоятельному передвижению восстановление контроля за функцией тазовых органов и восстановление трудоспособности. Для этого проводили медикаментозную терапию, ЛФК, физиотерапевтические методы лечения, массаж, иглорефлексотерапию, а также комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление пузырного рефлекса. Сроки восстановления после перелома позвоночника у таких пациентов, как правило, не менее 10-12 месяцев.

У самых тяжелых пациентов III группы реабилитация проводилась с целью хотя бы частичного восстановления самообслуживания. Конкретные возможности восстановления у этой группы пациентов во многом зависела от уровня поражения. При травмах нижнешейного отдела на уровне C7-C8 у пациентов есть возможность к самостоятельному приему пищи, передвижению в инвалидной коляске, самостоятельному переодеванию в кровать, одеванию и раздеванию. У пациентов с травмами верхнегрудного отдела позвоночника сохранили движения в руках, и они могли полностью независимыми в самообслуживании и повседневной жизни. При тяжелых травмах шейного отдела позвоночника в его верхних отделах и развитии тетраплегии может быть необходимо поддержание жизнедеятельности с помощью аппарата ИВЛ или пейсмекеров диафрагмального нерва, для простейших манипуляций (включить/выключить телевизор, перевернуть страницу, привести в движение коляску с электроприводом) необходимы специальные электромеханические системы. Стоит признать, в последние годы появились небольшие возможности хотя бы частично, но все же восстановить жизнедеятельность даже у таких пациентов. Сроки восстановления после перелома позвоночника у паци-

ентов III клинко-реабилитационной группы обычно составляет 1,5-2 года.

Таким образом, своевременно и качественно проведенная медицинская реабилитация после перелома по-

звоночника улучшает результатов лечения, сокращает сроки восстановления и уменьшает количества инвалидов.

ЁШЛАРДА ИНТЕРНЕТ-ҚАРАМЛИК РИВОЖЛАНИШИНИНГ ИЖТИМОЙ-ПСИХОЛОГИК БЕЛГИЛАРИ

Д.И. Юнусов

Ўзбекистон Республикаси Президенти ҳузуридаги Давлат бошқаруви академияси

Ишнинг мақсади: интернет-қарамликни юзага келишига сабаб бўлувчи омилларни ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: тадқиқот 2013 йилда коллеж ўқувчиларни орасида ўтказилди. Социологик тадқиқот анкета сўровнома орқали ўтказилди. Ўтказилган анкета сўровномада жами 30 нафар коллеж ўқувчи ёшларининг жавоблари умумлаштириб таҳлил қилинди ва қуйидагилар аниқланди. Ўрганиш давридаги ўқувчиларнинг аксарияти 16-20 ёшдаги ёшларни ташкил қилади. Деярли барчаси турмуш қурмаган ёки уйланимаган. Яшаш жойлари шаҳар ҳисобланади.

Тадқиқот натижалари: сўровномадаги “Интернетдан тез-тез фойдаланасизми?” саволига 22 нафар ёшлар (74 %) ҳар куни деган жавобни, 7 нафари (23 %) эса ҳафтасига 2-3 марта жавобини белгиланганлар, фақатгина 1 нафар ўқувчи (3.0 %) умуман фойдаланмайман деган жавобни белгиланганлар, ҳозирги кунда аксарият ёшларимиз интернет тизимидан мунтазам равишда фойдаланмоқдалар.

“Интернетдан қандай мақсадларда фойдаланасиз?” саволига эса 16 нафар (53.0 %) ёшлар мулоқот учун, 9 нафар (30.0%) бўш вақтларини ўтказиш, атиги 5 нафар (17.0%) ўқувчи маълумот олиш мақсадида киришликларини белгиланганлар. Ушбу фактларга суяниб фикр юритадиган бўлсак ёшларимиз ўртасида интернет аксарият ҳолларда мулоқот юритиш, бўш вақтларини ўтказиш мақсадида ишлатилаётганлигини афсуски кўришимиз мумкин. Мавзунинг муаммолик жиҳати шундаки ёшларимиз мулоқот қилаётган инсонларини аксарият ҳолатларда танимайдилар, билмайдилар.

“Интернет тизимига уланиш учун қандай воситалардан фойдаланасиз?” саволига эса 24 нафар (80.0%) ўқувчиларимиз мобил телефонлари, 6 нафари (20.0%)

эса интернет кафелар ва хб лардан киришлари маълум бўлди. Қизиқ ва ачинарли бир ҳолатни гувоҳи бўлдим яъни аксарият ёшларимиз қўлларида мобил телефонлари, қулоқларида эса наушник билан доимо мусиқа тинглаган ёки телефонида қандайдир нарсаларни кўраётган ҳолда юрибдилар, ҳозирги вақтда телефон аппаратлари ёшларда сўзлашиш воситасида эмас балки инсоннинг “тана аъзоларидан бири” бўлиб қолгандай гўё.

“Сиз кўп фойдаланиган сациал тармоқни ёзинг?” саволига 60.0% ёшларимиз odnoklassniki.ru тармоғини 20.0% ёшлар - mail.ru тармоғини, 7.4% эса facebook.com тармоқларидан фойдаланишликларини, 12.6% ўқувчиларимиз ўзизнинг ўзбек тармоқларидан фойдаланишларини билдирдилар. Ёшларимизни бундай сайтлардан фойдаланиб дунёқарашларни кенгайтиргани бемалол дунё ёшлари билан мулоқотга киришаётганларининг қаторида ушбу чет эл ижтимоий тармоқларида соатлаб вақтларини кетказиб ўзлари танимаган, билмаган инсонлари билан мулоқот қилмоқдалар. Бу эса миллий сайтларимизни ривожлантириш ва ушбу сайтларда ёшларимизни қизиқишларига мос келадиган маълумотлар, медиа-махсулотлар билан бойитиш лозимлигини билдиради.

Хулоса: ўрганилган коллеж талабалари ичида 74% ҳар куни интернетдан фойдаланар экан. 53.0% ёшлар интернетдан мулоқот учун, 30.0% бўш вақтларини ўтказиш, атиги 17.0% маълумот олиш мақсадида фойдаланишар экан. Миллий сайтларимизни ривожлантириш ва ушбу сайтларда ёшларимизни қизиқишларига мос келадиган маълумотлар, медиа-махсулотлар билан бойитиш лозим.

НАШ ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСТТЕРПЕТИЧЕСКИМИ ПОМУТНЕНИЯМИ РОГОВИЦЫ

А.А. Юсупов, А.В. Василенко, Ф.М. Хамидова

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью данного исследования стал поиск алгоритма медикаментозного лечения, направленного на минимизацию деструктивных последствий вирусных кератитов.

Материал и методика. Под наблюдением находилось 9 глаз 18 больных, т.к. у всех процесс был односторонним. Все больные систематически, раз в 5-7 дней, подвергались комплексному офтальмологическому обследованию, включавшему визиометрию с коррекцией и без нее, биомикроскопию переднего отдела глаза на щелевых лампах ШЛ-2Б (СССР) и Carl Zeiss (Германия). При микроскопии использовалась проба с флюоресцеином, который наносился непосредственно на инфильтрированный участок роговицы при помощи стеклянной палочки. Чувствительность роговицы определялась посредством альгезиметрии разволокненной стерильной ваткой. Для рассасывания посттерпетического инфильтрата использовали комбинацию противовирусных и эпителизирующих препаратов: интерферон разведенный 2,0 мл 0,5% раствора новокаина, вирган-гель

(Santen, Финляндия), солкосерил или актовегин-гель (Швейцария). Дополнительно использовали ионофорез лидазы (64 Ед, растворенный 0,5% новокаином), пероральный прием ретинола ацетата по 1- капсуле в сутки в течение месяца, внутримышечные инъекции рибофлавина-мононуклеотида 1%-1,0 мл №10, а также препарата ФибС или стекловидного тела 2,0 мл №10.

Результаты. Из 9 глаз на 5 наблюдался субэпителиальный кератит в стадии затихания процесса и начинающейся эпителизации и васкуляризации. На 1 глазу – метагерпетический кератит в стадии ремиссии, на остальных 3 глазах отмечалась ремиссия ландшафтнообразного кератита с формированием облаковидного помутнения. На первых 5 глазах под действием противовирусных препаратов отмечено уменьшение болевого синдрома, повышение визуса на $0,1 \pm 0,05$, частичное восстановление чувствительности роговицы. У больного метагерпетическим кератитом существенного прояснения роговицы не отмечалось. У 3 больных с ландшафтно-

образным кератитом в стадии стихания процесса отмечали приостановку снижения визуса, относительное проявление инфильтрированного участка, эпителизацию (отсутствие накопления флюоресцеина в толще инфильтрата).

Выводы. Комплексное лечение посттерпетических помутнений привело к положительной динамике на 8 глазах из 9. Глубокие формы кератита поддаются реабилитации несколько хуже, остаются стойкие помутнения.

ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ СЕТЧАТКИ В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕР У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ

А.А. Юсупов, Н.А. Юсупова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: оценить эффективность наиболее распространенного способа лечения диабетической ретинопатии методом лазерной коагуляции сетчатки.

Материал и методы: для оценки эффективности лазерного лечения нами проведен анализ зрительных функций и состояние больных в течении 7 лет после проведения лазерного лечения. Лазерная коагуляция сетчатки проводилась по традиционным схемам, утвержденным мировым офтальмологическим сообществом. Лазеркоагуляция сетчатки проводилась с помощью прибора Visulas 532 фирмы Цейсс. Комплекс обследования больных включал: биомикроскопию, офтальмоскопию, фотографирование картины глазного дна, тонометрию, рефрактометрию и визиометрию. Обследованию подвергнуто 100 больных, получивших лазерное лечение. Контрольную группу составили 50 больных

(100 глаз), воздержавшихся от лазерного лечения. Анализ показал, что у больных получивших лазерное лечение стабилизация процесса достигнута в среднем у 75%. Эффективность лечения находилась в прямой зависимости от стадии развития процесса. Наиболее неблагоприятные исходы получены у больных с запущенными случаями, когда острота зрения в период проведения коагуляции не превышала 0,1 и в анамнезе отмечались кровоизлияния в сетчатку. В контрольной группе за истекший период наблюдения ухудшение зрительных функций и состояния глаза отмечено у 65% больных.

Вывод: лазерная коагуляция сетчатки - весьма эффективный способ профилактики слепоты у больных с диабетической ретинопатией. Своевременное проведение лазерного лечения увеличивает шанс получения положительных результатов и стабилизации процесса.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С КРИПТОРХИЗМОМ

Р.Ж. Юсупов, Х.А. Саттаров, Ш.Г. Худайбердиев

Ташкентский педиатрический медицинский институт,

Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр педиатрии МЗ РУз

Цель: Улучшить результаты лечения детей с крипторхизмом путем разработки реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы: За период с 2012 по 2014 гг. на базе детского хирургического отделения Ташкентского Педиатрического Медицинского Института и Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Педиатрии было обследовано и прооперировано 51 ребенок с различными формами крипторхизма в возрасте от 2 до 6 лет. В среднем возраст детей составил $3,5 \pm 0,4$ года. Всем пациентам выполнена одноэтапная орхидопексия. После орхидопексии для оптимизации кровоснабжения яичка, стимуляции прорастания коллатералей, усиления паренхиматозного кровотока назначали спазмолитики, антиоксиданты и ангиопротекторы в течение 15 дней. Изучены ближайшие результаты лечения крипторхизма у детей двух групп: первую группу (контрольную) составили 25 детей, которые не получали медикаментозное лечение для восстановления кровообращения в низведенных гонадах; пациентам второй группы (26)

назначали курс лечения тренталом и токоферола ацетатом.

Результаты: Полученные данные свидетельствуют о наличии нарушении кровообращения в гонадах у детей контрольной группы через три месяца после операции. У 11(44%) из них периферическое сопротивление было выше нормы (IR в среднем составил $0,72 \pm 0,05$), что свидетельствовало об ишемии низведенной гонады. Во второй группе отмечено значительное улучшение гемодинамики низведенных гонад (IR в среднем составил $0,58 \pm 0,01$). Высокие показатели гемодинамики в низведенных гонадах у детей, получивших вышеуказанный комплекс лекарств, позволяют надеяться на снижение риска развития бесплодия в будущем.

Таким образом, полученные данные доплерометрии интратестикулярного кровотока у детей после орхидопексии подтверждают необходимость назначения комплекса лекарственных препаратов для восстановления кровотока в низведенных гонадах. Эффективность лечения зависит от своевременно проведенной операции, выбора рациональной терапии на этапах реабилитации.

ПРИМЕНЕНИЕ СПРЕЯ АВАМИС В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

С.Р. Юсупова, Д.Р. Джаббарова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности препарата Авамис в форме назального спрея у 50 больных в возрасте от 7 до 14 лет. Из них у 32- острый аллергический ринит, у 8 - хронический рецидивирующий ринит, у 10 -

атопический ринит. Продолжительность заболевания составила 7-18 дней.

Материал и методы исследования: основную группу составили больные с аллергическим ринитом. Клиническими проявлениями являются ринорея, зуд и конъюнктивит. Клинический эффект при использовании

препарата Авамис наблюдался у 40 больных, при этом значительное улучшение состояния больных отмечалось уже на 2-3й день лечения. У 48 больных с хроническим рецидивирующим аллергическим ринитом выявлен клинический эффект на 6-й день лечения, уменьшился и полностью исчезла ринорея и зуд. У больных получивших лечение препаратом Авамис, не отмечалась сонливость, снижение работоспособности и концентрации внимания. Двое больных с аллергическим ринитом жаловались на сухость во рту.

Результаты и обсуждения: для оценки проводимой терапии больных разделили на 2 группы: I группа 25 больных, которые получали традиционную терапию (антибиотики вводили в/м + симптоматическая терапия); II группа 25 больных, которые получали традиционную терапию + дополнительно спреем Авамис.

Оценка результатов исследования происходила по следующим критериям:

Регрессия риноскопической картины воспаления в I группе произошла на 5 день лечения, во II группе на 2 день лечения.

Выводы: вышеизложенное позволяет сделать следующие выводы: спрей Авамис - высокоэффективное средство для лечения острых и хронических аллергических заболеваний. Максимальный эффект получен при поллинозе с клиническими появлениями риноконъюнктивита. Препарат можно с успехом применять в комбинации у больных с аллергическим ринитом. Важным достоинством препарата Авамис является отсутствие снотворного и седативного эффектов при использовании в терапевтических дозах.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОК АКУШЕРСКОГО ПРОФИЛЯ С СОПУСТВУЮЩИМ ХНЗЛ

З.К. Юсупова, М.М. Матлубов, Э.Г. Хамдамова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности НИВЛ (неинвазивной вентиляции легких) в послеоперационном периоде после абдоминального родоразрешения на фоне регионарных блокад у беременных с ХНЗЛ.

Материалы и методы. Всего комбинированная анестезия с НИВЛ использована у 26 беременных в возрасте от 19 до 33 лет при сроках гестации 28-36 недель. У всех пациенток имела место дыхательная недостаточность (ДН) I-II степени, резко сниженные дыхательные резервы, которые оценивали при помощи спирометра (№ТУ64-1-2267-77) и по пробе с задержкой дыхания. Абдоминально-родоразрешение проводили в плановом порядке, средняя продолжительность операции составляла $39,6 \pm 10,4$ мин, кровопотеря $400,6 \pm 10,4$ мл. После премедикации под местной инфильтрационной анестезией в положении на боку на уровне L₂-L₄ проводили пункцию субарахноидального пространства с последующим введением 12,5-15 мг 0,5% раствора бупивакаина, затем больных укладывали в горизонтальное положение, подложив валик под правую ягодицу. С появлением четких признаков сегментарной сенсорно-моторной блокады осуществляли неинвазивную вентиляцию легких (НИВЛ) в режиме -continuous positive airway pressure-CPAP и volume-cycled assisted/controlled ventilation-ACV с помощью респираторов VELA. Во время НИВЛ проводили ингаляцию кислорода в контур потоком 2-5л/мин, вентиляция проводилась через ороназальную маску. В течении всей операции контролировали ЧДД, ОФВ, SpO₂, ЧСС, АД. Исследования проводили в 5 этапов: 1-до операции, 2-перед кожным разрезом, 3-после кожного разреза, 4-непосредственно после извлечения плода, 5-после окончания операции. Полученные данные обра-

ботаны статистически при помощи программы Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. Исходное состояние пациентов характеризовалось признаками умеренно выраженной дыхательной недостаточности. ОФВ было сниженным $28,5 \pm 22,6\%$, ЧДД составляло $25,7 \pm 2,8$ в мин, у всех женщин имел место смешанный тип дыхательной недостаточности, SpO₂ составлял $90,4 \pm 3,4\%$. Перед кожным разрезом регистрировали тенденцию к снижению, SpO₂ и ОФВ, учащение ЧСС. На этапе кожного разреза и наиболее травматичном этапе операции сохранялась гемодинамическая стабильность. НИВЛ обеспечивала максимальную сатурацию и SpO₂ и ОФВ значительно повышалось - $98-100\%$, $53,5 \pm 23,4\%$ соответственно. Продолжительность НИВЛ в послеоперационном периоде составляла в среднем $2,5 \pm 0,5$ часов. Окончание операции характеризовалось гемодинамической стабильностью. Изучаемые параметры достоверно отличались от исходных дооперационных величин. Регистрировали четкую тенденцию к урежению ЧДД до физиологических величин с одновременным ростом ОФВ и насыщения крови кислородом. Течение ближайшего послеоперационного периода было гладким. Обращало на себя внимание исчезновение одышки, отсутствие необходимости в интубации с продленной ИВЛ, возможность обеспечения высоко эффективного послеоперационного обезболивания (эпидуральная блокада).

Выводы. Полученные результаты позволяют рекомендовать пролонгированную НИВЛ для профилактики дыхательной недостаточности и реабилитации послеоперационного периода у беременных с ХНЗЛ и низкими дыхательными резервами.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Н.Н. Юсупова, С.З. Хакимова, А.Т. Джурабекова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить клинко-электроэнцефалографические особенности нарушения мозгового кровообращения у женщин фертильного возраста.

Материалы и методы исследования: Нами обследовано 56 женщин фертильного возраста. Женщины были

разделены на 3 группы по возрасту. Всем женщинам было проведен: неврологический осмотр, электроэнцефалографическое и лабораторное исследования, включая биохимический анализ крови.

Результаты исследования: у обследованных больных в состоянии покоя наблюдались значительно меньшие

величины индекса и его амплитуды. Это свидетельствует об исходной тенденции к десинхронизации в группе больных по сравнению с контрольной и коррелирует с данными визуального анализа. При эмоциональной нагрузке эти различия становятся более заметными. У больных отмечается более выраженная реакция десинхронизации с достоверными различиями по ряду показателей, а именно: большая степень депрессии альфа индекса и амплитуды альфа ритма и большая величина прироста частоты альфа ритма. Это является свидетельством того, что у больных имеет место избыточность восходящей неспецифической активации мозга. Внутри групп больных обращает на себя внимание более выраженная динамика показателей альфа ритма у больных 2-ой группы. Имеются достоверные различия по степени уменьшения альфа индекса, амплитуды альфа ритма, увеличения его частоты у больных 2-ой группы по сравнению, как с контрольной так и с 3-ей. Так, у больных 2-ой группы при эмоциональной нагрузке уменьшение альфа индекса составляет 48,1%, амплитуда альфа ритма 5,8% и прирост частоты 7,6%; в то время как в контрольной группе эти показатели составляют соответственно 19,2%, 8,5% и 7,1%. Показатели 1-ой группы несколько приближены к данным по 2-ой, однако до-

стоверных различий с контролем не получено. Из всех 3-х групп больных наиболее близкие к контрольным данные обнаружены у больных 3-й группы, т. е. у женщин с нарушением мозгового кровообращения пожилого возраста. Раздельный анализ полученных данных у больных инсультом и доинсультными формами цереброваскулярных нарушений показал, что, как в состоянии покоя, так и при эмоциональной нагрузке динамика амплитудно-частотных показателей альфа ритма превалировала у больных доинсультными формами. Это означало, что признаки избыточности восходящей неспецифической активации мозга, нарушая синхронность мозгового гомеостаза в целом.

Таким образом, результаты анализа функционального состояния неспецифических систем мозга выявили патологическую избыточность восходящей неспецифической активации ретикулярной формации мозга у женщин различных возрастных групп. У пациенток среднего возраста с НМК по сравнению с другими возрастными группами имеет место более выраженные показатели СВД, сочетающиеся с более высоким уровнем тревожности в психоэмоциональной сфере и сопровождающиеся избыточностью восходящей неспецифической активации мозга.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

А.Я. Язданов, М.Р. Рустамов, Ш.М. Ибатова, М.В. Рашидова, Д.Т. Ташпулатова

*Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи*

Целью работы явилось изучение особенностей реабилитационно-восстановительных мероприятий детей с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП) на семейном врачебном участке. Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 45 детей в возрасте от 5 до 14 лет во 2-ой семейной поликлинике города Самарканда. У большинства детей с ХГДП, участвовавших в наших наблюдениях определялись отклонения со стороны центральной нервной системы (67%), хронические заболевания ЛОР органов (хронический тонзиллит, гипертрофия миндалин II-III степени, аденоиды II-III степени) у 33% детей. В возникновении ХГДП у детей в дошкольном возрасте имели значение – наследственный фактор, частое применение антибиотиков в лечении различных заболеваний, гельминтозы и стрессовые факторы.

Результаты. Нами проанализированы результаты реабилитационного наблюдения 45 детей, состоящих на диспансерном учете на семейном врачебном участке. Установлено, что особенностью заболеваний указанной локализации является их сочетанный характер, при этом в патологический процесс, как правило вовлекается поджелудочная железа и кишечник, что прогностически неблагоприятно и является фактором риска инвалидизации больных детей. Основой реабилитацион-

ного комплекса были: диетотерапия (стол № 1), седативная терапия (лечебные травы, дневные транквилизаторы), антихеликобактерные препараты, поливитамины, пробиотики, пребиотики, цитопротекторы, физиотерапия, ЛФК и массаж. Из 45 детей, которым проводилась реабилитация, у 37 была достигнута клиническая ремиссия и только у 8 - ранняя и поздняя реабилитация была не эффективной. Наблюдая за детьми, семейный врач должен не только своевременно выявлять больных детей, но и проводить прогнозирование патологии с учетом факторов риска и дифференцированно подходить к назначению реабилитационных мероприятий для предупреждения обострений. Даже при отсутствии симптомов болезни пациенты должны придерживаться диеты и определенного образа жизни.

Таким образом, при анализе реабилитационных мероприятий были выявлены резервы в повышении уровня здоровья детей. Только совместными усилиями родителей, педагогов и врачей можно создать систему первичной профилактики хронических заболеваний органов пищеварения (предупреждение органной патологии), вторичной профилактики (предупреждение рецидивов болезни) и третичной профилактики (предупреждение инвалидизации).

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Х.Х. Якубов, Л.В. Пириева

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: изучить результаты лечения больных с переломами конечностей в сочетании с черепно-мозговой травмой и дать экспертную оценку полученным результатам.

Материалы и методы: Изучены результаты лечения 97 больных с закрытой травмой черепа, сочетающейся с переломами костей конечностей. Наиболее частой причиной этих повреждений были транспортные травмы.

58,4%, на производстве травму получили 18,1%, в быту 12,6% пострадавших. Больных с переломами костей верхней конечностей был 41, нижней – 56. У 72 больных были закрытые переломы, у 25 – открытые. У большинства потерпевших диагностировано сотрясения мозга легкой и средней степени, у 13 больных – тяжелое сотрясение и ушибы головного мозга.

Результаты: Лечение пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, конечностей и черепа проводилось в два этапа: 1) борьба с нарушением витальных функций, кровоизлиянием, травматическим шоком и отеком мозга; 2) лечение локальных повреждений и профилактика осложнений.

Исследованиями установлено, что пострадавшим в состоянии травматического шока II-III степени, независимо от тяжести черепно-мозговой травмы, переливали кровь и противошоковые жидкости до стойкой нормализации артериального давления и восстановления. После этого проводили первичную хирургическую обработку ран, а по показаниям – наложение скелетного вытяжения и т.д. У больных с открытыми переломами (25) после выведения из состояния шока осуществляли первичную хирургическую обработку ран с последующим остеосинтезом по показаниям. У 12 больных с сотрясением головного мозга легкой степени в сочетании

с переломами нижних конечностей использован метод скелетного вытяжения. При переломах костей голени, особенно поперечных, оскольчатых со смещением отломков, а также открытых, наиболее целесообразно применение компрессионно-дистракционного остеосинтеза, который может быть выполнен в более ранние сроки, чем другие методы остеосинтеза. Что касается переломов верхних конечностей, то основным методом лечения был консервативный. Лишь в тех случаях, когда не удавалось сопоставить отломки, прибегали к оперативному вмешательству. При тяжелой сочетанной травме костей черепа у 31 пострадавшего развился шок. В отличие от классического, шок вследствие сочетанной травмы может происходить на фоне нарушенного сознания, сопровождаться брадикардией, расстройством внешнего дыхания, гипертермией, а также разнообразной очаговой неврологической симптоматикой и менингеальными знаками.

Таким образом, тактика хирургического лечения переломов конечностей при сочетанных повреждениях зависит от тяжести повреждения головного мозга и нарушения жизненных функций организма. Следовательно, полученные данные могут быть полезными при выборе критериев оценки степени тяжести телесных повреждений при данной травме.

РАСЧЕТ ИНДЕКСА ГЕРИОТРОПНОСТИ КАК ОСНОВА ПОСТРОЕНИЯ СТАНДАРТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

М.А. Якушин

ГБОУ ВПО РНИМУ Минздрава России «НКЦ геронтологии»

ГУ Московский областной научно-исследовательский клинический институт (Россия)

Нами разработана и формализована методика оценки совокупного влияния лечебного фактора на организм пожилого пациента путем расчета индекса гериотропности (ИГ), который в зависимости от количественных значений оценок выбранных для анализа гериотропности равен:

$$\text{ИГ} = \sum \text{FP}^+_{\text{a}} + \text{P}^+_{\text{b}} - \sum \text{FP}^-_{\text{c}} - \sum \text{fFP}^-_{\text{d}} - \text{P}^-_{\text{e}}$$

Где ИГ – индекс гериотропности;

$\sum \text{P}^+_{\text{a}}$ – суммарное значение коэффициента распространенности гериатрической патологии (КР – соответствует доле болеющих данным заболеванием на 100 граждан старше трудоспособного возраста; измеряется в баллах) в показаниях к назначению лечебного фактора;

P^+_{b} – наличие возрастных показаний, подтвержденных данными клинических исследований, т.е. указание в аннотации на приоритетное использование в пожилом возрасте (количественное значение соответствует 100);

$\sum \text{P}^-_{\text{c}}$ – суммарное значение КР (соответствует доле болеющих данным заболеванием на 100 граждан старше трудоспособного возраста; измеряется в баллах) в противопоказаниях к назначению лечебного фактора;

$\sum \text{fP}^-_{\text{d}}$ – суммарное значение КР в побочных действиях к назначению лечебного фактора. При этом $f=1$, если побочное действие наблюдается более чем в 1% случаев, $f=0,1$, если побочное действие наблюдается менее чем в 1% случаев.

P^-_{e} – наличие верхней границы возрастных ограничений, т.е. указание в аннотации на запрет или ограниченное использование в пожилом возрасте (количественное значение соответствует -100).

Продифференцировав показания, противопоказания и побочные действия лекарственных препаратов относительно возрастной патологии мы разделили их

на 3 категории: 1) лекарства, позитивно влияющие на гериатрическую патологию, 2) лекарства, не влияющие на гериатрическую патологию, 3) лекарства, негативно влияющие на гериатрическую патологию. Для каждого медикамента первой категории нами рассчитан ИГ, отражающий совокупное влияние препарата на гериатрическую патологию. Источником расчетной информации послужили данные государственного реестра лекарственных средств.

Одна и та же болезнь в дебюте и через 30 лет после возникновения лечится по-разному, поскольку со временем меняются точки приложения патогенетических факторов. В начальной (функциональной) стадии заболевания, страдает, в основном, регуляция деятельности органа; в конечной (органической) – повреждается сам орган, его морфологическая структура. В дебюте более эффективны лекарства, влияющие на синаптическую передачу, позже – лекарства, улучшающие трофику и кровоснабжение органа. Такого рода препараты, как правило, имеют наибольшее значение ИГ и возглавляют рейтинги первой линии обороны.

Так при остеохондрозе и остеоартрозе в пожилом возрасте самый высокий уровень ИГ имеют хондропротекторы, которые оказывают стимулирующее влияние на обменные и репаративные процессы в хрящевой ткани и межпозвоночном диске. Значение ИГ для большинства хондропротекторов находится в диапазоне между +7 и +9. Единственным хондропротектором, не имеющим гериатрических противопоказаний является препарат Хондрокард – новейшая разработка Российской фармакологической компании Сотекс. За счет полного отсутствия негативного влияния на пожилой организм ИГ для этого лекарства соответствует +20,7, что в 2 раза выше среднего диапазона для аналогов.

Еще одна группа препаратов с totally позитивным влиянием на пожилой организм – поливитамины нейротропного действия. В данной фармгруппе наивысший ИГ – у Комплигама В. Этот препарат имеет 2 гериотропных показания (Диабетическая полинейропатия, остеохондроз), возрастную ориентацию (ночные мышечные судороги у лиц старших возрастных групп) и ни единого гериотропного побочного влияния или противопоказания, что определяет наивысшее значение ИГ в группе: (+31,35).

Оценивая величину ИГ, практический врач, составляющий схему лечения пожилого пациента, может существенно снизить риск побочных действий и осложнений. Пользуясь нашими расчетами, легче добиться эффекта многоцелевой (полимодальной) монотерапии, т.е. применения лекарственных препаратов с возможностями использования системных эффектов одного лекарства для одновременной коррекции нескольких форм возрастной патологии.

РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

С.Х. Ярмухамедова, У.Б. Самиев

Самаркандский государственный медицинский институт

Целью нашего исследования явилось изучение влияния немедикаментозной терапии на течение АГ у больных СД.

Материал и методы исследования: обследовано 27 больных с АГ, страдающих сахарным диабетом. Возраст больных варьировал от 49 до 65 лет. Все обследуемые получали адекватную гипотензивную и сахароснижающую терапию. Особое внимание в лечении данных больных уделялось диетическому питанию. Известен тот факт, что до 30% гипертоний являются натрий-зависимыми, поэтому из рациона таких пациентов полностью исключили поваренную соль. Скрытое содержание солей имеется в таких продуктах питания как майонезы, заправки к салатам, сыры, консервы, которые также должны быть исключены из рациона питания. У 12-ти обследуемых наблюдалось повышение массы тела. Поэтому следующим пунктом для решения этой проблемы явилось снижение массы тела при наличии ожирения. Был подсчитан колораж в соответствии с ИМТ. Рекомендовался следующий режим питания – ограничение потребления продуктов с высоким содержанием холестерина, жирной пищи. Мясные продукты чаще заменялись рыбными, так как они имеют высокую пищевую и биологическую ценность и являются важным компонентом рационального питания. Также полезны морские продукты, в частности, морская капуста, кальмары и др.

Избегался прием пищи, содержащей легкоусвояемые и легко всасываемые углеводы (сахар, конфеты, варенье, сладости, сдоба), так как они усиливают образование жиров, особенно при малоподвижном образе жизни. Поэтому рекомендовалась пища, богатая крахмалом (хлеб, картофель, крупы), которые этими отрицательными качествами не обладают. Полезен мед до 30–40 г в день. Рекомендовалась пища, богатая овощами и фруктами, так как они обладают желчегонным эффектом, т.е. стимулируют секрецию желез пищеварительного тракта, тем самым улучшают переваривание и усвоение пищи, а именно углеводов и жиров, также стимулируют моторную активность кишечника благодаря высокому содержанию клетчатки, которая, как

известно, не всасывается из-за отсутствия ферментов. Помимо этого, вышеуказанные продукты богаты витаминами, особенно аскорбиновой кислотой, солями калия (улучшается работа сердца), содержат мало натрия, следовательно, это способствует выведению воды, а вместе с ней ядовитых веществ, образующихся при анаэробных процессах в кишечнике, а также понижению внутрисосудистого давления за счет выведения солей натрия. Полезны также разгрузочные дни (молочные, арбузные) и некоторые дифференцированные диеты, а также продукты, обогащенные солями калия и магния.

У больных с ожирением, имеющих СД 2 типа, АГ или гиперлипидемию, снижение массы тела примерно на 5% от исходного веса приводило к снижению артериального давления на 10 мм рт.ст. и более, компенсации СД, улучшению липидного профиля, и, в конечном итоге можно утверждать – к снижению риска преждевременной смерти на 20%. Большое внимание уделялось строгому соблюдению режима труда, отдыха, сна, устранению факторов, способствующих развитию невроза. Пациентам объяснялась важность выбора профессии, чувство удовлетворенности работой, создание нормальных условий – рабочий день не более 8 ч, устранение неудобств как на работе, так и дома. Таким образом, подход к лечению АГ при СД должен быть многофакторным с применением не только стандартных гипотензивных средств, но и тех мер, которые воздействуют на первичные факторы риска и механизмы запуска – инсулинорезистентность и гиперинсулинемию. Всем пациентам разъяснялась необходимость активного двигательного режима – прогулки на свежем воздухе, занятия физкультурой, лечебная гимнастика, водные процедуры.

Вывод: соблюдение правил диетического питания, нормализация веса, правильный образ жизни – составляют важную грань лечения больных СД в сочетании с АГ. Дальнейшая реабилитация включает динамическое наблюдение путем повторных осмотров каждые 3–6 месяцев, систематическое лекарственное и диетическое лечение, в том числе и санаторно-курортное.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

С.Х. Ярмухамедова, Н.А. Абдуллаев

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: оптимизировать меры профилактики и реабилитации больных с артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования: обследовано 30 больных с артериальной гипертензией, находившихся

на обследовании и лечении в клинике СамМИ. Возраст обследуемых составлял от 45 до 68 лет. Наряду с медикаментозной терапией больные проходили курс физической реабилитации на базе отделения ЛФК клиники СамМИ. В исследование не включались лица со значительным повышением АД (свыше 180/110 мм рт. ст.), пациенты в состоянии после гипертонического криза, больные в предынсультном состоянии, пациенты с нарушением сердечного ритма (мерцательная аритмия, экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия), а также при развитии приступа стенокардии, резкой слабости и выраженной одышки. Все исследуемые были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 3-е (10%) больных с пограничной артериальной гипертензией. Вторую группу составили 3 (10%) пациента с I и II стадией гипертонии, а третью группу – 24 больных с III стадией гипертонической болезни (ГБ).

Результаты: у всех обследуемых имело место повышение АД выше нормального уровня и диагноз гипертонической болезни был подтвержден клиническими, инструментальными и лабораторными методами. Все больные проходили курс реабилитации. Подход к реабилитации больных ГБ был строго индивидуальным. Лечение лиц с пограничной артериальной гипертензией и больных ГБ I стадии проводилось в амбулаторных условиях немедикаментозными методами это - бессолевая диета, лечебная физкультура, аутогенная тренировка и др. Больным с I и II стадией гипертонии назначали как профилактические мероприятия, так и медикаментозную терапию, которая носила комплексный характер. В процессе физической реабилитации уделялось большое внимание направленной тренировке больных для стимуляции восстановительных процессов в организме, а также постепенная адаптация организма боль-

ного к возрастающей физической нагрузке. Физические упражнения занимают одно из важнейших мест среди немедикаментозных методов лечения и реабилитации ГБ. При регулярных занятиях специальными физическими упражнениями наблюдалось снижение АД, уменьшение ЧСС. Под влиянием цикла тренировочных нагрузок наступало согласование величин сердечного выброса и сосудистого сопротивления кровотока, уменьшение периферического сопротивления, подтвержденное эхокардиографическими параметрами. Дозированная физическая нагрузка также способствовала улучшению периферического кровообращения. Весьма важно и то, что выполнение физических упражнений сопровождалось, как правило, возникновением определенных эмоций, что также положительно влияет на протекание основных нервных процессов в коре больших полушарий. Применение различных средств и приемов для снижения повышенного мышечного тонуса (элементы массажа, пассивные упражнения, изометрические упражнения с последующим расслаблением) может быть использовано и для снижения повышенного сосудистого тонуса. Применение физических упражнений оказывало положительное воздействие на самочувствие больного ГБ: уменьшались раздражительность, головные боли, головокружение, бессонница, повышалась трудоспособность.

Вывод: физические упражнения, являясь биологическим стимулятором регулирующих систем, обеспечивают активную мобилизацию приспособительных механизмов и повышают адаптационные возможности организма и толерантность больного к физическим нагрузкам. При этом увеличиваются сила и производительность сердечной мышцы, эффективнее функционируют депрессорные системы.

THE REHABILITATION OF PATIENTS, SUFFERING VULVOVAGINAL CANDIDOSIS (VVK), TAKING COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES (COCS)

L.R. Agababyan, A.T. Akhmedova

Samarkand state medical institute

The materials and methods: On the stage of rehabilitation, 38 women of reproductive age, suffering VVK, taking COC (20 mg ethinylestradiol and 75 mg gestagen) were observed.

All the patients, after the principal treatment, according to generally accepted patterns were admitted the oral probiotic lactogen 1 capsule/day within 2 weeks in tandem with COC on the stage of rehabilitation. The examined group consisted of women from 18 to 45 years old suffering the VVK. There were no women with chronic VVK, acute or chronic pelvic diseases or patients with sexual transmitted infections and individuals with intolerance to medication components, pregnant and nursing mothers in the examined group. In order to find out the efficiency of medication the bacteriological examination of vaginal smear, colposcopy were conducted. Clinical symptoms were estimated on the basis of 3-pointed scale (low, medium and high)

before and during the therapy. The 3-month catamnesis analysis was also conducted.

The results: 1 No aberrations in bacterial analysis of vaginal smear were revealed. After one month of lactogen therapy none of patients had Candida in vaginal smear. But in 3 month one patient (2,6%) came with itching and heating complaints. The laboratory analysis proved the existence of Candida albicans in vaginal smear. Thus, based on clinical, bacterioscopic examinations and catamnesis probiotic lactogen recommended itself as the medication of choice on rehabilitation stage in treating VVK.

Conclusions: 1. The absence of illness recurrence for the next 3 months at women, who got the rehabilitation therapy after main treatment of VVK, was estimated. 2. In cases without rehabilitation, 2,6% of patients have got the recurrence of laboratory proved VVK and 5,2% of patients have got the recurrence of VVK without laboratory confirmation.

HYDROCEPHALUS IN INFANTS WITH INTAUTERINE CYTOMEGALOVIRUS AND HERPES INFECTIONS AND THEIR REHABILITATION

D.Sh. Ayupova

Tashkent pediatric medical institute

Research objectives: 1. To compare the flow characteristics, clinical symptoms of hydrocephalus, intercurrent disease dynamics with intrauterine cytomegalovirus and herpes virus infections in children during the first year of life.

2. Detect specific morphological changes in the brain in children with hydrocephalus during intrauterine cytomegalovirus and herpes virus infections and their rehabilitation.

Results and discussion. HC in children with congenital CMV infection is formed as a result of congenital meningoencephalitis. In 39.1% of infants with CMV encephalitis acquired a protracted course with periods of improvement and deterioration. Relapses were observed in the process of 4-5 (21.3%) and 6-12 months (13.7%), marked by the emergence of infectious symptoms (38.5%), seizures, focal disturbances, a gradual increase of intoxication, prolonged subfebrile, moderate catarrhal symptoms. Exacerbation of process in 15.9% was confirmed by buildup of specific antibodies of class IgG, the appearance of anti-CMV IgM. In the study of CSF, 35.6% of children with exacerbation of the process, liquor has emerged under pressure, moderate double-digit cell count was determined, predominantly lymphocytic, moreover, increased protein levels of 0.43 to 3.77 g

/ l, with an increase in the gamma globulin fraction to + + - + + +, and reduced glucose chlorides.

Conclusion. Hydrocephalus in children with congenital cytomegalovirus infection is characterized by a progressive increase of focal neurological symptoms during the first year of life, and the frequent development of subcompensated compensated forms, forming a high risk of adverse outcomes in the form of delayed psychomotor development, partial atrophy of the optic nerves, epilepsy. Characteristic for cytomegalovirus intrauterine infection etiology morphological changes include the presence of specific metamorphosis of giant virus-infected cells, ependymal ventricular glial cells and nerve cells in the subependymal zone to form cytomegalovirus, a combination of inflammatory and destructive changes in violation of brain development.

PHYSIOLOGICAL MECHANISMS OF L-ARGININE METABOLISM DURING ADAPTATION TO PHYSICAL STRESS

N.V. Bogdanovskaya, I.V. Kalyonova

Zaporizhzhya National university (Ukraine)

It is proved that nitric oxide plays an important role in the adaptation of the organism to physical exercise in particular through the regulation of the functional state of the cardiovascular system. A number of authors identified the restructuring of the functional status of endothelium and nitric oxide system in humans under the influence of muscular work, which relates primarily to the increase in nitric oxide (NO) synthesis and as a consequence to the severity of vascular vasodilator responses.

The goal was to study the characteristics of changes in the exchange of L-arginine including oxidative nitric oxide synthesis in healthy persons under the influence of prolonged exercise of significant amount and intensity.

In the study, biochemical parameters that characterize the rate of metabolism of L-arginine by two alternative pathways of metabolism (non-oxidative arginase way and oxidative NO synthase one) were determined in blood plasma of youths in both groups. The intensity of non-oxidative metabolism was assessed by determining the activity of arginase and urea amount formed when using this enzyme. The intensity of the oxidative degradation of arginine to synthesize nitric oxide was assessed by the activity of different isoenzymes of NO-synthases – calcium dependent constitutive one, cNOS (it was determined as the total activity of endothelial and neuronal NOS: eNOS + nNOS = cNOS) and calcium independent inducible one (iNOS), as well as the level of stable oxidized metabolites of nitric oxide, namely: nitrite (NO_2^-) and nitrate (NO_3^-) anions. We also estimated the intensity of nitrate anions salvage for re-synthesis of nitric oxide by determining NADPH-dependent nitrate reductase activity in the blood plasma.

All biochemical parameters were measured in leukocyte enriched plasma of untrained young men of the control group at the beginning of survey and in trained young men of the experimental group three times: at the end of the training period (or beginning of competition period), in the middle and late period of competition period. In the process

of the training period, physical activity was performed in the absence of factors of psychological stress, and within the competitive period it was performed in both a stress-free mode, and in stressful conditions of the responsible competitions. In untrained young men of the control group at baseline of the survey and in trained ones of the experimental group after the training period, in the middle and late period of competition period we determined simultaneously the overall physical work capacity (PWC_{170}) by means of sub maximal test PWC_{170} , and maximal oxygen consumption (VO_2max).

All results were processed by variational statistics method, using Calc (OpenOffice.org), STATISTICA'99 ("StatSoft. Inc").

The end of training sessions within the training period for young men performing regularly muscular work is characterized by high levels of both oxidative and non-oxidative metabolism of L-arginine on account of both calcium-dependent constitutive NO synthase (synthesis of nitric oxide and citrulline) and non-oxidative metabolism of arginine (synthesis of ornithine and urea). The high portion of nitrite anion content in the total pool of circulating in plasma stable metabolites of nitric oxide corresponds to body adaptation to prolonged and intensive physical exercise. An increase in the degree of adverse effects of intensive training (physical) and competitive (both physical and psychological) stress is accompanied by a pronounced adaptive changes in the hierarchy of constitutive oxidative (decrease) and inducible (increase) de novo nitric oxide synthesis, as well as non-oxidative salvage nitric oxide synthesis (increase) and non-oxidative degradation of L-arginine (decrease). Physical deconditioning of young men at the end of competition period is accompanied by a significant increase in the activity of oxidative calcium-independent de novo synthesis of NO and in a less degree by increasing its non-oxidative synthesis due to salvage of circulating oxidized stable metabolites.

PREVENTION AND PSYCHOTHERAPY OF DRUG ADDICTION AT TEENAGERS

M.B. Boykuziyeva, G.U. Nazarova, M.M. Nosirov

Andizhan state medical institute

Drug addiction is the major social medical problem. In works on prevention of drug addiction mainly social aspects were investigated and only relatively the physician biological

properties of the personality began to be studied recently. The transition period to new socially economic relations is accompanied, as a rule, by increase in depressions owing

to insufficient adaptation to changing realities of life. In communication with deficiency of positive emotions among youth there is an aspiration to compensate their absence application of psychotropic preparations. To groups of risk of the use of psychojet substances carry minors with the burdened heredity in respect of narcological, and also mental diseases; with the expressed characterologic, behavioural shifts as a result of the early or acquired organic cerebral pathology (cherepno - brain injuries, neuroinfections in the anamnesis), with congenital or developing in connection with defects of education by the psychopathological lines, pedagogically started and from socially dysfunctional families. In respect of development of preventive actions the knowledge not only age of acquaintance to drugs is important, but also Wednesday which provokes it and influences disadaptation formation. The narcological help has to be addressed to the specific personality. In the course of a disease, irrespective of a type of used drug and the premorbidnykh of features, is formed the "narkomanichesky" personality with behavior peculiar to it and leveling of specific features and formation of the peculiar narkomanichesky defect, being characterized accruing affective frustration in a look the disforicheskikh of depressions, prevalence the isterozbudimyykh of forms of reaction, psychosocial dysfunction in the form of gradual fading of interests, various anomalies emotional the strong-willed sphere, frustration of the sphere of inclinations, including a sexual rastormozhenost. Are expressed morally - ethical aspects of character. Disturbing states are a leading psychopathological phenomenon in a clinical picture of opioid drug addiction. They play an important role in formation of not mental and men-

tal disorders. These violations find out close connection with manifestations of special type of change of the personality in patients that makes one of the main features of boundary mental disorders. Now diagnostic criteria of weight of a pathological inclination to drug are developed. To "big" criteria refer existence of thoughts of drug, affective frustration, behavior and dream violations. "Small" criteria include somatovegetativny violations, existence of "narcotic" dreams, installation on treatment the critical relation to an illness. Valuable addition to identification of the teenagers using drugs is considered interview. In conversation with teenagers it is necessary to emphasize that any artificial stimulation of positive emotions inevitably involves the subsequent decrease in the mood, being accompanied fall of a vitality and disability, and positive emotions should be looked for in real life according to their bents and abilities. And also it is necessary to talk and hold close connection with parents. Often during this period there are problems in relationship of teenagers with parents. And to explain to parents that at this time teenagers very vulnerable and to them it is necessary to be careful in communication, to show understanding and endurance. Quite often there are conflict situations, suicide attempts from teenagers. Psychotherapeutic influence in the state caused, in particular hypnosis allows объективировать process of detection of predisposition to drug addiction and to prevent or treat her, using training programs is information - adaptive regulation. The most typical violations of the mental sphere at addicts are the heat of passion, a depression and emotional lability. The depression can have sluggish, apathetic character.

STROKE REHABILITATION

S.S. Igamova, F.S. Khamedova, A.T. Djurabekova, Z.F. Mavlyanova

Samarkand state medical institute

Materials and methods. Stroke is diagnosed through several techniques: a neurological examination (such as the Nihss), CT scans (most often without contrast enhancement) or MRI scans, Doppler ultrasound, and arteriography. The diagnosis of stroke itself is clinical, with assistance from the imaging techniques.

Results and discussions. For most stroke patients, physical therapy (PT), occupational therapy (OT) and speech-language pathology (SLP) are the cornerstones of the rehabilitation process. Often, assistive technology such as a wheelchair, walkers, canes, and orthosis may be beneficial. PT and OT have overlapping areas of working but their main attention fields are, PT focuses on joint range of motion and strength by performing exercises and re-learning functional tasks such as bed mobility, transferring, walking and other gross motor functions.

Conclusions. Stroke rehabilitation should be started as quickly as possible and can last anywhere from a few days to over year. Most return of function is seen in the first few months, and then improvement falls off with the "windows" considered officially by US state rehabilitation units and others to be closed after six months, with little chance of further improvement. However, patients have been known to continue to improve for years, regaining and strengthening abilities like writing, walking, running, and talking. Daily rehabilitation exercises should continue to be part of the stroke patients routine. Complete recovery is unusual but not impossible and most patients will improve to some extent: proper diet and exercises are known to help the brain to recover.

POSSIBILITIES AND SIGNIFICANCE OF NEUROIMAGING IN NEUROONCOLOGY

D.S. Murodova, G.M. Kariev, M.M. Akhmediev, N.H. Holikov, S.N. Toshmatov

*Republic research Center for neurosurgery
Tashkent medical academy*

Materials and methods. We analyzed the results of treatment of 112 patients who were hospitalized at the Republican Scientific Center of Neurosurgery, Ministry of Health and operated under identical conditions.

Results and Discussion. Of the patients operated on our core group of marked regression of neurological deficit to 46.9%, which contributed to the leakage of the postoperative period without complications and improve quality of life and its duration.

For the noninvasive and more complete removal of the tumor with maximum preservation of pathways, we used data mechanogram to visualize increase of the amplitude of muscle potentials and the appearance of sharp peaks in the motor tract irritation, allowing surgeons to more accurately determine the angle of attack, the amount of tumor resection.

Surgery was performed under the control of intraoperative monitoring in the form mechanogram using needle

electrodes in m.bicepsbrachi, m.quadricepsbrachi and m. quadricepsfemoris, installed with geterolateralnoy side. We used a computer system with software SYNAPSIS "Ney-rotex", Russia.

Conclusions:

1. Data Analysis MR tractography allows you to select the optimal surgical approach to tumors, to identify areas available for the removal and disposal to adequately perform the volume preserving FIZ and white matter pathways in the brain.

2. Removal of intracranial tumors under the control of intraoperative monitoring mechanogram using data from MRI tractography, intraoperative ensure accuracy and safety of surgery to minimize surgical trauma, helps reduce the risk of neurological deficit, which determines the efficiency of operations and good quality of life of patients.

3. The method of MR tractography can noninvasively visualize the pathways of white matter and assess the extent of their defeat in tumors of the cerebral hemispheres.

POSSIBILITIES OF USING OF PHYTO-AND REFLEXOTHERAPY IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA COMBINED WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME ON THE BACKGROUND OF OVERWEIGHT AND OBESITY

N.A. Myrzabayeva

Kazakh National medical university n.a. S.D.Asfendiyarov

We observed 68 patients aged from 16 to 45 years. The control group consisted of 28 patients who received only medical therapy. Before and after treatment, along with the clinical examination of patients, conducted laboratory and instrumental methods of investigation, which included endoscopy with biopsy of gastric mucosa followed by morphological assessment of biopsy, abdominal ultrasonography, computed pH-metry, electrogastrography, videocolonoscopes, bacteriological examination of feces, duodenal intubation, X-ray, cardiointervalography and determines the quality of life (QL) by the SF-36 (The MOS-SF36-Item Short Form Health Survey) to 8 scales, as well as specialized gastroenterological questionnaire gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS). The main group assign individual specific dietary program for each patient. Next, we performed on the auricular acupuncture points: two points at one sitting at the basic point (AP 18.17) over 30 minutes and the remaining additional points (AP 22, 28, 51 55, 87; AR 88,

97, 98 109, AP 87, 89, 91, 104) for 10-12 minutes. Then, the EHF-puncture (electromagnetic radiation of millimeter range of extremely high frequency) at distant points in common action GI 4, GI 11, E 36, C 7, TR 5, MC 6, RP 6, RP 9, F2, F 3, and additionally patients took Iberogast 20 drops three times a day with a small amount of water before or during meals. The duration of treatment was 4 weeks.

As a result of the treatment, clinical improvement has been observed for 6-7 days in the majority (88.2%) patients of the study group, there was a positive evolution of the pain symptoms and bloating, the normalization function of the large intestine, reducing dyspeptic symptoms, improving overall health, reduction of psycho-emotional and autonomic disorders. Eliminating clinically relevant symptoms with improved QL, decreased body weight by 4-6 kg and restore morphofunctional disorders usually occurs towards the end of treatment.

CHANGES OF CARBOHYDRATES METABOLISM FOLLOWING ACUTE SKELETAL TRAUMA

I.M. Plehutsa, R.I. Sydorchuk, O.M. Plehutsa, L.P. Sydorchuk

Bukovina state medical university

Material and methods: the study includes 52 patients with various forms of TD, aged 18-69 years (37.91±4.28). We determined the parameters of carbohydrate metabolism, the activity of immunoreactive insulin and cortisol by ELISA.

Results and discussion: the study data confirms the presence of a sufficiently clear consistency in the regulation of glucose metabolism in the formation of TD. In the control group (operated non-trauma patients) and patients with moderate severity, these changes clearly fit into the framework of adaptive reactions and are a consequence of the injury, including surgery, and the result of treatment include infusion therapy by carbohydrates solutions. In individuals with an average severity of TD carbohydrates metabolism changes are more likely a manifestation of com-

pensation, and in patients with severe course of TD there are signs of dysregulation due to stress and excessive activation of the adrenal cortex.

Conclusions: traumatic disease, even in the absence of clinically significant symptoms is characterized by significant changes in carbohydrate metabolism resulting from hormonal dysregulation. Changes in metabolism of carbohydrates are identified to be taken into account when choosing a treatment strategy in patients with traumatic disease, such patients should additionally receive xylitol as a donor of carbohydrates and if necessary correction of acid-base balance (sodium buffer) to limit input of carbohydrates containing remedies.

INFLUENCE OF PHYSICAL ACTIVITY ON THE PATHOLOGY OF CARDIOVASCULAR SYSTEM

I.T. Rusnak, V.K. Tashchuk, O.D. Klym

Bukovinian state medical university

Physical activity helps to prevent heart attacks and cardiovascular system diseases. The results of all available researches demonstrate that regular exercises in moderate amount are, perhaps, the most effective preventive measure of heart diseases and their complications.

In case of coronary artery diseases regular exercises help the body to form more auxiliary arteries through which the blood can flow around the body and bypass occluded blood vessels.

A patient with 80-90% occlusion of right coronary artery has been observed. After a year of regular trainings in

aerobics a lot of collaterals appeared in the organism, making blood flow to certain parts of his body easier.

In other forty-year-old male patient, angiogram showed partial occlusion of coronary arteries. The occlusion was accompanied by chest pain. The coronary artery bypass grafting was not advised to the man, he had to use conservative method of treatment first. He agreed to regulate daily water intake and to begin with two glasses of water (0,5 l) exactly half an hour before meal. He was also recommended one hour walks in the morning and in the evening (20-30 minutes at the beginning, gradually increasing the time up to an hour). The outcome of the research has demonstrated that fat-burning enzymes, sensitive to hormones are activated after the first hour of walk and remain active for 12 hours. Thus, having walks twice a day, a patient activates fat-burning enzyme and accumulative effect

of its activity is achieved. After three months of exercises this man addressed to one of the known medical centers in Houston for the final examination in order to make a decision about grafting. His new angiogram didn't show any signs of previous blood vessel occlusion. He didn't need surgery anymore.

Aerobic exercises contribute in blood pressure lowering, amount of triglycerides and low-density cholesterol, at the same time increasing the level of high-density cholesterol and preventing blood clotting.

The results of a large-scale eight year investigation of more than 84 thousand of nurses are significant. In those who regularly did complex of physical exercises, the risk of heart attack or stroke was 54% less, compared to those women, who had sedentary lifestyle.

CORRECTION OF HYPERHOMOCYSTEINAEMIA IN PATIENTS WITH DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY

L.A. Shadmanova

Tashkent Advanced Training Institute for Doctors

Methods: we determined the level of homocysteine in blood serum by immunoferment method with the help of diagnostic sets of Axis (Norway), content of folic acid by level of methylentetrahydrofolatreductase in blood, content of vitamin B6 was determined by level of its final product 4-pyridoxine acid; the content of B12 in blood was determined by microbiologic method. 40 patients with DE and 10 healthy people were examined by this method.

Results: content of homocysteine in blood more 30 mk.mol/l, to 100 mk.mol/l were in 60% patients, who were treated on reduce of hyperhomocysteinaemia.

By that, we took into account supply level with vitamins B6, B12 and folic acid. Removing of vitamin deficit

made positive influence not only on homocysteine level but on other clinical neurological indices.

Conclusions: 1. In all patients with DE should be studied homocysteine level in blood and take medical measures on removing of hyperhomocysteinaemia.

2. For revealing of hyperhomocysteinaemia cause it should be determined the supply of these patients with vitamins B6, B12 and folic acid.

3. With aim of removing hyperhomocysteinaemia we administered cerebrolysine, having Vitamin B12 and folic acid and we administered Vitamin B6 50 mg per day.

4. Use cerebrolysine and Vitamin B6 to reduce homocysteine in blood, and, by that it improves clinical neurologic indices.

REHABILITATION OF NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE IN OBESSE HYPERTENSIVE PATIENTS MAY BE INDIVIDUALIZED IF ACE (I/D) PPAR- γ 2 (Pro12Ala) GENETIC POLYMORPHISMS ARE TAKEN INTO ACCOUNT AS THE POSSIBLE DETERMINATIVE FACTOR

L.P. Sydorhuk, Y. Yarynych, I.I. Sydorhuk, A. Sokolenko, R.I. Sydorhuk, A.R. Sydorhuk

Bukovinian state medical university

Aim. Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) is frequently associated with abdominal obesity (AO), it includes hepatic steatosis (NAHS) and steatohepatitis (NASH); it can progress in 2-12% to fibrosis and cirrhosis. NASH prevalence in general population is about 10-20%. However, genetic and molecular mechanisms of NASH/NAHS are still unclear and need further investigations. The aim of this study is to analyze the association of NAHS/NASH in hypertensive obese patients with genes' polymorphism of angiotensin converting enzyme (ACE, I/D) and Peroxisome Proliferative Activated Receptor- γ 2 (PPAR- γ 2, Pro12Ala) as a possible target for individualized therapy and rehabilitation.

Material and methods: study covers 110 severe hypertensive (AH) patients with AO I-III grade severity: 80 female and 30 male, mean age 52.9 ± 4.25 ; 17.3% patients with NAHS, 82.7% with NASH. Alleles of genes ACE (I/D) and PPAR- γ 2 (Pro12Ala) were studied with PCR method. AO signs determined according to ATP III, NCEP criteria. Control group included 50 AH and AO patients without NAFLD. Bioethical principles were strictly observed.

StatSoft Statistica® 7.x software package was used for analysis.

Results: analyzed genes genotypes' distribution confirmed the higher probability of NAFLD onset in D-allele (ACE) and Pro-allele (PPAR- γ 2) carriers of moderate-severe AO and AH patients vs II-genotype carriers (73.9% and 80.0% vs 56.0%, $p < 0.000$) and Ala12Ala genotype (100% and 78.4% vs 56.9%, $p < 0.000$). The mutant D-allele and insertion-allele of ACE gene ratio in study and control group didn't differ reliably ($p > 0.05$): for I-allele 46.4% vs 54%, for D-allele 53.6% vs 46% ($p > 0.05$). The frequency of Pro12-genotype in NAFLD patients was 1.3 times higher (OR=1.86, 95% CI=1.10-3.43, $p=0.045$) and 12Ala-genotype -2.7 times less (OR=0.34, 95% CI=0.13-0.84, $p=0.023$) than in control subjects.

Conclusions: pro12Pro-genotype of PPAR- γ 2 gene is a possible causative risk factor of NAHS/NASH in hypertensive obese patients; 12Ala-genotype can play protective role. I/D polymorphism of ACE gene doesn't associate with NAHS/NASH in AH/AO subjects.

INDIVIDUALIZING REHABILITATION MEASURES: ESTIMATING THE 35delG GJB2 GENE MUTATION OF CONNEXIN 26 AND INTERLEUKIN-4 GENE PROMOTER POLYMORPHISM (C-590T) ROLES AS GENETIC PREDICTORS OF NONSYNDROMIC SENSORINEURAL HEARING LOSS AND DEAFNESS IN CHILDREN

L.P. Sydorчук, O.P. Iftoda, I.I. Sydorчук, O.V. Kushnir, R.I. Sydorчук, A.R. Sydorчук

Bukovinian state medical university

Aim: according to WHO prospective datasheet, in 2030, the number of patients with irreversible forms of hearing loss will increase by 30% worldwide. Currently, there are over 500.000 children with hearing loss in Ukraine. Among them, 30.000 have irreversible pathology that cannot be eliminated by rehabilitation and more than 5000 requiring cochlear implantation. The aim of this study was to determine the possible role of several molecular-genetic peculiarities as a possible basis for rehabilitation of children with hearing problems.

Material and methods: to analyze the association of profound hearing loss/deafness in children with the 35delG GJB2 gene mutation of connexin 26 (which defines transmembrane proteins connexin 26 gap junctions activity) and Interleukin-4 (IL-4) gene promoter polymorphism (C-590T) 79 children with nonsyndromic sensorineural or combined conductive-sensorineural profound hearing loss/deafness were examined: 38% (30) boys, 62% (49) girls, average age 10.3±4.52 y.o. Diagnosis was set by routine otorhinolaryngological (ENT) methods: ENT physical examination, computed multichannel audiometry, impedanceme-

try, tympanometry. Homozygous 35delG GJB2 gene mutation and IL-4 gene promoter C-590T polymorphism were studied by PCR. Control group included 40 healthy children. Bioethical principles were strictly observed. StatSoft Statistica® 7.x software package was used for analysis.

Results: 96.2% (76) children of study group had sensorineural hearing loss, 3.8% (3) – mixed conductive-sensorineural. The homozygous deletion "loss of function" mutation (35delG) of GJB2 gene available in 43.0% (34) patients and in 25.0% (10) children in the control group ($\chi^2=3.41$, $p=0.041$). The "wild" C-allele and "mutant" T-allele of IL-4 gene ratio in study group children and healthy did not differ significantly ($p>0.05$): for C-allele 60.6% (48) vs. 62.5% (25), for T allele 39.4% (31) in study group vs. 37.5% (15) in healthy subjects.

Conclusions: hearing impairment in children with nonsyndromic sensorineural hearing loss/deafness associated with homozygous 35delG mutation of GJB2 gene and does not associate with the C-590T polymorphism of IL-4 gene.

COMPARISON OF PLASMAPHERESIS EFFICACY AND COMPREHENSIVE ANTIOXIDANT THERAPY IN PATIENTS WITH COMORBID COURSE OF CHRONIC PANCREATITIS AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

O.O. Ursul, O.S. Khukhlina, L.V. Kaniowska

Bukovinian state medical university

Material and methods: 60 patients with COPD of II stage in the phase of exacerbation and comorbid CP in the phase of exacerbation of a moderate severity. The control group (30 patients) received Thiotropium bromide (18 mg once a day in the inhalation form "Handihaler"), Creon 25 000 UN twice a day, Mebeverin hydrochloride (200 mg twice a day) during 30 days and five sessions of discrete plasmapheresis (exfusion of 1.5 L of blood undergoing centrifugation and returning formed elements with plasma substituting 0.9% NaCl solution 800 ml). The main group (30 patients) received Thiotropium bromide (18 mg once a day in the inhalation form "Handihaler") during 30 days, Rheosorbilact with the aim of detoxication (200.0 ml i/v №5), Serrata, a drug of proteolytic and anti-inflammatory action (10 mg three times a day), Emoxypin (10 ml 1% solution i/v №5, 5 ml 1% solution i/m №10).

Results of the study and their discussion: the obtained results of research in the dynamics of treatment and their analysis are indicative of the fact that under the influence of a comprehensive therapy general patients' condition improved, the signs of COPD and CP exacerbation decreased in both groups practically at the same time; although, elimination of pain syndrome, dyspepsia, and cough in the main group was achieved much quicker – on the 4-5 day of treatment, while in the control group – on the 7-8 day. Considering the fact that the therapy of patients from the second group includes an antioxidant drug, dynamic indices of lipid peroxide oxidation (LPO) and protein oxidation modification (POM) differed reliably from the initial ones in all the terms of observation. Thus, the content of Malonaldehyde in the blood plasma of the first group was in 1.3 less

after treatment ($p<0.05$), at the same time in the second group – in 1.6 less ($p<0.05$) with a reliable difference between the groups ($p<0.05$). More intensive decrease of the isolated bonds content was found in the second group – twice less ($p<0.05$) with normalization of the index, and in 1.7 times in the first group ($p<0.05$). The content of diene conjugates in the blood normalized only in the second group after treatment ($p<0.05$) contrary to the first group, where normalization of the index was not achieved. In the first group decreasing the content of carbonyl derivatives in the blood did not achieve of the standard values, although it decreased in 1.3 times ($p<0.05$), and in the second group this normalization was registered in comparison with initial indices in 2.1 times ($p<0.05$) with availability of further stabilization of the achieved indices. The content of reduced glutathione (RG) in erythrocytes in the second group changed reliably ($p<0.05$) with real normalization of the index, at the same time, these changes of RG in erythrocytes of the first group were not reliable and were only marked by the tendency to increase ($p>0.05$).

Conclusions: 1. A comprehensive therapy of patients with COPD and CP including inhalation therapy with Thiotropium bromide (Spiriva), Serratiopeptidase (Serrata) and Emoxypin promoted decrease of oxidative stress intensity and restoration of antioxidant protection activity. 2. By the degree of correction of nitrosative stress intensity and endogenic intoxication in patients with COPD and CP, the effect of 30-day course of treatment with Serratiopeptidase and 15-day course of Emoxypin is equal with the efficacy of five sessions of plasmapheresis.

APPLICATIONS EEG "MIND BAND" FOR IMPROVING SPORT ACHIEVEMENTS OF RUGBY AND FOOTBALL PLAYERS

A. Usmankhodjaeva, Z. Boltaeva, Sh. Payziyeva

Tashkent medical academy

Research objective: To study efficiency of use of the mobile, wireless EEG "Mind Band" for improving sport performance of rugby players.

Materials and research methods: The physiologic state of 20 rugby players (15 male and 5 female, aged 17-24) were estimated by card test "State of Health, Activity and Mood". The estimation of the level of concentration and attention-switch carried out by Test Schulte and EEG "Mind Band". They also were used for train ability to concentrate attention. It was analyzed brain statuses in case of nonspecific ("alpha" sound stimulation, music) and specific (mental loading-test Shulte) forms of brain activation.

Results: State of level health, activity and mood of sportsmen's were estimated. Low level activity and state of

health comparatively to mood finding in fatigue sportsmen. Improving attention level involves working with a series of twelve tables Shulte each day. Experiment last 10 days. In result of this level of concentration and attention switch improved.

With help "Meditation journal" we've received EEG data- level of graphical changes of 2 parameters: attention and meditation.

EEG "Mind Band" were used for train ability to concentrate (Attention) and simultaneously relax (Meditation) using biofeedback.

It were analyzed brain statuses in case of nonspecific ("alpha" sound stimulation, music) and specific (mental loading-test Shulte) forms of brain activation.

COMPLICATED FORMS OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN

S.R. Yusupova

Tashkent pediatric medical institute

Material and Methods: the study appears in the family polyclinic №50 Tashkent. Under our supervision there were 60 patients with allergic rhinitis children aged 4 to 14 years. All children were held clinical laboratory, allergy and functional examination in accordance with the standards adopted in allergy to verify the diagnosis: collect allergic history, determination of total and allergen-specific IgE, production of skin allergy tests. Also, the surveys were conducted to assess the subjective severity of the clinical manifestations and microbiological studies, endoscopic examination of the nose using a flexible endoscope Olympus, cytological examination of nasal secretions before and after treatment. In 15 (39.2%) patients had different types of deformation of the nasal septum, in 20 (16.7%) - hypertrophy of the tonsils, 8 patients (19.2%) - adenoid razrascheniya different degrees, in 5 (15.0%) - sinusitis, and 13 (10.8%) - hypertrophic and vasomotor rhinitis. It should be noted that of the 60 patients, 28 (23.3%) in the genesis of nasal obstruction lay the only reason, and in 5 (76.7%) was observed polymorphic genesis of the disease.

Results and Discussion: the results of a survey of 50 children with allergic rhinitis revealed that up to 10 prevailed kataralno- edematous form, 15 acute rhinosinusitis, in 20 purulent and 5 adenoid. Of the surveyed group is selected 30 children with ages 4 to 14 years with persistent allergic rinitom- mild, moderate, complicated forms. These patients received monotherapy with fluticasone nasal spray for ages 4 to 7 years 100mcg / day, from 8 to 14 years, 300mcgs / day. The results were evaluated at 3, 7 days or 1 month. The effectiveness of treatment was assessed, followed by pokazatelyam- degree of violation of nasal breathing, the presence of abnormal discharge, local and general somatic symptoms. For an objective evaluation of treatment

outcomes were compared in the groups before and after therapy. Analysis of the dynamics of change of complaints before and after treatment in the first group showed that the nature of the discharge after treatment for 3-4 days is changing, there is mucus, and 5-6 day discharge completely disappear. The same pattern is observed in the other groups, but these effects occur 2-3 days earlier. Manifestations on the part of the nose and paranasal sinuses, such as pain, nasal congestion, fever, disappear for 3-4 days in all groups. Indicator of hearing loss after treatment in the first group did not change, in - the second group decreased from 88.2% to 80.0%. Itching and rhinorrhea in patients in the first and - to the second group after treatment remained unchanged in the third group in the 2-fold decreased, and the fourth group is completely eliminated. Dynamics of changes in objective measures of inspection before and after treatment showed that the patency of the eustachian tube was restored in 62.3%, and the allocation completely disappeared. Hyperemia in the first and second groups of water completely preserved in almost all patients in the third group decreased to 21.3% and in the fourth group decreased to 40.2%.

Conclusion: the results of treatment failed to note the effect of treatment which come within 3 days of treatment. Of the 25 (70%) children good results were obtained in 21 (20%), satisfactory in 4 (10%). Thus, we can conclude that in the arsenal otorinolaringologov a new highly effective method for the treatment of complicated forms of allergic rhinitis. Thus, we conducted observations show that most of the genesis of nasal obstruction polymorphic for which elimination is necessary to conduct a combined surgical treatments. Analyzing the performance duration of remission, came to the conclusion that the duration of remission using combined therapy increased 2.5-3 times.

Реабилитация младенцев, перенесших сепсис <i>А.В. Алимов, А.М. Шамсиев, Д.Т. Раббимова</i>	3	ДЭНС-терапия в комплексном лечении больных поясничным остеохондрозом с синдромом грушевидной мышцы с ишиалгией <i>З.И. Адамбаев, И.А. Киличев</i>	12
Кизил ясси темираткининг сугалсимон формасида адвантан мазини электрофорез билан бирга кўллашнинг самарадорлиги <i>О.Р. Абдамитов, Ш.К. Ахмедов, Ф.Ф. Жураева</i>	3	Эффективность применения лекарственного электрофореза в лечении туберкулезного плеврита <i>Д.Н. Аджаблаева, Н.Т. Маматова, С.А. Ходжаева</i>	12
Алкоголь анозогнозия феномени мавжуд бўлган беморларда аффектив бузилишларни миртел ёрдамида даволаш самарадорлиги <i>А.С. Абдиназаров, З.Ш. Ашууров</i>	4	Особенности физического развития у юных спортсменов <i>Ш.К. Адиллов, Ж. Б. Тохтиев, А.Х. Аширметов</i>	13
Экспертная оценка открытых сочетанных переломов костей у детей <i>Б.А. Абдукаримов, Н.Х. Муродов</i>	4	Наш опыт применения лазеротерапии в комплексном лечении детей <i>М.К. Азизов, А. Шукуров, Ш.Х. Мавлянов</i>	13
К вопросу изучения диагностики лечения и реабилитации сочетанных травм у детей <i>Б.А. Абдукаримов, Н.М. Буранкулова</i>	5	Уровень сывороточных аутоантител к рецепторам нейромедиаторов у больных с эпилепсией <i>Р.Б. Азизова</i>	14
Раннее послеоперационное физиотерапевтическое лечение детей с кистами и свищами шеи <i>О.А. Абдукодиоров, Ш.Г. Худайбердиев, Н.С. Арифжанов</i>	5	Наш опыт применения суппозиторий «полиоксидоний» при лечении и реабилитации ОРВИ у детей <i>Г.А. Азимова, Ш.М. Уралов, Ф.В. Махмудова, М.С. Атаева, М. Жалалова, З. Курбанова</i>	14
Применение немедикаментозных методов в лечении остеоартроза <i>А.Х. Абдуллаев, М.Ю. Алияхунова, Б.А. Аляви, С.К. Нуритдинова, Д.Р. Тагаева</i>	6	Характерные особенности когнитивных потенциалов р300 и нейроиммунологических показателей у больных при идиопатической и симптоматической эпилепсии и их взаимосвязь <i>Р.Б. Азизова</i>	15
Дозированные физические нагрузки и левокарнитин в комплексной реабилитации больных с хронической сердечной недостаточностью <i>А.Х. Абдуллаев, Б.А. Аляви, Д.К. Туляганова, Д.З. Нуритдинова, Д.Р. Тагаева</i>	6	Оценка эффективности физических методов местного воздействия на ожоговые раны <i>А.А. Алексеев, А.Э. Бобровников, В.В. Богданов</i>	15
Комплексная реабилитация больных ранним ревматоидным артритом <i>К.Р. Абдушукурова, Ш.Н. Худойкулова</i>	7	Электроакустическая коррекция слуха для реабилитации тугоухости у детей <i>А.А. Алиев, З.С. Гуломов, К.К. Норов, Х.Х. Шарипов</i>	16
Сочетанное применение нафталана и биоптронтерапии в лечении больных гонартрозом <i>С.Г. Абрамович, Е.А. Семеничева, М.В. Стрежнева, И.Н. Роменюк, Л.С.Шорохова</i>	8	Влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на некоторые параметры тромбоцитарно-сосудистого гемостаза у больных ревматоидным артритом <i>М.Ю. Алияхунова, С.К. Нуритдинова, Р.А. Хакимова</i>	16
Оценка антигипертензивного эффекта комплексной терапии корвитолом и сиофором в реабилитации больных с метаболическим синдромом <i>Т.А. Авазова, Н.М. Хаитова, Х.А. Аширапов, Г.И. Суннатова, Г.Т. Маджидова</i>	8	Влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на показатели коагуляционного гемостаза у больных ревматоидным артритом на этапе реабилитации <i>М.Ю. Алияхунова, С.К. Нуритдинова, Р.А. Хакимова</i>	17
Оптимизация лечения артериальной гипертензии у больных с метаболическим синдромом в реабилитационном периоде <i>Т.А. Авазова, А.Ю. Хайдарова, И.А. Ли</i>	9	Комплексное лечение и реабилитация больных с хроническим пиелонефритом <i>Д.Д. Алимова, Г.Д. Клеблеева</i>	17
Физическая реабилитация больных с вертеброгенными кардиалгиями <i>В.И. Авдеев</i>	9	Вопросы реабилитации после аденомэктомии в зависимости от способов гемостаза <i>С.А. Аллазов, Р.Р. Гафаров, Ф.М. Тухтаев</i>	18
Реабилитация пациенток с аномальными маточными кровотечениями, ассоциированными с гиперпластическими процессами эндометрия <i>Л.Р. Агабабян, Н.И. Тоджиева</i>	10	Эффективность физиотерапии при различных категориях хронического простатита <i>С.А. Аллазов, Н.Н. Нишанов, Х.С. Аллазов</i>	18
Реабилитация больных с ревматическими пороками сердца и неврозоподобными расстройствами <i>М.Л. Аграновский, А.Э. Маликова</i>	10	Эффективность действия L-аргинина на восстановление функции эндотелия в зависимости от степени регургитации у лиц с первичным пролапсом митрального клапана <i>А.Л. Аляви, Г.З. Шодикулова</i>	19
Гипнотерапия в лечении ишемической болезни сердца <i>М.Л. Аграновский, А.Э. Маликова</i>	11	Физическая нагрузка и пролапс митрального клапана <i>Т.Н. Амелина, В.К. Тацук, О.С. Полянская</i>	19
Оптимизация физической реабилитации больных шейным остеохондрозом с миофасциальным болевым синдромом плеча <i>З.И. Адамбаев, И.А. Киличев</i>	11	Сущность реабилитации в профессиональной подготовке будущих магистров по физической реабилитации <i>М.М. Андриец</i>	20

Значение времени «физическая реабилитация» при толковании ученых <i>М.М. Андриец</i>	21	Ранг-баранг темирлатки касаллигидан сунг коладиган иккиламчи депигментация догларни бартараф этишда ультрабинафша нурларининг самарадорлиги <i>Ш.К. Ахмедов, И.Ш. Камалов, Ф.Ф. Жураева</i>	29
Влияние тримебутина малеата на течение соматоформной вегетативной дисфункции у больных с сопутствующим хроническим некалькулезным холециститом и гипертонической болезнью <i>А.А. Антониш, Ю.И. Войткевич</i>	21	Магнитно-резонансная томография у лиц юношеского возраста с синдромом персистирующей вертебралгии <i>Ш.Ч. Ахмедов, А.О. Кобилев, А.М. Рахматов</i>	29
Особенности функционального состояния эндотелия у пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией и хроническим некалькулезным холециститом <i>А.А. Антониш, Ю.И. Войткевич</i>	22	Выбор методов лучевой диагностики дегенеративно-дистрофических поражений позвоночника <i>Ш.Ч. Ахмедов, А.О. Кобилев, А.М. Рахматов</i>	30
Медицинская реабилитация детей с неревматическим кардитом <i>М.Д. Аралов</i>	22	Медицинская реабилитация в комплексном лечении обструктивных уропатий у детей <i>Ю.М. Ахмедов, Ф.Ш. Мавлянов, Ш.Х. Мавлянов, И.Ю. Ахмедов</i>	31
Послеоперационная реабилитация больных, перенесших эндоскопическую эндоназальную полипозомидотомию <i>М.Л. Арипова, М.И. Махмудназаров</i>	23	Биопленкообразование <i>S. aureus</i> при лечении ран у больных с синдромом диабетической стопы <i>С.Б. Ахметова, Г.А. Абдулина, Е.Н. Котенева, А.Б. Николаева, Ж. Сайлау, В.А. Феоктистов</i>	31
Особенности физического развития и физической подготовленности детей республики Беларусь в возрасте 12-16 лет <i>А.Ю. Асташова, Е.Э. Петрова, Е.В. Хроменкова</i>	23	Внедрение ультразвуковой терапии в лечение и реабилитацию больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника на местах в СВП <i>О.Д. Ачилова, Д.Э. Мазина</i>	32
Организационно-методические аспекты преемственности работы экстренной медицинской службы и первичного звена здравоохранения в вопросах реабилитации больных <i>Х.Х. Асомов, М.К. Агзамов, М.Р. Рустамов, Ш.М. Уралов</i>	24	Особенности терапии диуретиками при реабилитации больных хронической сердечной недостаточностью при сахарном диабете II типа <i>З.Б. Бабамуродова</i>	32
Устройство для разработки движений в тазобедренном суставе у детей <i>А.А. Ахтамов</i>	25	Повышение эффективности лечения отомикоза у детей <i>Г.К. Бабаханов, С.А. Юлдашева</i>	33
Результаты медицинской реабилитации у детей с врожденным вывихом бедра <i>А. Ахтамов, А.А. Ахтамов</i>	25	Применение физических факторов в раннем послеоперационном периоде у детей, перенесших пластическую операцию на челюстно-лицевой области <i>Г.Н. Бадалова</i>	33
Внутриполостная лазеротерапия в лечении деструктивных пневмоний у детей <i>И.А. Ахмеджанов, Ю.М. Ахмедов, Ш.Х. Мавлянов, М.А. Норбеков, Ф.Ш. Мавлянов, И.Ю. Ахмедов</i>	26	Комплексное лечение с применением физических факторов пародонтита при сахарном диабете <i>Г.Н. Бадалова</i>	34
Критерии диагностики функционального состояния почек при хроническом пиелонефрите у детей после применения региональной лимфотропной антибиотикотерапии <i>Н.И. Ахмеджанова, Х.М. Маматкулов, Д.Х. Маматкулова</i>	26	Поэтапная реабилитация гипоксических перинатальных повреждений мозга у новорожденных <i>А.К. Базарова, Ш.Т. Исанова, А.Т. Джурабекова</i>	34
Ревматоид артритта чалинган беморларда ҳаёт сифатини яхшилашда реабилитация чора-тадбирларининг аҳамияти <i>Х.С. Ахмедов, Ф.С. Разакова</i>	27	Эффективность комплексной реабилитации больных ревматоидным артритом <i>К.Т. Байжанова, Ш.А. Темиркулова</i>	35
Эффективность ранней реабилитации парентеральной озонотерапией при термических поражениях <i>А.А. Ахмедов, Х.К. Карабаев, К.С. Кенжамуратова, Э.О. Нурбоев</i>	28	Применения депофореза гидроокиси меди-кальция для лечения непроходимых и труднодоступных корневых каналов <i>А.В. Балицкий, О.Ю. Киндрацкая, П.Ю. Островский</i>	35
Значение оптимизации вторичной профилактики у больных ревматоидным артритом в условиях первичного звена здравоохранения <i>Х.С. Ахмедов, М.С. Ахмедова, Г.Х. Садуллаева</i>	28	Реабилитационные мероприятия после удаления длительно находящихся инородных тел в дыхательных путях у детей <i>Ф.Т. Баратов, Ш.Г. Худайбердиев</i>	36
Псориаз касаллигида иккиламчи депигментацияда ультрабинафша нурларини қўллашнинг самарадорлиги <i>Ш.К. Ахмедов, М.Р. Баратова, Н.К. Исломов</i>	28	Псориаз касаллигининг ёзги типига ультрабинафша нурларини рецидивнинг олдини олишда босқичма-босқич қўллаш <i>М. Р. Баратова, Ш. К. Ахмедов, З. К. Амонова</i>	36

Эндоназальный метод электрофореза с 5% раствором тиамин бромид в терапии витилиго <i>М.Р. Баратова, Р.М. Нарзикулов</i>	37	Сурункали пиелонефритга чалинган беморлар қон ивиш тизими ва липидлар алмашинуви кўрсаткичларига шифобахш жисмоний тарбиянинг таъсири <i>С.А. Болтабоев, Т.А. Қўлдошев, С.В. Азизов</i>	46
Результаты апробации комплекса физических упражнений и дыхательной гимнастики среди тубинфицированных детей <i>Л.М. Башарова</i>	37	Лабораторный контроль реабилитации больных с остеопорозом <i>Н.С. Борзова, Д.А. Ахматходжаева, М.И. Азимова, Л.Р. Ша-Ахмедова</i>	47
Оптимизация внешнего дыхания у больных с ожирением в предоперационном периоде <i>Ж. Бегматов, Н. Сулейманова, Б.К. Холбеков</i>	38	Рухий саломатлик потенциалининг асосий мезонидир <i>Ш.А. Боротова, Г.У. Назарова, Ж.М. Худайбердиев, З.В. Юнусова, Н.Э. Мадалинова</i>	47
Эффективность сартанов при артериальной гипертензии у коморбидных больных <i>Ж.А. Бейсенбекова, А.С. Толеуова, Р.Ж. Тойынбекова, З.К. Гусеинова, З.Б. Тауешева</i>	38	Адаптация нервно-мышечного аппарата спортсменов - паралимпийцев к дозированной вибрационной тренировке <i>М.К. Бориц, А.А. Михеев</i>	47
Синдром обстипации у больных с абдоминальным ожирением <i>Ж.А. Бейсенбекова, Д.Ж. Тайжанова, З.Б. Тауешева, З.К. Гусеинова, Р.Ж. Тойынбекова</i>	39	Профилактика и лечение дефектов осанки у детей, занимающихся спортом <i>Д.З. Ботинова, Н.Б. Турсунов</i>	48
Возможности применения pirs для диагностики оксигенации в мышцах и оценки резервного потенциала у юных спортсменов <i>М.Х. Бердиев, А.А. Пайзиев, У.С. Акбаров, И.А. Нусратиллаев</i>	39	Гиёхвандликка қарши кураш - соғлом турмуш тарзи асоси <i>М.М. Бувабеков, Ж.М. Худайбердиев, М.Б. Бойқўзиева, Я.Ф. Усмонова</i>	48
Анализ инвалидизирующей патологии нервной системы у детей гродненской области <i>А.Н. Бердовская, Т.Н. Домаренко</i>	40	Бирламчи тиббий санитария бўғинида бирламчи профилактика ишлари ҳолати даражасини ўрганиш ва сифатини ошириш <i>М.М. Бувабеков, Ж.М. Худайбердиев, М.Б. Бойқўзиева, Я.Г. Усмонова, Ш. Боротова</i>	49
Воспалительный синдром и его ассоциация с гипергомоцистеинемией – факторы отягощения реабилитации больных с ложными суставами длинных костей <i>Ю.А. Бессмертный, В.И. Шевчук, Г.В. Бессмертная</i>	40	Индивидуально - типологические особенности личности спортсменов - игроков <i>Е.С. Булышко</i>	49
Особенности влияния физической нагрузки на клеточное звено системного иммунитета у детей-спортсменов <i>И.Г. Бирюк</i>	41	Диафизарные переломы длинных трубчатых костей у детей, сочетанные с другими повреждениями опорно-двигательного аппарата <i>Н.М. Буранкулова, Ф.А. Кожалепесова, К.У. Кодиров</i>	50
Реабилитация новорожденных, перенесших пролонгированную неонатальную гипербилирубинемию <i>Н.Т. Бобоева</i>	42	Оздоровительный эффект планшетной гидродинамической терапии у спортсменов <i>В.В. Васильева, О.Б. Матвеев, Г.А. Мороз</i>	51
Оптимизация реабилитации больных эхинококкозом головного мозга в послеоперационном периоде <i>М.Н. Бобожонов, Р.Н. Бердиев</i>	42	Эффективность физиотерапевтических процедур при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки <i>Н.А. Вафоева, Х.А. Наимова</i>	51
Изменение физической работоспособности у больных вертеброгенными дорсалгиями при проведении восстановительной терапии <i>Ю.В. Бобрик, В.А. Пономарёв, А.А. Воробьёв</i>	43	Особенности реабилитации эпилепсии с аффективными расстройствами <i>А.С. Велияева, Н.Н. Бердиева, А.А. Курбанов, Т.М. Тураев</i>	52
Перспективы применения средств ароматерапии при регуляции психо-эмоционального и психофизического состояния пациентов <i>Ю.В. Бобрик, А.В. Кулинченко, И.Ю. Тимофеев</i>	43	Психотерапия и ЛФК в реабилитации больных героиновой наркоманией <i>А.С. Велияева, Р. Астаев, Ф.З. Тураев</i>	52
Медико-психологические аспекты реабилитации детей с круглогодичным аллергическим риноконъюнктивитом <i>Н.К. Богуцкая</i>	44	Роль бальнеотерапии радоновыми ваннами в реабилитации больных сахарным диабетом <i>М.В. Вернигородская, В.Ю. Забурьянова, В.С. Вернигородский, Е.В. Дзюняк</i>	52
Нетрадиционные методы лечения больных иммунорезистентным туберкулезом <i>А.В. Бойко</i>	44	Исследование цитотоксичности наноматериалов в тестах in vitro <i>Е.В. Ветчинкина, И.И. Коньева</i>	53
К вопросу центильных характеристик основных показателей физического развития школьников в возрасте 12-16 лет <i>М.Б. Бойкузиева, Г.У. Назарова, Ж.М. Худайбердиев</i>	45	Роль обмена оксалатов в патогенезе хронического обструктивного заболевания легких <i>Е.В. Вилигорская, А.А. Антониив, О.С. Хухлина</i>	53
Физиотерапия в комплексном лечении заболеваний пародонта <i>С.И. Бойцанюк</i>	45	Применение фотоманнитотерапии в комплексном лечении пациентов с ревматоидным артритом <i>Н.В. Войченко, А.В. Волотовская, Н.М. Дугинова</i>	54

Роль лечебной гимнастики в реабилитации детей с дисплазией соединительной ткани и патологией височно-нижнечелюстного сустава <i>О.Н. Высогорцева, Р.К. Якубов, А.А. Бийкузиева</i>	54	Оптимизация управления и мониторинга работы санаторно-курортной организации <i>П.Е. Григорьев, В.В. Ежов, А.В. Оленчук, Д.Л. Гольдберг</i>	63
Роль физических факторов в повышении резервных возможностей юных спортсменов <i>О.Н. Высогорцева, Д.З. Ботирова</i>	55	Дифференцированное применение узкополосного оптического излучения в лечении периферической невропатии <i>П.И. Гузлов, В.В. Кирьянова</i>	63
Гимнастика билан шуғулланувчилар юрак-қон томир тизимининг функционал ҳолатини баҳолашнинг самарадорлиги <i>З.Ю. Газиева</i>	55	Цитокиноterapia хронических риносинуситов <i>З.С. Гуломов, А.С. Симбирцев, Ю.К. Янов</i>	64
Физическое состояние детей школьного возраста <i>З.Ю. Газиева, М.Ш. Мурадова</i>	56	Лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита гексикон – гелем <i>С.С. Гулямов, Ф.Х. Якубова, Г.Р. Шукурова, О.А. Пулатов, Д.М. Каримов</i>	65
Динамика острой воспалительной полиневропатии на фоне лечения под контролем электромиографии <i>А.А. Гайбиев, А.Т. Джурбекова, Ш.Т. Ниёзов</i>	57	Качество жизни детей с экстремально низкой массой тела при рождении <i>Л.Н. Гурина</i>	65
Динамика кристаллообразующих свойств ротовой жидкости при лечебном воздействии низкоинтенсивного лазерного излучения с длиной волны 658 нм <i>О.В. Гармаш, Е.Н. Рябokonь</i>	57	Оценка эффективности применения липоевой кислоты при лечении больных диабетической полинейропатии <i>З.К. Гусеинова, Д.Ж. Тайжанова, З.Б. Тауешева</i>	65
Лечение больных с псевдоартрозами плечевой кости и их реабилитация <i>Ф.А. Гафуров, И.П. Уринбоев, Ж. Искандаров</i>	58	Оценка эффективности лечения язвенной болезни при применении ингибитора протонной помпы – энзимопразола <i>З.К. Гусеинова, Д.Ж. Тайжанова, З.Б. Тауешева</i>	66
Уровень интерлейкина 10 у пациентов с впервые диагностированным туберкулезом легких <i>А.А. Герман, В.П. Шаповалов</i>	58	Улучшение работы по физической реабилитации и оздоровлению студенческой молодежи в спортивных секциях в процессе физического воспитания <i>Н.О. Давыбиди, Д.В. Козак, В.Б. Коваль</i>	67
К вопросу контроля функционального состояния дыхательной системы дошкольников с нарушениями центральной нервной системы в условиях физической реабилитации <i>М.Н. Глуценко</i>	59	Реабилитационные возможности спелеотерапии в комплексном лечении при бронхиальной астме <i>А.А. Давидян, Н.Р. Аралов, К. Абдиев, П. Зикриллаева</i>	67
Сравнительная характеристика состояния системы кровообращения и ее вегетативной регуляции легкоатлетов с глубокими нарушениями зрения со здоровыми высококвалифицированными спортсменами <i>В.К. Гонестова, Е.М. Титова, О.В. Ильина, К.В. Концевая, Д.С. Игнатюк</i>	59	Метаболизм оксида азота при острых нарушениях мозгового кровообращения по ишемическому типу <i>Х.М. Даминова, У.А. Шамсиева</i>	68
Эпидемиологические и клинические особенности течения гастроэзофагеальной болезни у больных негоспитальной пневмонией <i>О.Е. Голояд</i>	60	О необходимости специализированной подготовки лыжников-спринтеров в республике Беларусь <i>Н.А. Демко, И.В. Листопад, Т.С. Асиповская</i>	68
Изменения функционального состояния эндотелия у больных хроническим холециститом и холестерозом желчного пузыря в динамике лечения розувастатином <i>И.Б. Горбатюк, И.В. Трефаченко, О.С. Хухлина, К.В. Ганина</i>	60	Нервный механизм постхолецистэктомических дискинезий желчевыделения <i>Т.Д. Дехканов, С.Т. Хужабоев, З.М. Рахманов</i>	69
Применение метода смт-фореза лечебного рассола санатория «УВА» в терапии дорсопатий <i>Ю.В. Горбунов, А.Е. Шкляев, А.И. Пелин, М.А. Урбан, П.И. Четвериков</i>	61	Оценка функционального состояния слизистой оболочки полости носа до и после лечения низкочастотным ультразвуком у больных аллергическим ринитом <i>Д.Р. Джаббаров, У.И. Жумашов</i>	69
Место биологических регуляторов (пептидов) в комплексе лечения пациентов с нестабильной стенокардии на этапе реабилитации <i>А.Э. Горбунов</i>	61	Гнойные риносинуситы у больных с железодефицитной анемией <i>Д.Р. Джаббаров, Н.А. Расулова, Г.К. Бабаханов, К.М. Абдуллаев</i>	70
Использование методов физической реабилитации студентов вузов функциональными нарушениями осанки <i>С.И. Горodinский</i>	62	Сурункали бруцеллез касаллигида реабилитация, диспансеризация ўтказиш <i>Н.А. Джалалова, И.А. Қосимов, Б.И. Бўрибоева</i>	70
Психодиагностика в физической реабилитации студенческой молодежи с патологией позвоночника <i>С.И. Горodinский</i>	62	К вопросу организации и режима питания детей-спортсменов <i>Х.Х. Джалилов, Н.Б. Турсунов</i>	71

Роль физической реабилитации при восстановлении репродуктивной функции у женщин, перенесших воспалительные заболевания гениталий <i>Б.А. Джуманов, И.Ж. Жумаев, Г.П. Исраилова</i>	71	Профилактика обострений хронических заболеваний гениталий <i>Н.И. Закирова, Ф.И. Закирова, В.Э. Курбаниязова, З.Т. Кабилова</i>	81
Неврологические аспекты реабилитации врождённых вывихов бедра у детей <i>А.Т. Джурабекова, А.А. Ахтамов, Ф.М. Аскарлов</i>	72	Некоторые вопросы изучения эффективности физиотерапевтических процедур в лечении ранних токсикозов беременных <i>Ф.И. Закирова, Г.С. Каримова, З.Т. Кабилова</i>	82
Гирудотерапия в комплексном лечении хронической ишемии мозга <i>А.Т. Джурабекова, С.З. Хакимова, Ф.М. Расулова</i>	72	Реабилитация женщин, перенесших преэклампсию <i>Н.И. Закирова, М.М. Матлюбов, Н.Н. Шаваз</i>	82
Современные методы профилактики диабетической нефропатии у подростков с сахарным диабетом I типа <i>З.А. Джураева, Х.Т. Хамраев, Н.Л. Бабаева</i>	73	Лазеротерапия в комплексном лечении больных с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами <i>С.Х. Захидова, Х.Х. Асомов, Г.А. Хайдаров, К.Р. Тагаев</i>	83
Реабилитация новорожденных с перинатальными энцефалопатиями <i>К.Р. Дильмурадова</i>	73	Наш опыт лазерной терапии в детской хирургии <i>С.Х. Зохидова, Х.Х. Асомов, Х.К. Карабаев, А.А. Улугмуродов</i>	83
Качество жизни у больных артериальной гипертонией под влиянием комплексной магнитотерапии <i>А.Ю. Долбилкин, С.Г. Абрамович</i>	74	Психотерапевтическая коррекция в период реабилитации обожженных больных <i>Н.Х. Зиганишина, М.С. Ашурова</i>	84
Факторы риска и особенности течения физиологической гипербилирубинемии у доношенных новорожденных <i>Ф.А. Дониёрова</i>	75	Актуальные проблемы эрготерапии в неврологии <i>А.А. Зимин, Н.А. Суненева</i>	84
Динамика состояния больных с острым нарушением мозгового кровообращения, перенесших двухстороннюю каротидную энтертеректомию <i>Ш.Б. Дусчанов, М.О. Матякубов</i>	75	Иммунореабилитационные методы в минимизации рецидивов бронхиальной астмы <i>Ш.Х. Зиядуллаев, Н.Р. Аралов, Г.Ф. Фазилова, Ш.М. Тошиназаров</i>	85
Результаты оценки приверженности населения методам физиопрофилактики <i>В.В. Ежов, Ю.И. Андрияшек</i>	76	Эффективность иммунокорригирующей терапии при бронхиальной астме <i>Ш.Х. Зиядуллаев, М.Ш. Рофеев, А. Насирова, З.С. Исметдинова, Д. А Дилова</i>	85
К вопросу превенции психических и поведенческих расстройств <i>С.З. Ешимбетова</i>	76	Сочетанное применение иммуномодулина и токоферол ацетата в иммунореабилитации респираторных аллергозов <i>Ш.Х. Зиядуллаев, Х.Н. Тураев, М.М. Хайдаров, С.А. Арипов, О.А. Сиддиков</i>	86
Вертеброген неврологик касалликларни комплекс даволашда тракцион методнинг самарадорлиги <i>М.Т. Жаббаров, И.А. Қиличев, Н.Ю. Худайбергенов</i>	77	Иммунореабилитация бронхиальной астмы у подростков <i>Ш.Х. Зиядуллаев, А.А. Давидьян, М.В. Закиева, З.Ш. Назарова, М.Ш. Рофеев</i>	86
Качество жизни как критерий эффективности программ реабилитации <i>Е.А. Жармухамбетов</i>	78	Улучшение эффективное лечения больных с хроническим обструктивным бронхитом в условиях сельского врачебного пункта <i>И.Д. Зияева, Ж.М. Худайбердиев, М.Б. Бойкузиева, З.В. Юнусова, Я.Г. Усманова</i>	87
Комплексные реабилитационные программы при эндопротезировании тазобедренного сустава <i>Е.А. Жармухамбетов</i>	78	Послеоперационная реабилитация и отдаленные результаты склеротерапии солитарных кист почек у детей <i>С.Б. Зуннунов, Х.А. Саттаров, Р.Ж. Юсупов</i>	87
Лечебная гимнастика в предоперационной подготовке больных с патологией щитовидной железы <i>С.Ш. Жониев, А.У. Рахимов, А.С. Бабажанов, У. Аралов, Б.К. Холбеков</i>	79	Реабилитационные мероприятия у детей с рахитом <i>Ш.М. Ибатова, А.Я. Язданов, М.Р. Джаббаров, Ю.М. Рустамова, М.А. Урунова</i>	88
Эффективность применения физиотерапевтических процедур при пародонтите у табаководов <i>У.Ж. Жуматов, Н.Ш. Назарова</i>	79	Электрофорез остеорегенераторных препаратов при травматических повреждениях лицевого скелета <i>Д.Д. Ибрагимов, Д.У. Фозилова, Ж.У. Фозилов</i>	88
Опыт лечения атопического дерматита с сахарным диабетом I типа у взрослых <i>М.Г. Жуматова</i>	80	Роль современных инновационных технологий в физической реабилитации <i>Е.Ю. Ибрагимов</i>	89
Особенности курации спортсменов со «спортивной грыжей» <i>Г.М. Загородный, А.С. Ясюкевич, А.М. Шамко</i>	80	Роль здоровьесберегающего пространства в процессе подготовки специалистов по физической реабилитации <i>Л.С. Ибрагимова</i>	89
Оценка эффективности реабилитации детей со сколиозом методом термографии <i>Т.Н. Зайцева, А.Г. Куликов</i>	81	Влияние вредных факторов производства синтетических моющих и чистящих средств на клинко-функциональные показатели полости рта рабочих <i>Ф.И. Ибрагимова, У.Ж. Жуматов, Г.Э. Идиев, А.А. Саидов</i>	90

Изучение особенности течения беременности и микроэлементного состава крови у матерей новорожденных детей с гиз для разработки антенатальной профилактики <i>Ш.А. Ибрагимова, О.С. Ташибаев, Б.Б. Инакова, Г.Т. Нуритдинова, А.Э. Маликова</i>	91	Эндо-экологическая реабилитация при уратной нефропатии у детей в условиях жаркого климата <i>Д. Ишкабулов, А. Ахматов, Н.Н. Холова</i>	100
Изучение особенностей взаимосвязи микроэлементов в пуповинной крови у недоношенных детей для профилактики гипоксическо -ишемических энцефалопатий <i>Ш.А. Ибрагимова, О.С. Ташибаев, Б.Б. Инакова, Г.Т. Нуритдинова, А.Э. Маликова</i>	91	О совершенствовании специализированной педиатрической нефрологической службы <i>Д. Ишкабулов, А. Ахматов, Ю.А. Ахматова</i>	101
Показатели клеточного звена иммунитета у детей с острым тонзиллофарингитом при различных этиологических факторах <i>Л.А. Иванова, И.Б. Горбатюк</i>	92	Лечение и ранняя разработка смежных суставов при диафизарных переломах плечевой кости аппаратом илизарова с учетом средне-ротационного положения плеча <i>Р.Ж. Ишкабулов</i>	101
Гематологические критерии оценки функционального состояния спортсменов высокой квалификации на различных этапах годичной подготовки <i>Н.Н. Иванчикова, А.И. Нехвядович, А.Н. Будко</i>	93	Реабилитация больных с калькулезным пиелонефритом единственной почки <i>Б.Т. Ишмурадов, З.Р. Шодмонова, Н.А. Бобокулов, М.Х. Меликова, Б.У. Бекмуродов</i>	102
Тактика ведения детей с судорогами различного генеза <i>С.С. Игамова, А.Т. Джурабекова, Ф.С. Хамедова</i>	93	Сравнительный анализ эффективности физических методов лечения в комплексной терапии больных ревматоидным артритом <i>Н.Н. Ишанкулова</i>	102
Инновации в когнитивной технологии реабилитации постинсультных больных <i>Д.П. Изюмов, Г.А. Изюмова</i>	94	Пути совершенствования экстракции катаракты и реабилитации больных после операции <i>А.М. Кадирова, С.А. Бабаев, М.Х. Окмаматова, С.Б. Хамрокулов</i>	103
Новая системно-ориентированная модель нейropsихосоциальной реабилитации постинсультных больных в условиях приаральского региона Республики Узбекистан <i>Д.П. Изюмов, Г.А. Изюмова</i>	94	Опыт применения simt-терапии в реабилитации лиц с мозговым инсультом <i>И.В. Калёнова, Н.В. Богдановская</i>	103
Роль системно-интегративного психофизиологического подхода в реабилитации постинсультных больных <i>Д.П. Изюмов, Г.А. Изюмова</i>	95	Физическая реабилитация шейного остеохондроза <i>Ё.А. Камалова, З.Ф. Мавлянова</i>	104
Особенности неврологического статуса у недоношенных новорожденных с гипоксическо-ишемической энцефалопатией <i>Б.Б. Инакова, О.С. Ташибаев, Ш.А. Ибрагимова, Д.С. Косимова, Г.Г. Азизова, А.Э. Маликова</i>	95	Физическая реабилитация поясничного остеохондроза позвоночника <i>Ё.А. Камалова</i>	104
Изучение взаимосвязи некоторых микроэлементов в крови у недоношенных новорожденных с гипоксическо-ишемической энцефалопатией для дальнейшей коррекции <i>Б.Б. Инакова, О.С. Ташибаев, Ш.А. Ибрагимова, Д.С. Косимова, Г.Г. Азизова, А.Э. Маликова</i>	96	Распространенность флеш-синдрома среди студентов азиатской национальности г. Алматы <i>Б.Б. Камалова, Л.Б. Абилова, Ш.Д. Давутова</i>	105
Рекомендации по организации систематических занятий спортом, направленных на профилактику нарушений в состоянии здоровья и травматизма <i>Л.И. Исакова, Ж.А. Камиллов</i>	96	Общая воздушная криотерапия как элемент санаторно-курортного лечения у лиц с высоким нормальным артериальным давлением <i>Д.Л. Камека, А.А. Федотченко</i>	105
Функциональное состояние почек у больных с ХСН II-III фк по результатам клиничко- лабораторных исследований <i>Б.Г. Исаханов, Б.А. Аляви, Н.Х. Исаханова</i>	97	Оценка физической подготовленности детей общих дошкольных образовательных учреждений <i>Р.Т. Камилова, Л.М. Башарова</i>	106
Лечебная физкультура как эффективный метод реабилитации при сахарном диабете <i>М.А. Искандарова, Ш.И. Рузиев</i>	97	Характеристика профессиональной направленности, склонностей и интересов учащихся спортивных школ <i>Р.Т. Камилова, Л.М. Башарова</i>	106
Экспертные критерии временной нетрудоспособности в офтальмологии <i>М.А. Искандарова, А.И. Искандаров</i>	98	Применение лакто флор в комбинированном лечении больных папилломатозом гортани <i>Х.Э. Карабаев, Х.Х. Авлиёкулов</i>	107
Изменение функции внешнего дыхания на этапе физической реабилитации у больных хронической сердечной недостаточностью I-II фк <i>К.А. Исламова</i>	98	Результаты ранней реабилитации тяжелообожженных в пожилом и старческом возрасте <i>Б.Х. Карабаев, Х.К. Карабаев, К.Р. Тагаев, Х.А. Исаков</i>	107
Периферик нерв тизим касалиги бўлган болалар тиббий реабилитациясида фармакопунктура усулини қўллаш <i>З.Н. Исмаилов, Э.М. Мирджураев</i>	99	Опыт лечения рекомбинантным человеческим гормоном роста низкорослых детей <i>Н. Каримова, Б.А. Юлдашев</i>	108
Иглорефлексотерапия в комплексном лечении астено-невротического синдрома у больных с дисциркуляторной энцефалопатией <i>З.О. Исмати, А.Т. Джурабекова, С.З. Хакимова</i>	99	Исследование биохимических и морфологических сдвигов в щитовидной железе крыс при дискретном обеспечении йодом <i>Ш.Ф. Каримова, З.К. Зиямудитдинова, У.Л. Султонходжаев, Г.О. Исмаилов</i>	109
Применение лазерной терапии в лечении больных с хроническим простатитом <i>А.М. Ишанкулов, З.Р. Шодмонова, Н.А. Бобокулов, Б.Т. Ишмурадов, У.М. Мансуров</i>	100	Эффективность применения препарата с протеолитической активностью при межпозвоночных грыжах <i>К.С. Каршиева, Н.М. Файзуллаева, М.М. Дусмуратова</i>	109

Художественная гимнастика и её значение для развития и формирования здоровья девочек <i>К.С. Каршиева, Д.У. Суярова, Д.М. Куйлиева</i>	109	Комплексный подход к лечению поясничных дискозов <i>И.А. Киличев, Н.Ю. Худайбергенов, А.К-М. Омаров</i>	119
Обоснование приоритетов профилактических мероприятий по гриппу и острой респираторной инфекции среди населения г. Ташкента <i>И.А. Касымов, Д.М. Атамухамедова, Н.А. Джалалова, Н.Х. Отамуратова</i>	110	Применение лекарственного электрофореза при лечении пародонтита <i>О.Ю. Киндрацкая, А.В. Балицкий, О.П. Перебеинос</i>	119
Профилактика, раннее выявление инфекционных заболеваний, динамическое наблюдение сельского населения Ташкентской области <i>И.А. Касымов, С.И. Ульмасова, Ш.Ш. Шомансурова</i>	110	Совершенствование методов реабилитации больных бронхиальной астмой на амбулаторном этапе лечения <i>Г.Д. Клеблеева, Н.С. Ходжиева</i>	120
Одномоментная абдоминопластика с герниопластикой у больных с ожирением III-IV степени <i>С.А. Кан, К.Э. Рахманов, А.А. Эгамбердиев, Р.Р. Азимов</i>	111	Индикаторы качества жизни больных бронхиальной астмой в аспекте медицинской реабилитации <i>Г.Д. Клеблеева, Д.Д. Алимова</i>	121
Образовательные технологии при подготовке спортивных врачей <i>Г.П. Касымова</i>	111	Опыт применения метода «скандинавской ходьбы» в реабилитации больных инфарктом миокарда <i>О.О. Князюк, Т.Л. Амосова, Е.В. Кривошекова</i>	121
Инновационные технологии в спортивной медицине <i>Г.П. Касымова</i>	112	Принципы восстановительного лечения грыж межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника <i>А.О. Кобилев, Ш.Ч. Ахмедов, А.А. Ражабов</i>	122
Ортомоллекулярная терапия как базисная медицина в спорте высших достижений <i>Г.П. Касымова</i>	113	Принципы медицинской реабилитации больных с позвоночно-спинномозговой травмой <i>А.О. Кобилев, Ш.Ч. Ахмедов, А.А. Ражабов</i>	122
Применение метода ударно-волновой терапии в лечении и реабилитации воспалительных процессов при экспериментальном атеросклерозе <i>Г.М. Касимова, Б.Б. Утемурастов, Р.М. Шарипова, Х.У. Рахматуллаев</i>	113	Реабилитация часто болеющих детей в амбулаторных условиях <i>Е.А. Конюх</i>	123
Значимость определения активации цитокинов при ревматоидном артрите <i>Г.М. Касимова, Х.Х. Абдуллаев, Р.М. Шарипова, С.Т. Усанова</i>	114	Медицинская реабилитация в системе медицинской помощи населению республики Беларусь <i>А.В. Копыток</i>	124
Основные причинно-следственные факторы развития патологического процесса при гименолепидозе <i>И.А. Касымов, М.С. Шоисломова, Ш.Ш. Шомансурова</i>	115	Оценка эффективности применения магнитотерапии как компонента комплексного лечения коксартроза с использованием диагностических возможностей термографии <i>В.Г. Крючок, В.Г. Леценко, Л.А. Малькевич, Ю.О. Лисковская, Н.Ф. Согомонян</i>	124
Основные факторы, влияющие на эффективность профилактики гельминтозов у детей в Узбекистане <i>И.А. Касымов, М.С. Шоисломова, Ш.Ш. Шомансурова</i>	115	Гипергомоцистеинемия и ее связь со статусом витаминов B ₉ и B ₁₂ у пациентов с антифосфолипидным синдромом <i>И.П. Кувикова, С.В. Шевчук</i>	125
Медикаментозный и немедикаментозный подходы к лечению ожирения в климактерии <i>Д.Т. Каюмова</i>	115	Профилактика и противорецидивная терапия острых и хронических пиелонефритов у детей <i>М.П. Кудратова, Ш.М. Набиева</i>	125
Сексуальная функция женщин в контексте качества жизни в позднем репродуктивном и перименопаузальном периодах <i>Д.Т. Каюмова</i>	116	Деформацияланувчи остеоартроз билян огриган беморлар реабилитациясининг узига хос хусусиятлари <i>Ф.М. Куйлиева, Х.Д. Махмудова, А.К. Курбанов</i>	126
О применении массажа в трудах ученых средневекового востока <i>Ю.Д. Каюмова</i>	117	Возможности физиотерапии при детском церебральном параличе <i>А.Г. Куликов, Н.А. Кочеткова</i>	127
Роль санитарного просвещения в комплексной реабилитации больных туберкулезом пожилого и старческого возраста <i>А.А. Ким, А.Ф. Асатуллаев, С.А. Ходжаева, У.Д. Пардаева, М.А. Саидова</i>	117	Усовершенствованный метод регенерации плазмы крови больных гнойным холангитом <i>З.Б. Курбаниязов, С.С. Давлатов, К.Б. Саидмуродов</i>	127
Эффективность применения иглотерапии в комплексе лечения артериальной гипертензией у больных с дисциркуляторной энцефалопатией <i>О.А. Ким, З.Ф. Мавлянова, С.И. Индияминов</i>	118	Реабилитация постабортного периода гормональным контрацептивом <i>М.З. Курбаниязова, Г.Б. Арзиева, З.З. Аскарова</i>	128
Применение иглотерапии в сочетании с лазеротерапией в комплексном лечении неврита лицевого нерва <i>О.А. Ким, З.Ф. Мавлянова, Н.Н. Юсупова</i>	118	Особенности лечения артериальной гипертензии у лиц пожилого возраста <i>З.П. Курбанова, Г.З. Шодикулова</i>	129
Реабилитация больных с пороками сердца после абдоминального родоразрешения <i>О.В. Ким, М.М. Матлубов, Э.Г. Хамдамова</i>	118	Особенности реабилитационных мероприятий больных шизофренией с длительными стойкими нарушениями психической деятельности <i>Ч.А. Кучимова, И.Ш. Хурсанов, Р.Б. Хаятов</i>	129

Повышение качества оказания медицинской помощи часто болеющим детям в условиях первичного звена медицинской помощи
С.Х. Лапасов, Л.Р. Хакимова, М.Ш. Лапасова,
Д.Х. Абдухамидова

Лазеротерапия больных гайморитом в амбулаторных условиях
Е.М. Ларионова

Локальная и общая газовая криотерапия в спорте
М.Л. Левин, Л.А. Малькевич, О.А. Ярошевич

Коррекция показателей гемостаза у больных нестабильной стенокардией при использовании низкоинтенсивного лазерного излучения в реабилитационном периоде
И.А. Ли, А.Ю. Хайдарова, Т.А. Авазова

Анализ различных направлений улучшения психофизического состояния студентов
А.В. Лукавченко

Тепловизионная объективизация рефлексотерапии нейропатии лицевого нерва
В.А. Лукашевич, С.М. Манкевич

Особенности диагностики и реабилитации тревожных расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга
Ш.Ш. Магзумова

Алкоголга қарам аёлларда антисоциал ҳуқ шаклланишига олиб келувчи конституционал-биологик ва ижтимоий омилларни интеграл баҳолаш
Ш.Ш. Магзумова, Г.Д. Тешабаева

Особенности определения дискинезии билиарного тракта у больных стеатозом печени
Н.Э. Мадаминиова, Г.У. Назарова, Т.З. Джумабоев,
Ш.Б. Нурдинов, М.Б. Бойкузиева, Ш.А. Боротова,
М.М. Рахматова

Роль физиотерапии в лечении гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей и костей у детей
Ф.Ш. Мавлянов, Ю.М. Ахмедов, Ш.Х. Мавлянов,
И.А. Ахмеджанов, И.Ю. Ахмедов

Новые подходы в реабилитации диффузных заболеваний соединительной ткани
А.Г. Мадашева, У.Д. Дададжанов, К.М. Абдиев,
Ф.Х. Маматкулова

Зрительные расстройства у детей с детским церебральным параличом
Ё.Н. Маджидова, И.К. Абдукадырова

Роль своевременной противоотечной терапии в комплексном лечении больных с перинатальным поражением нервной системы
Ё.Н. Маджидова, Ф.У. Сафарова

Здоровый образ жизни как общественная парадигма
Ш.Ф. Мажидов, Д.А. Орипова

К вопросу о распространении восточных единоборств
Ш.Ф. Мажидов, Д.А. Орипова

Реабилитация больных с хронической ишемией мозга в зависимости от этиологического фактора
Ё.Н. Маджидова, Д.Д. Усманова

Актуальность проблемы сколиоза у школьников
Д.Э. Мазимова, К.М. Саломов

Клинико-нейрофизиологические аспекты детской абсансной эпилепсии
Х.Н. Максудова, М.А. Мустафакулов

130 Эффективность препарата пирацетам «интегра»
Х.Н. Максудова, Ш.Ш. Дадамухамедова, М.Н. Ханова

131 Реабилитация больных инфарктом миокарда с психическими расстройствами
А.Э. Маликова, М.Л. Аграновский

131 Психопатологические расстройства при хронических нарушениях мозгового кровообращения
А.Э. Маликова, М.Л. Аграновский

132 Влияние общей аэрокриотерапии на психоэмоциональное состояние студентов-медиков
Л.А. Малькевич, М.Л. Левин

132 Некоторые особенности реабилитации больных с опухолью головного мозга в послеоперационном периоде
А.М. Мамадалиев

133 Особенности реабилитации больных, оперированных по поводу удаления грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника
А.М. Мамадалиев, М.А. Алиев, С.А. Мамадалиева

133 Эффективность методов физиотерапии при хронических неспецифических заболеваний легких
Х.М. Маматкулов, О.А. Шарипова, Д.Х. Маматкулова, Н.И. Ахмеджанова

134 Возможности применения ультразвуковой терапии у больных с инфильтративным и диссеминированным туберкулезом в фазе распада
Н.Т. Маматова, А.А. Ким, С.А. Ходжаева, Д.Н. Аджаблаева

134 Этиопатогенетический анализ поясничного радикулярного синдрома
Ч.Б. Маматханова

134 Неврологический статус новорожденных, рожденных от матерей с эпилепсией
М.С. Мамбеткаримова

135 Влияние парвертебральной миорелаксации сегментов С₃-Th₈ в водной среде на оперативное функциональное состояние спортсменов
О.Б. Маметова

135 Магнитолазерорефлексотерапия и фармакоакупунктура в реабилитации больных с туннельной невропатией срединного нерва
С.М. Манкевич, А.П. Сиваков, В.А. Лукашевич,
Л.В. Подсадчик, Т.И. Грекова

136 Терапевтическая эффективность оригинального противосудорожного препарата карбамазепина у больных с компульсивным влечением к никотину
С.А. Маннабов

136 Характерологические особенности женщин с зависимостью от табака
С.А. Маннабов

137 Динамика показателей состава тела у студентов при индивидуальном построении занятий физической культурой с использованием средств ОФК
Т.В. Маринич, В.В. Маринич, В.А. Лукьянович

137 Гиперреактивность бронхов у юных спортсменов-подростков (гребля на байдарках и каноэ) как возможный фенотип бронхиальной астмы
В.В. Маринич, Ю.Л. Мизерницкий, В.В. Шантарович,
Е.Г. Каллаур

138 Анализ иммуноотропности пелоидотерапии
Н.В. Мамбеева, О.Б. Мамбеев, А.В. Мамбеев

138 Умуртқалараро диск чурраларини иглорефлексотерапия ва медикаментоз даволаш самарадорлигини клиник - неврологик усуллар билан баҳолаш
М.О. Мамёкубов

138

139

139

140

140

141

142

142

143

143

144

144

145

145

146

147

147

148

Реабилитация больных с ожирением и недостаточностью кровообращения после абдоминального родоразрешения <i>М.М. Матлубов, А.А. Семенухин, О.В. Ким</i>	148	Реабилитация часто и длительно болеющих респираторными заболеваниями детей раннего возраста <i>Л.А. Мухаммадиева, Х.М. Маматкулов, Г.А. Мелиева, О.А. Шарипова, Д.Х. Маматкулова, Н.О. Тураева, Ш.С. Бахраниов</i>	158
Иммунологические аспекты при воспалительных заболеваниях полости рта у детей с острым герпетическим стоматитом <i>Д.Э. Махкамдова, Д.Х. Хаджаева, А.Ю.Юлдашев</i>	149	Развитие спортивной медицины в Республике Узбекистан <i>Н.С. Мухамедова</i>	159
Послеоперационная реабилитация больных с искривлением перегородки носа <i>М.И. Махмудназаров, А.А. Алиев, С.Г. Мехмондустов</i>	149	Вопросы реабилитации инвалидов вследствие ишемической болезни сердца <i>А.И. Мухиддинов, Г.Т. Маджидова, Ф.О. Хасанжанова</i>	159
Разработка вопросника для диагностики и оценки эффективности терапевтической реабилитации пациентов с преждевременной эякуляцией <i>А.Т. Махмудов, У.А. Абдуфаттаев, Ж.Ф. Алиджанов, Д.Х. Мирхамидов, Ф.А. Акилов</i>	150	Эффективность применения флоксадекса при консервативном лечении больных хроническим гнойным средним отитом у детей <i>У.Б. Мухитдинов, Т.Ш. Шавкатов</i>	160
Структур - основа базисной терапии заболеваний суставов <i>М.С. Махмудова, Н.А. Нармухамедова</i>	150	К вопросу о реабилитации детей с фибротораксом <i>К.М. Мыкыев, А.Ж. Самсалиев, К.Б. Молдоисаев</i>	160
Низкоинтенсивная лазеротерапия в комплексном лечении эхинококкоза печени <i>Ф.О. Мизамов, К.Р. Тагаев, И.Ш. Шоназаров</i>	151	Реабилитация детей с эхинококкозом лёгкого <i>К.М. Мыкыев, Т.О. Омурбеков, А.Ж. Самсалиев, К.Б.Молдоисаев, У.Ш. Шакирова</i>	161
Эффективность реабилитации больных с постинсультным тревожно-депрессивным синдромом <i>Э.М. Мирджурев, А.Р. Сагатов</i>	151	Жигарнинг алкохол таъсирида зарарланишини иккиламчи профилактикаси <i>Г.У. Назарова, М.Б. Бойқўзиёва, Я.Г. Усмонова, Ж.М. Худойбердиев, З.В. Юнусова, Д. Мирмунинова, З.Ш. Назарова</i>	161
Роль абсорбциометрии в реабилитации больных при остеопоретических болях в спине <i>Э.М. Мирджурев, Д.Х. Акилов</i>	152	Повышение качества профилактической работы кормящим женщинам в условиях семейной поликлиники <i>Г.У. Назарова, М.Б. Бойқўзиёва, Я.Г. Усмонова, М.М. Рахматова, З.В. Юнусова, З.Ш. Назарова, Д. Мирмунинова</i>	162
Разработка методов реабилитации больных с поясничными радикулопатиями <i>Э.М. Мирджурев, Ч.Б. Маматханова</i>	152	Ультразвукофорез гидрокартизоновой мази в комплексном лечении пародонтита у табаководов <i>Н.Ш. Назарова, У.Ж. Жуматов</i>	162
Модель профессиональной подготовки специалистов по физической реабилитации к работе со спортсменами <i>В.Д. Мойсюк</i>	153	Оценка эффективности периндоприла у больных с артериальной гипертензией на начальном этапе реабилитации <i>М.Х. Назирова, М.М. Эрназарова, И.А. Рузматова, Д.А. Эгамбердиева</i>	163
Составляющие модели подготовки квалифицированного реабилитолога <i>В.Д. Мойсюк</i>	154	Влияние лечебной физкультуры на качество жизни больных остеоартрозом <i>Х.А. Наимова</i>	163
Использование рапы сакского соленого озера для лечения трофических дефектов кожи <i>Г.А. Мороз, О.В. Маркович, Н.В. Матвеева</i>	154	Новый подход в лечении онихомикозов <i>Р.М. Нарзикулов, Д.М. Абдуллаев</i>	164
Роль нейровизуализации и комплексного лечения при опухолях больших полушарий мозга <i>Д.С. Муродова, Г.А. Алиходжаева, М.М. Ахмедиев</i>	155	Применение электрофореза в лечении хронической экземы <i>Р.М. Нарзикулов, Д.М. Абдуллаев</i>	164
Реабилитация больных после оперативного вправления врожденного вывиха бедра <i>У.К. Муродов, Э.Ш. Жаббаров, А.А. Эргашев, Ш.З. Ишонкулов</i>	156	Применение диадинамотерапии в лечении вазомоторного ринита <i>М.Т. Насретдинова, С.И. Индиаминов, Н.Ж. Хушвакова, О.Н. Кодиров</i>	165
Роль реабилитационного лечения в профилактике рецидива миомы матки <i>Н.Д. Муратова, Ш.А. Зулфарова, Д.С. Юлдашева</i>	156	Медико-социальная реабилитация детей раннего возраста с нарушениями слуха <i>М.Т. Насретдинова, Ф.А. Нурмухамедов, О.Н. Кодиров, А.И. Болтаев</i>	165
Медицинская реабилитация больных с травмой печени <i>И.Б. Мустафакулов, З.Г. Ганиев, А.А. Авазов, З.И. Жаббаров, З.И. Набиев</i>	157	Реабилитация репродуктивной функции женщин после кесарева сечения <i>З.А. Насирова</i>	166
Реабилитация больных с послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки <i>И.Б. Мустафакулов, Х.Ж. Самиев, С.Х. Захидова, З.И. Жаббаров, А.А. Авазов, З.И. Набиев</i>	157	Болаларда миелитларни даволаш усуллари <i>Ш.Т. Ниёзов, А.Т. Джуррабекова</i>	166
Влияние полиоксидония на факторы защиты при реабилитации детей с хроническим бронхитом <i>Л.А. Мухаммадиева, Х.М. Маматкулов, Г.А. Мелиева, О.А. Шарипова, Д.Х. Маматкулова, Н.А. Тураева</i>	158	Современные аспекты профилактики и реабилитации больных с различными нарушениями слуха <i>Ш.Р. Ниёзов, Л.А. Каратаева, У.Б. Мухиддинов, М.М. Хасанов</i>	167

Влияние смеси глицина, пролина и аскорбиновой кислоты на содержание продуктов перекисного окисления липидов в плазме крови кроликов в динамике экспериментального инфаркта миокарда

*М.К. Нишантаев, З.К. Зиямудинова,
У.Л. Султонходжаев, Х.Н. Акбарходжаева*

О целесообразности применения нейропротекции при ранних и отдаленных последствиях легкой черепно-мозговой травмы

Н.У. Норкулов, А.Ш. Шодиев, С.Н. Норкулов

Клинико-эпидемиологические особенности доброкачественной гиперплазии простаты в регионе приаралья

Т.Ю. Нуралиев, У.А. Худайберганов

Оптимизация дородовой подготовки беременных с хроническим бронхитом путем применения методики дыхательной гимнастики

*Л.И. Нургалиева, Ж.А. Иманбаева, С.Т. Оспанова,
Р.Ж. Сансызбаева, Н.Ж. Джардахалиева, Э.Е. Мухаметова*

Возрастные особенности жировой дистрофии печени

*Ш.Б. Нурдинов, Г.У. Назарова, Т.З. Джумабоев,
Н.Э. Мадаминова, Ш.А.Боротова, Ж.М. Худойбердиев*

Опыт применения препарата инфлюцид для профилактики орви у детей, посещающих детские дошкольные учреждения

*О.Ф. Нурманова, Ш.М. Уралов, М.С. Атаева,
Ф.В. Махмудова, Ю.М. Рустамова*

Эффективность применения электросонотерапии при нейроциркуляторной дистонии по гипертензивному типу

Л.А. Нурматова

Заместительная гормональная и фитоэстрогенотерапия в сочетании с физиопроцедурами в реабилитации женщин с эстрогендефицитным состоянием

А.И. Нурмухамедов, А.Х. Абдуллаев, А.К. Турсунбаев, М.Ш. Тургунова, Д.К. Султанова

Оценка эффективности восстановительного массажа, как средства повышения физической работоспособности спортсменов при повторных нагрузках

К.А. Нурмухамедов, З.Ж. Исомиддинов, Н.Ш. Усмоналиева

Эффективность комплексного лечения в

реабилитации больных с дисменореей

*А.И. Нурмухамедов, А.Х. Абдуллаев, Д.К. Султанова,
Ж.Г. Ачилова, М.Х. Назирова*

Неврологические показатели у детей с врождёнными

пороками сердца в послеоперационном периоде

М.А. Нурмухамедова, Н.А. Ибрагимова

Внедрение профилактики артериальной гипертензии через протоколы ПЕН ВОЗ

Н.А. Нармухамедова, Ш.А. Хусинова

Клинико-анамнестические особенности эпилепсии у детей с наследственными заболеваниями

Н.А. Окилжонова

Клинико-биохимические и нейрофизиологические особенности больных с прогрессирующей мышечной дистрофией дьюшенна/беккера в Узбекистане

У.Т. Омонова

Комплексное лечение неосложненных проникающих переломов позвонков в грудно-поясничном отделе

О.Р. Ортиков, Э.Ш. Жабборов, А.А. Эргашев

Иммунный и микроэлементный статус при

аутоиммунных заболеваниях щитовидной железы

Ф.О. Оспанова, Х.Т. Хамраев, Н.Л. Бабаева

Контроль инфекций, передаваемых половым путём среди

женщин предоставляющих социальные услуги, их

профилактика и реабилитация

Н.Х. Отамуратова, И.А. Касымов, Д.М. Атамухамедова, Е.М. Осипова

Возможности использования комплексного

реабилитационного подхода к больным,

употребляющим психоактивные вещества

У.У. Очилов, Ф.З. Тураев, Д.У. Каршиева

Особенности реабилитации вич-инфицированных потребителей психоактивных веществ с психическими нарушениями

У.У. Очилов, Р.М. Кубаев, Х.Р. Абдуназарова

Показатели состояния сердечно – сосудистой системы у подростков – каратистов

Е.А. Пак

Клеточная пролиферация при синдроме раздраженного кишечника в процессе СМТ-бальнеотерапии

*А.С. Пантюхина, А.М. Корепанов, Е.Л. Баженов,
Е.Г. Мальцева, А.А. Сапегин*

Пролонгированная эпидуральная аналгезия в комплексе лечения больных с острым коронарным синдромом

Ш.К. Пардаев, Б.К. Холбеков, С.С. Гойибов

Роль психосоциальной реабилитации в исходе лечения

больных туберкулезом

*У.Д. Пардаева, С.А. Ходжаева, Д.Н. Аджаблаева,
Н.Т. Маматова*

Сравнительный анализ компонентного состава массы тела у представителей женского футбола и хоккея различных амплуа

Е.Э. Петрова, А.Ю. Асташова, И.А. Юрина

Патогенетические аспекты вирусологических вариантов хронического гепатита “С”

Т.В. Печеницына, А.Х. Хайруллина, Г.З. Арипходжаева

Реабилитация при отравлениях фосфорорганическими инсектицидами

Л.В. Пириева, Х.Х. Якубов, Б.Н. Абдуллаев

Изменения системного иммунитета при травматической болезни в аспекте реабилитации посттравматических больных

И.М. Плегуча, Р.И. Сидорчук, А.М. Плегуча

Роль пробиотиков в программе комплексной реабилитации больных туберкулезом

*Е.В. Подвербецкая, В.П. Шаповалов, О.Я. Подвербецкий,
А.А. Сака*

Коррекция нарушений осанки как одно из направлений учебно-воспитательной работы с младшими школьниками, имеющими тяжелые нарушения речи

В.В. Подгорная

Влияние рефлексотерапии и гирудорефлексотерапии на течение заболевания у больных артериальной гипертензией

Л.В. Подсадчик, А.П.Сиваков, С.М. Манкевич, Т.И. Грекова

Изменения электрокардиограммы у спортсменов

О.С. Полянская

Влияние гипокситерапии на динамику метаболического синдрома у пациентов с гипертонической болезнью

С.А. Помосов, Н.И. Максимов

Эффективность методики мануальной терапии в коррекции цереброваскулярных расстройств

В.А. Пономарев, Ю.В. Бобрик, Л.В. Андриук

Использование динамики содержания ретикулоцитов и их субпопуляций различной степени зрелости в контроле подготовки высококвалифицированных спортсменов

В.С. Пранович, А.И. Нехвядович

Мониторинг физической и психической работоспособности в

годовом цикле в академической гребле

М.Н. Радкович, В.В. Маринич

Результаты компьютерно-томографических исследований у

больных с хронической ишемией головного мозга на фоне

сахарного диабета в сочетании с артериальной гипертензией

*Б.Н. Раимкулов, Х.Б. Раимкулова, К.Б. Раимкулова,
Н.А. Бхат, Р.Б. Нуржанова, Г.Ж. Жакенова,
С.М. Саржанова*

Клинические и кт- томографические проявления ишемического инсульта Х.Б. Раимкулова, К.Б. Раимкулова, Б.Н. Раимкулов, Н.А. Бхат	187	Организация донорского движения в г. Караганде Л.Е. Сабирова, Л.Г. Филатова, Д.Р. Омарова, Г.А. Абдулина, А. Сабирова	197
Иммунологические изменения и пути их коррекции у больных с хроническим гнойным синуситом Н.А. Расулова, Д.Р. Джаббаров	187	Эпизодические и хронические формы головной боли напряжения у детей Г.К. Садикова, С.А. Нарбекова	197
Влияние пролонгированной премедикации на состояние показателей гемодинамики в послеоперационном реабилитационном периоде А.У. Рахимов, А.С. Бабажанов, С.Ш. Жониев, И.Л. Шарипов, С.С. Маллаев	188	Спастическая форма дцп со вторичными генерализованными эпилепсиями Г.К. Садикова, С.М. Хамидова	198
К вопросу о предоперационной реабилитологии А.У. Рахимов, Л.Х. Исанкулова	188	Неврологические проявления при гипотиреозе Р.М. Самибаев, Н.Н. Мамурова, Н.Г. Саломов	198
Мактаб ўқувчилари ўсмир қизлар ўртасида репродуктив саломатлик бўйича олиб борилган тадбирлари М.М. Рахматова, Г.У. Назарова, А.Ш. Боратова	189	Реабилитационные аспекты эпилепсии у детей с учетом лекарственного мониторинга Ф.Н. Самадов, Ш.Х. Саидазизова, З.Д. Саидазизова	198
Молекулярные механизмы нарушения деструкции мембран при экспериментальном атеросклерозе Х.У. Рахматуллаев, Г.М. Касимова, Р.М. Шарипова, С.Т. Усанова, Б.Б. Утемуратов	189	Реабилитационно-терапевтические мероприятия детей с эпилепсией Ф.Н. Самадов, Н.М. Туляганова, З.Д. Саидазизова	199
Эффективность ранней реабилитации инсульта Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Т.Б. Тоджидинов, М.О. Исрофилов	190	Вертеброгенные боли (дорсалгия): терапия и реабилитация Р.М. Самибаев, У.Р. Хушмурадов, А.Т. Холмуродов	199
Реабилитация больных инвалидов перенесших триходесмотоксикоз Р.А. Рахмонов, М.Т. Ганиева, Т.В. Мадаминова	190	Сосудистые заболевания при метаболическом синдроме Р.М. Самибаев, Н.Н. Мамурова, У.Х. Самибаева, Ф.Х. Усмонова	200
Формы мотивации у лиц с алкогольной зависимостью, протекающей с феноменом одиночного пьянства А.И. Рашидов, Д.П. Ким	191	Особенности реабилитации больных, перенесших инсульт Р.М. Самибаев, И.Н. Мамурова, З. Исроилова	200
Применение дальнего узкоспектрального инфракрасного излучения в лечении спортивных травм З.И. Рихсиев	191	Метаболически и генетически обусловленные нейропатии у больных сахарным диабетом Р.М. Самибаев, И.Н. Мамурова, З.М. Баширов	201
Показатели центральной гемодинамики у спортсменов с учетом процентного содержания жира А.П. Романчук, И.С. Мунтян, В.Г. Тодорова	192	Функциональные нарушения перенесших нейроинфекции и основные принципы медицинской реабилитации У.Х. Самибаева	201
Медицинская реабилитация больных с острым панкреатитом П.Н. Рузиев, Ф.О. Мизамов, К.Р. Тагаев	193	Реабилитация при миастении А.С. Самиев, Р.М. Самибаев, Г.И. Шодиев	202
Клинические случаи нормализации уровня артериального давления после изменений в питьевом режиме И.Т. Руснак	193	Вертеброгенные спондилогенные радикулопатии - диагностика и реабилитация А.С. Самиев, Р.М. Самибаев, А.Ш. Юлдашева	202
Оценка эффективности ступенчатой антибиотикотерапии острого бронхита у детей в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий, по материалам СФРНЦЭМП М.Р. Рустамов, Ш.М. Уралов, Ф.Р. Шакаров, Ф.О. Турсунов, Б.А. Турсунова	194	Психологическая реабилитация больных, перенесших острый инфаркт миокарда на поликлиническом этапе реабилитации У.Б. Самиев, С.Х. Ярмухамедова	202
Лазерные технологии в комплексном лечении больных с генерализованным пародонтитом хронического течения Е.Н. Рябоконь, Ю.А. Черепинская	194	Новые подходы к лечению, профилактике и реабилитации больных детей с рецидивирующим стенозирующим ларинготрахеитом Г.У. Самиева, Н.Ж. Хушвакова, С.И. Индияминов	203
Влияние вектор-терапии на уровень противовоспалительного цитокина ИЛ-4 при лечении больных с генерализованным пародонтитом Е.Н. Рябоконь, Ю.А. Черепинская	195	Физическая реабилитация психосоматических больных Н.К. Сарбаева, М.Л. Аграновский	203
Перекисное окисление липидов у постинсультных больных на этапах реабилитации А.Р. Сагатов	196	Комплексное физиотерапевтическое лечение первичных болевых синдромов при сочетанных патогенетических вариантах шейного остеохондроза А.Р. Саттаров, Ш.Ч. Ахмедов, А.О. Кобилев, И.С. Машиарипов	204
Оценка эффективности озонотерапии при возрастной макулярной дегенерации Д.Б. Сабирова, Ф.У. Каландаров, Г.Э. Тулакова	196	Характер вегетативной регуляции во взаимосвязи с уровнем соматического здоровья у юных футболистов Д.С. Сафарбеков, И.Р. Мавлянов, А.А. Усманходжаева	204

Методические основы нормирования нагрузки в оздоровительной физической культуре <i>Н.К. Светличная</i>	205	Тактика лечения пациентов с контурными деформациями губ после инъекционной пластики <i>Н.О. Султанова, А.А. Копыльцов, Ю.А. Степанова, М.В. Кадырова, Д.С. Ломброзо</i>	215
Дифференцированное развитие двигательных способностей детей с ограниченными возможностями здоровья <i>Н.К. Светличная</i>	205	Магнитолазерная терапия больных гипертонической болезнью I-II стадии <i>И.И. Султонов</i>	216
Использование когнитивного модуляции для улучшения остроты зрения у спортсменов младшего и среднего возраста <i>Т.Б. Сикирицкая, М.А. Карличук, И.Г. Бирюк, А.П. Кучук</i>	206	Сурункали простатитни даволашда физиотерапевтик муолажаларнинг роли <i>И.Т. Султанов, Р.С. Ярашов</i>	216
Формирование здоровьесберегающей компетентности будущих специалистов по физической реабилитации <i>В.В. Скоропадский</i>	207	Комплексное применение фармакопунктуры и тракционной терапии у пациентов с неврологическими проявлениями шейного остеохондроза <i>Е.А. Суцены</i>	217
Инновационные направления здоровьесберегающих технологий в процессе формирования здорового образа жизни современной молодежи <i>В.В. Скоропадский</i>	207	Оценка эффективности медико-психологической коррекции и реабилитации беременных с нейроциркуляторной дистонией <i>В.Г. Сюсюка</i>	217
Определение основных количественных показателей постральной устойчивости спортсменов игровых видов спорта (футбол, хоккей на траве) на различных этапах спортивного становления <i>Е.Ф. Скрипка</i>	208	Оптимизация реабилитации беременных с венозной патологией <i>В.Г. Сюсюка, Н.Ф. Шапран, И.А. Нечухаева, Д.В. Серболов</i>	218
Социально-психологические аспекты реабилитации больных туберкулезом <i>В.И. Сливка</i>	208	Медицинская реабилитация ожоговых реконвалесцентов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата <i>К.Р. Тагаев, И.Б. Мустафакулов, Б.М. Шакиров, Х.Ж. Самиев, З.И. Жаббаров, Р.Р. Азимов</i>	218
Лечебная тактика при сочетанной закрытой травме селезенки у детей <i>Х.М. Соаткулов, А.А. Улугмуратов, А.С. Юсупов, С.О. Маматов, А.Р. Исломов, Д.К. Нармурадов</i>	209	Эффективность применения бактериофагов период реабилитации при стафилококковых энтероколитах у детей раннего возраста <i>Б.М. Таджиев, Н.Р. Якубова, Р. Усманов, С. Мусоев</i>	219
КВП шароитида аҳоли орасида вирусли гепатит касаллигини олдини олиш чога тадбирлари <i>Д.Т. Содиқова, Я.Ғ. Усмонова, М.Б. Бойқўзиева</i>	210	Диспансеризация и реабилитация больных, перенесших вирусный гепатит «В» и «С» <i>Б.М. Таджиев, Х.Н. Ибрагимова, М.Н. Даминова, М.М. Мирсмаилов, Д.У. Каримова</i>	220
Сроки реабилитации детей с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями <i>Т.В. Сорокман, С.А. Сокольник</i>	210	Особенности электронейромиографических показателей у больных с осевыми деформациями позвоночника <i>М.М. Таджиев, Х. Раимкулова, З. Хайитов</i>	220
Реабилитация детей, проживающих в условиях действия малых доз радиации <i>Т.В. Сорокман, С.В. Сокольник, Н.Г. Гингуляк, Л.В. Швыгар</i>	211	Влияние концентрированного импульсного света на уровень спонтанных провоспалительных цитокинов при лечении экспериментальной хронической обструктивной болезни легких <i>Ю.Х. Таджиходжаева, Ю.Д. Каюмова</i>	221
Развитие фрустрационной толерантности у футболистов различного возраста <i>Я.Л. Сороколит</i>	211	Мактабгача ёшдаги болаларда координацион қобилиятини оширишда гимнастик машқларни қўллаш самарадорлиги <i>Н.Н. Тажиева</i>	221
Анализ молекулярно-генетических маркеров, определяющих предрасположенность к постменопаузальному остеопорозу <i>Л.С. Сосна</i>	212	Цитокиновый профиль больных остеoarтрозом с коморбидными патологиями при лечении диацереином <i>Е.В. Танас</i>	221
Роль патогенетической терапии в реабилитации больных туберкулезом органов дыхания <i>В.А. Степаненко, М.М. Юрчук, И.В. Еременчук</i>	212	Оценка суточного мониторингирования артериального давления у лиц, проживающих в регионах с жарким климатом <i>З.Б. Тауешиева, Д.Ж. Тайжанова, З.К. Гусеинова, Ю.Л. Романюк, А.О. Холошенко</i>	222
Критерии эффективности реабилитации инвалидов с дегенеративно-дистрофическими болезнями позвоночника <i>Л.А. Сторожук, Г.В. Бессмертная, Т.В. Довгалюк</i>	213	Оценка физиотерапевтического лечения больных анкилозирующим спондилоартритом <i>Л.Х. Ташинова</i>	223
Оксид азота в регуляции функций пищеварительного тракта <i>А.Н. Страколист, А.В. Голубенко</i>	214	Развитие внебольничной пневмонии у больных ибс с бессимптомной гиперурикемией в период ранней реабилитации <i>Э.Н. Ташкенбаева, Х.А. Ашрапов, С.А. Арипов, Р.З. Мирзаев, Г.А. Абдиева, Ф.Ш. Кадырова, А.О. Лоханов, Ф.Ш. Камиллова, Б.А. Муранов</i>	223
Влияние разработанной программы физической реабилитации на мозговую кровоток у лиц с артериальной гипертензией <i>О.А. Суджаева, С.Г. Суджаева, Т.С. Губич, Н.А. Казаева</i>	214	Состояние липидного и пуринового обменов у больных с ишемической болезнью сердца в период их реабилитации <i>Э.Н. Ташкенбаева, Д.Х. Тогоев, Б.С. Касимова, Ф.О. Хасанжанова, Ф.Ш. Кадырова, С.А. Арипов, Р.З. Мирзаев, Г.А. Абдиева</i>	224
Мониторинг внутрибрюшного давления как средство определения эффективности лечебной дыхательной гимнастики <i>Н. Сулейманова, Д. Бегматов, А.У. Рахимов, А.А. Муминов</i>	215	Прогностическое значение санаторной реабилитации пожилых пациентов с артериальной гипертензией, перенесших инфаркт миокарда <i>Ш.А. Темиркулова, К.Т. Байжанова</i>	224

Клиника аффективных расстройств и зависимость от алкоголя <i>Г.Д. Тешабаева, О.У. Зияев</i>	225	Препаратов рекомбинатного интерферона в лечении и иммунореабилитации острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей <i>Ф.О. Турсунов, Л.М. Гарифуллина, М.Б. Жалолова, З.А. Курбанова</i>	235
Клинические особенности больных с алкогольными психозами <i>Г.Д. Тешабаева, Б.А. Аликулов</i>	225	Коротковолновые слуховые вызванные потенциалы в дифференциальной диагностике тугоухости у детей <i>С.Ш. Турсунхужаева, О. Ольбарсов</i>	236
Повторное оперативное вмешательство при удалении грыжи межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника <i>Б.Т. Тияяков, Х.А. Тияяков, Ф.М. Аскарлов</i>	226	Абу Али ибн Сино о реабилитации больных с респираторной патологией <i>А.М. Убайдуллаев</i>	237
Общие принципы реабилитации пациентов после удалении грыжи дисков поясничного отдела позвоночника <i>Б.Т. Тияяков, Х.А. Тияяков</i>	227	Клиническая характеристика туберкулёза на фоне хронических неспецифических заболеваний легких у детей <i>Х.Н. Убайдиллаев, Х.М. Хакбердиев, М.А. Саидова, С.Ш. Бойсинов</i>	237
Комплексная реабилитация больных после оперативного лечения с использованием эндолумбальной инсуффляции озона <i>Б.Т. Тияяков, Х.А.Тияяков</i>	227	Использование метода озонотерапии при лечении хронической обструктивной болезни легких <i>К.М. Убайдуллаева</i>	238
Результаты восстановительного лечения пациентов с хроническим гингивитом при применении эфирного масла <i>И.Ю. Тимофеев, Ю.В. Бобрик</i>	228	Включение методов электрогимнастики мышц грудной клетки в комплексную терапию хронической обструктивной болезни легких <i>К.М. Убайдуллаева</i>	238
Применение в период реабилитации больным стабильной стенокардией напряжения корректоров эндотелиальной дисфункции <i>Д.Х. Тогаев, Э.Н. Ташкенбаева, Б.С. Касимова, Ф.Ш. Кадырова, Б.А. Муранов, С.А. Арипов, Р.З. Мирзаев, Г.А. Абдиева, А.О. Лахонов, Ф.Ш. Камилова</i>	228	Реабилитация больных с переломами локтевого отростка <i>А.Д. Узоков, Ж.Т. Тухтаев, Б.Ю. Маматов, К.А. Кулдашев</i>	238
Роль фермента метаболизма ксенобиотиков глутатион-S-трансферазы в течении токсических гепатитов и перспективы реабилитации у больных химиорезистентным туберкулезом <i>Л.Д. Тодорико</i>	229	Медицинская реабилитация детей с кровотечениями при портальной гипертензии <i>А.А. Улугмуратов, Х.М. Соаткулов, Д.К. Нармурадов, С.О. Маматов, А.Р. Исломов, А.С. Юсупов</i>	239
Ингаляционное введение противотуберкулезных препаратов у больных туберкулезом легких с сопутствующим поражением гепатобилиарной системы <i>Л.Д. Тодорико, И.А. Семьянин, Т.И. Ильчишин</i>	230	Қутуриш касаллигининг эпидемиологик ахамияти ва профилактикаси <i>С.И. Улмасова, И.А. Қосимов, Ш.Ш. Шомансурова</i>	239
Эффективность физиотерапевтических методов лечения больных ревматоидным артритом <i>Э.С. Тоиров, М.М. Эргашова, Ш.Н. Худойкулова</i>	230	Выявление факторов риска развития бронхиальной астмы у детей, перенесших бронхообструктивный синдром для разработки реабилитационно-профилактических мероприятий <i>С.С. Умарова, Ш.М. Уралов, Ф.О. Турсунов, Д.К. Шамсуддинова, М.Э. Гафурова</i>	240
Влияние транскраниальной электростимуляции мозга на болевой синдром <i>Ф.М. Туляганова, Ф.И. Хамрабаева</i>	231	О применении небулайзеротерапии при лечении и реабилитации детей с бронхообструктивным синдромом <i>С.С. Умарова, Ш.М. Уралов, Д.К. Шамсуддинова, Г.А. Азимова, А.Р. Алиев, Г. Хасанова</i>	240
Оптимизация функции обменных микрососудов лимфатических узлов крыс после хронического отравления <i>З.Б. Тунгушбаева, Д.К. Айдарбаева</i>	231	Роль врачебно-физкультурных диспансеров в охране здоровья спортсменов <i>У.М. Умарова</i>	241
Болаларда сон сунги синишларида консерватив даволашдан сўнги реабилитация <i>Б.Т. Тураев, З.М. Якулов</i>	232	Оценка эффективности применения суппозиторий генферон-лайт в терапии острого бронхолита у детей раннего возраста <i>Ш.М. Уралов, Д.Ю. Ахмедова, М.А. Урунова, Ф.Р. Шакаров, Б.Х. Тожиев, О. Кудратов</i>	241
Бош мия жароҳатлари асоратларини тиббий реабилитациясида физиотерапевтик усулларга эҳтиёжлик <i>А.Т. Турдиев</i>	232	Изучение осложнений развившихся у детей после проведения искусственной вентиляции легких для их профилактики и разработки реабилитационно-восстановительных мероприятий <i>Ш.М. Уралов, Ф.Р. Шакаров, О.Б. Кудратов, Б.Х. Тожиев, А.Р. Алиев, Ф.О. Турсунов</i>	242
Использование ультразвуковой терапии при хронической пневмонии у детей <i>Н.О. Тураева, Х.М. Маматкулов, Ф.Х. Маматкулова</i>	233	Физиофункциональное и артроскопическое лечение импинджмент синдрома плечевого сустава <i>П.У. Уринбаев, С.А. Жангиров, И.П. Уринбаев, М.С. Климичев</i>	243
Реабилитация женщин с климактерическим синдромом заместительной гормональной терапией в сочетании этилметилгидроксипиридин сукцинатом <i>М.Ш. Тургунова, А.И. Нурмухамедов, А.Х. Абдуллаев, Б.А. Аляви, Р. Бекмурова</i>	234	Болаларда тирсак буғими ва билак суяклари жароҳатланишларида даволаш ва реабилитация муолажаларини қўллаш <i>П.У. Уринбоев, Ф.М. Аскарлов, И. Жураев, М.М. Дониёров</i>	243
Бел умуртқалари остеохондрозини тиббий реабилитациясида физиотерапевтик усулларни самарадорлиги <i>А.Т. Турдиев</i>	234	Восстановительное лечение застарелых вывихов головки лучевой кости у детей <i>П.У. Уринбоев, Н.Ф. Эранов, Ш.Н. Эранов</i>	243
Наш опыт диагностики и лечения «теннисного локтя» <i>Н.Б. Турсунов, Г.Б. Турсунов</i>	235	Реабилитация больных после невралгии лицевого нерва с учетом пол и возраста <i>М.Б. Уринов</i>	244

Исследование влияния гуморальных воспалительных факторов на изменение морфофункциональных параметров сердца при хронической сердечной недостаточности
С.Т. Усанова, Р.М. Шарипова, Г.М. Касимова,
Х.У. Рахматуллаев, Б.Б. Утемуратов

Значение реабилитации у новорожденных, перенесших позднюю геморрагическую болезнь
М.Ф. Усманова, А.Б. Хамидова, М.Б. Нозимова

Реабилитация больных с сахарным диабетом II типа
Д.Д. Усманова, М.И. Таирова

Ахоли орасида ошқозон яра касаллиги асоратларни олдини олиш тадбирлари
Я.Г. Усмонова, Г.У. Назарова, М.Б. Бойқўзиева

Использование метода ударно-волновой терапии в лечении и реабилитации воспалительных процессов при ревматоидном артрите
Б.Б. Утемуратов, Г.М. Касимова, Х.У. Рахматуллаев,
Р.М. Шарипова

Эффективность интенсивной лечебной физкультуры при ювенильном ревматоидном артрите у детей
А.Н. Файзиев

Физиотерапевтические методы в комплексной реабилитации детей с заболеваниями органов дыхания
А.Н. Файзиев

Состояние опорно-двигательного аппарата и адаптации сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам студентов ГБОУ ВПО «ИГМА»
И.Р. Фатыхов, В.В. Брындин, В.И. Авдеев

Современная физиотерапия – эффективный лечебный метод
А.А. Федотченко

Аспекты лечения катарального гингивита физиотерапевтическими методами
А.И. Фурдычко, М.П. Ильчишин

Оздоровительный или валеологический аспект проблемы физической реабилитации студенческой молодежи
И. Хавруняк

Характерные особенности показателей мр-трактографии при хронической ишемии мозга у больных с умеренно-когнитивными расстройствами
Д.Т. Хаджаева, Д.К. Хайдарова, Н.К. Хайдаров

Влияние различных типов лечения на холинергическую и FAS – опосредованную систему у больных хронической ишемией мозга с умеренными когнитивными расстройствами
Д.Т. Хаджаева, Д.К. Хайдарова, Н.К. Хайдаров

Влияние психологического тренинга на стрессоустойчивость и копинг-механизмы в стрессовых ситуациях
Г.Ш. Хайдарова, Н.Д. Мирджураева

Сравнительная оценка эффективности терапии ранних нарушений углеводного обмена в сочетании с модификацией образа жизни
С.Н. Хайдаров, А.Н. Нарбаев

Распространённость сахарного диабета II типа и ранних нарушений углеводного обмена взрослого населения
С.Н. Хайдаров, А.Н. Нарбаев

Оптимизация методов лечения когнитивных нарушений у больных с хронической ишемией мозга
Д.Т. Хаджаева, Д.К. Хайдарова

Реабилитационные мероприятия при лечении носового кровотечения у больных острым лейкозом
А.А. Хайитов, М.Т. Насретдинова, Ф.С. Абдусаматов,
Ш.К. Шоимардонов

244 Лечение хронических невритов слуховых нервов с применением иглорефлексотерапии
А.А. Хайитов, Ф.А. Нурмухамедов, М.Т. Насретдинова,
А.Э. Шодиев

245 Показатели физического развития детей, занимающихся легкой атлетикой
У. Хайруллаев

245 Эффективность хирургического лечения в комплексной терапии больных с распространенным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких
Х.М. Хакбердиев, М.А. Саидова, Ф.С. Куйсунув,
Х.Н. Убайдиллаев, С.Ш. Бойсинов

246 Медицинская реабилитация тяжелообожженных, перенесших полиорганную недостаточность
Э.А. Хакимов, Х.К. Карабаев, Б.Х. Карабаев, К.Р. Тагаев

246 Хирургическая реабилитация больных с послеожоговыми нарушениями функции опорно-двигательного аппарата
Э.А. Хакимов, Ш.С. Шаханов, Х.С. Некбаев, Ж.Ш. Карабаев

247 Особенности лечебной физкультуры при невропатии лицевого нерва
С.З. Хакимова, Д.С. Шомуратова

247 Состояние репродуктивного здоровья девушек, занимающихся регби и футболом
У. Халикова, И. Джамалутдинова, Ю. Машарипова

248 Роль небиволола в профилактике и реабилитации нарушений внутрисердечной гемодинамики у больных хронической сердечной недостаточностью
Ф.И. Халметова

248 Анализ нейросонографических исследований у новорожденных с острым нарушением мозгового кровообращения
Ф.С. Хамедова, А.Т. Джурабекова, С.С. Исамова

249 Реабилитация новорожденных, перенесших транзиторную ишемию миокарда
А.Б. Хамидова, М.Ф. Усманова

249 Ўткир ости ларингитнинг ривожланиши жараёнида хикилдоқ маҳаллий эндокрин аппаратининг ҳолати
Ф.М. Хамидова

250 Реактивные свойства эндокриноцитов гортани при остром ларингите
Ф.М. Хамидова, С.А. Блинова

250 Эффективность применения долгит крема с физиотерапевтическими процедурами
Ф.И. Хамрабаева, Л.И. Юлдашева, С.Р. Кадирова

251 Применение транскраниальной электростимуляции в терапии больных с эрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
Ф.И. Хамрабаева, Д.А. Султанова, С.Р. Кадирова

251 Применение омега-3 жирных кислот в профилактике нервно-психических нарушений при врожденном гипотиреозе
Х.Т. Хамраев, В.А. Ким, Д.Х. Хамраева

252 Ранняя диагностика и лечение послеродовых инфекционных заболеваний
Л.К. Хамраева, С.Т. Джурабекова

252 Опыт применения суточного непрерывного мониторингирования глюкозы в клинической практике
Д.Х. Хамраева, Х.Т. Хамраев, Н.Л. Бабаева

253 Эффективность физиотерапевтических процедур в комплексном лечении больных анкилозирующим спондилоартритом
Н.А. Хамраева

Реабилитация больных после травматических поражений периферических нервов <i>М.М. Хасанов, И.Б. Эргашев</i>	263	Оптимизация комплексного лечения хронического тонзиллита <i>Н.Ж. Хушвакова, Ю.Н. Исакова, У.К. Нуралиев, Ш.Т. Кайсаров</i>	272
Эндоскопическая хирургия при кистах верхнечелюстных пазух <i>С.А. Хасанов, М.Г. Бобохонов</i>	263	Анализ психологической подготовки юниорской команды по конькобежному спорту в предсоревновательном периоде <i>Д.Н. Цвирко</i>	272
Клинические особенности больных героиновой наркоманией с различной степенью социальной дезадаптации <i>К.Д. Хасанова</i>	263	Влияние занятий борьбой греко-римской и вольной на эхокардиографические показатели юных спортсменов <i>Л.В. Цой, М.Э. Бердиев</i>	273
Комплексная реабилитация больных с дискогенными радикулопатиями поясничного отдела <i>Э.М. Мирджурев, Н.А. Хикматова</i>	264	К вопросу использования комплексной терапии при повреждении голеностопного сустава у юных спортсменов <i>Л.В. Цой, Ж.Х. Хаятов</i>	274
Применение физиотерапии у больных с гипертензивной болезнью, осложненной хронической сердечной недостаточностью <i>Ш.И. Ходжанова, Д.А. Эгамбердиева, М.Б. Ниязова</i>	265	Использование кинезиотейпов при лечении студентов-спортсменов с болями в поясничном отделе позвоночника <i>И.М. Цырот, И.Г. Бирюк</i>	274
Клиническая эффективность новых медицинских технологий в реабилитации больных артериальной гипертензией <i>Ш.И. Ходжанова, Д.А. Эгамбердиева, М.Б. Ниязова</i>	265	Особенности лечебно-реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях у больных шизофренией, совершивших тяжкие общественно опасные действия <i>Б.Р. Чембаев, С.З. Ешимбетова</i>	275
Результаты исследования взрослого населения на предмет приверженности к здоровому образу жизни на участке ВОП <i>С.Б. Холбаев, Н.Э. Юлдашева, Н. Халилова, М.Х. Валиева</i>	266	Профилактика и лечебные мероприятия непереносимости пищи и пищевой аллергии у детей <i>Н.М. Шавазы, Б.И. Закирова, Д.А. Турсункулова, К.А. Азимова, М.Н. Шавазы, М.В. Лим</i>	275
Комплексный подход противосудорожной терапии при симптоматической эпилепсии у больных с новообразованиями головного мозга <i>Н.Х. Холиков, Д.С. Муродова, Ш.М. Кариев, Ш.Н. Тошматов</i>	266	Реабилитация женщин, имевших в анамнезе преждевременные роды <i>Н.Н. Шавазы</i>	276
Особенности сердечно-сосудистой системы у детей, занимающихся боксом в условиях города Самарканда <i>Д.А. Холова, И.Т. Саломов</i>	267	Клинические и дисбиотические проявления острых кишечных инфекции и аспекты реабилитации <i>М.С. Шаджалилова, И.Э. Хамраева</i>	276
Ранняя реабилитация больных с хроническим гастритом и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки <i>А.Т. Холтурев, У.Б. Самиев</i>	267	Оценка эффективности применения препарата энтобан при нарушениях пищеварительной системы <i>М.С. Шаджалилова, И.А. Касымов, Е.М. Осипова</i>	277
Реабилитации больных хроническим гепатитом в стационарных условиях <i>А.Т. Холтурев, У.Б. Самиев</i>	268	Оценка этиологической структуры микрофлоры влагалища рожениц с прогнозируемым родовым излитием околоплодных вод <i>Н.А. Шамбилова, И.Л. Копбаева, С.Б. Ахметова, Б.М. Сраулкианова, Л.И. Носова, И.Каришхан</i>	277
Роль кинезотерапии в лечении и реабилитации больных с остеохондрозом <i>Н.А. Хомова, Д.К. Ганиева</i>	268	Комплексное лечение и реабилитация детей с папилломатозом гортани <i>Б.Н. Шамсидинов, М.И. Махмудназаров, Т.Х. Олимов</i>	278
Динамика физической подготовленности граждан республики Беларусь в возрасте от 6 лет и старше <i>Е.В. Хроменкова</i>	269	Реабилитация больных после коррекции аноректальных пороков <i>А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов, М.С. Саидов, Ж.А. Рузиев</i>	278
Методы изучения первичная профилактика наркомании среди подростков в практике ВОП <i>М.Ж. Худойбердиева, М.Б. Бойкузиева, Ж.М. Худойбердиев, Я.Г. Усмонова</i>	269	Послеоперационная реабилитация детей со спинномозговыми грыжами <i>А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов, Б.Л. Давранов, И.А. Муталибов, Б.П. Алиев, А.Р. Алиев</i>	278
Умумий амалиёт шифокори амалиётда ўсмирлар орасида наркомания касаллиги бўйича хабардорлиги ишлари сифатини яхшилаш <i>Ж.М. Худайбердиев, Г.У. Назарова, М.Б. Бойкузиева, Я.Г. Усмонова</i>	270	Реабилитация пациентов с пузырно-мочеточниковым рефлюксом после эндоколлагеннопластики <i>А.М. Шамсиев, Ж.А. Шамсиев, Э.С. Данияров, З.Х. Назарова, Ш.Ш. Ибрагимов</i>	279
Фертил ёшидаги аёлларда метаболик синдром “квартети” ни уашшароитида ташхислаш ва самарали аралашув орқали тиббий хизмат сифатини яхшилаш <i>Ж.М. Худайбердиев, Г.У. Назарова, М.Б. Бойкузиева, З.В. Юнусова, Я.Г. Усмонова</i>	270	Реабилитация пациентов с гипоспадией <i>А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов, Ж.А. Шамсиев, Э.С. Данияров, З.Х. Назарова</i>	279
Снижение первичной инвалидности вследствие ишемической болезни сердца и артериальной гипертонии <i>Ш.А. Хусинова, Х.М. Рахимова, Н.Э. Сулайманова, Н.Э. Юлдашова</i>	271	Диспансеризации детей при врожденных диафрагмальных грыжах <i>А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов, Б.Б. Базаров, З.М. Салимов</i>	280
Вопросы реабилитации и качества жизни больных, перенесших инфаркт миокарда <i>Ш.А. Хусинова, М.Х. Аблакулова, Д.Х. Абдухамидова</i>	271	Роль физиотерапевтических методов в лечении гнойной хирургической инфекции у детей <i>А.М. Шамсиев, Ж.А. Шамсиев, М.Д. Бургунтов</i>	280

Реабилитация детей, перенесших острые кишечные инфекции <i>Г.М. Шарипова, И.А. Касымов, Ш.А. Рахматуллаева</i>	281	Диагностическое значение компьютерной и магнитно-резонансной томографии в отдаленных периодах черепно-мозговой травмы <i>С.Н. Шоев, Р.Н. Бердиев, Ш.А. Турдубоев, Х.Д. Рахмонов, Н. Рауфи, Ф.Х. Нарзизода</i>	290
Применение магнитотерапии в комплексном лечении невралгии тройничного нерва <i>И.А. Шарифова, З.Ф. Мавлянова, Н.Н. Абдуллаева</i>	281	Эффективность применения противоотечной терапии при гестозах беременных <i>Д.С. Шомуродова, А.Т. Джурабекова, С.З. Хакимова</i>	291
Применение физиотерапевтической ингаляции антибиотика для локального воздействия препарата в лечении обструктивных бронхитов у детей <i>И.Л. Шарипов, С.С. Гойибов, С.С. Маллаев</i>	282	Физическая реабилитация при восстановлении менструальной и репродуктивной функции у женщин с первичным бесплодием <i>З.Т. Эгамкулов, И.Ж. Жумаев, Ж. Мамарасулов</i>	292
Болаларда тез - тез кайталанадиган стенозловчи ларинготрахеитни самарали даволашда физиотерапия муолажаларини тутган урни <i>И.Л. Шарипов, А.А. Муллов, Б.К. Холбеков</i>	282	Консервативное лечение плоскостопия у детей и её реабилитация <i>Ш.Н. Эранов, Н.Ф. Эранов, Б.Н. Эранов</i>	292
Щадящий метод лечения синдрома бронхиальной обструкции у детей раннего возраста <i>Р.Х. Шарипов, М.М. Ахмедова, А.С. Расулов, В.Д. Мавлянова, Л.Т. Ирбутаева, Н.А. Расулова</i>	283	Елка чигалининг туғруқ пайтидаги травмасини консерватив даволаш ва реабилитацияси <i>Н.Ф. Эранов Ш.Н. Эранов, О.Р. Ортиков</i>	292
Реабилитация детей с последствиями перинатального поражения нервной системы <i>Р.Х. Шарипов, А.С. Расулов, М.М. Ахмедова, Н.А. Расулова, В.Д. Мавлянова, Л.Т. Ирбутаева</i>	284	Особенности диагностики и реабилитации коморбидных депрессивных расстройств у больных, перенесших острый инфаркт миокарда <i>М.К. Эргашев, Г.Р. Бектемирова, Б.Б. Солиев</i>	293
Иммунный статус у часто болеющих детей и методы их коррекции <i>Р.Х. Шарипов, Н.А. Расулова, М.М. Ахмедова, А.С. Расулов, В.Д. Мавлянова, Л.Т. Ирбутаева</i>	284	Лечебная физкультура при терапии больных хронической сердечной недостаточностью на этапе реабилитации <i>М.М. Эрнзарова, М.Х. Назирова, И.А. Рузметова, Д.А. Эгамбердиева</i>	293
Оценка эффективности узкоспектрального инфракрасного излучения на клиническое течение и гормональный статус больных бронхоэктатической болезнью <i>О.А. Шарипова</i>	285	Гипертрофические кардиомиопатии у спортсменов <i>Т.Ж. Эшкябилов, Б.С. Абдуллаев, Ф.М. Хамидова, З.Э. Жуманов, К.Н. Ураков</i>	294
Исследование влияния гуморальных воспалительных факторов на изменение морфофункциональных параметров сердца при хронической сердечной недостаточности <i>Р.М. Шарипова, Г.М. Касимова, С.Т. Усанова, Х.У. Рахматуллаев</i>	285	Дисплазии пищевода: диагностика прогноз и подходы по медицинской реабилитации <i>Т.Ж. Эшкябилов, Б.М. Атакулов, Г.Э. Исаев, Г.У. Аманова</i>	294
Реабилитация после эстетических операций на лице <i>В.И. Шаробаро, А.Е. Авдеев, М.В. Кадырова, Н.И. Яшина, А.А. Баева, М.О. Гоголов, О.П. Романец, М.И. Гречишников, З.И. Цховребова</i>	286	Специализированная компьютерная логопедическая программа «город красивой речи» в коррекционно-образовательном процессе логопеда <i>Б.Э. Юлдашев, Н. Равианов, Ю.Н. Исламов, Д.А. Каршиев</i>	295
Показатели гиперчувствительности бронхов к прямому бронхоспазматическому стимулу у детей, страдающих бронхиальной астмой физического усилия <i>О.А. Шахова</i>	286	Влияние смеси глицина, пролина и аскорбиновой кислоты на содержание среднемолекулярных пептидов в плазме крови кроликов в динамике экспериментального инфаркта миокарда <i>Н.М. Юлдашев, М.К. Нишантаев, Ш.Ф. Каримова</i>	296
Использование полиморфизма гена асе для оценки предрасположенности к тренировочным нагрузкам различной направленности <i>Н. В. Шведова, И.Л. Рыбина, И.В. Гайдукевич</i>	287	Влияние смеси глицина, пролина и аскорбиновой кислоты на активность кардиоспецифических ферментов в динамике экспериментального инфаркта миокарда <i>Н.М. Юлдашев, Г.О. Исмаилова</i>	297
Особенности медико-социальной реабилитации инвалидов с патологией внутренних органов <i>В.И. Шевчук, Н.Н. Беляева, О.Б. Яворовенко</i>	287	К вопросам медицинской реабилитации больных с повреждением позвоночника спинного мозга <i>Ш.С. Юлдашев, М.К. Аззамов</i>	298
Усовершенствование реабилитационных мероприятий при хронических обструктивных болезнях легких <i>В.И. Шевчук, В.Ю. Забурьянова, М.В. Вернигородская</i>	288	Хирургическая реабилитация больных с посттравматическими костными дефектами свода черепа, сопровождающиеся эпилептическим синдромом <i>Ш.С. Юлдашев, М.К. Аззамов</i>	298
Пролиферация и апоптоз при эрозивных поражениях желудка в процессе СМТ-бальнеотерапии <i>А.Е. Шкляев, Ю.В. Горбунов, А.Г. Бессонов, П.И. Четвериков, Е.Л. Баженов</i>	288	Медицинская реабилитация после перелома позвоночника <i>Ш.С. Юлдашев, М.К. Аззамов, А.А. Бахромов, С.Ф. Махмудов</i>	299
Использование постизометрической миорелаксации в реабилитации больных с хроническими болями в нижней части спины <i>К.В. Шмырина, А.Т. Джурабекова, Н.Ф. Вязикова</i>	289	Ёшларда интернет-қарамлик ривожланишининг ижтимоий-психологик белгилари <i>Д.И. Юнусов</i>	300
Психологические аспекты реабилитации хронических болевых синдромов, обусловленных остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника <i>К.В. Шмырина, Н.Ф. Вязикова, З.Ф. Мавлянова</i>	289	Наш опыт реабилитации больных постгерпетическими помутнениями роговицы <i>А.А. Юсупов, А.В. Василенко, Ф.М. Хамидова</i>	300
Физиотерапия в комплексном лечении мочекаменной болезни <i>З.Р. Шодмонова, Р.Т. Насруллаева</i>	290	Лазерная коагуляция сетчатки в комплексе реабилитационных мер у больных с диабетической ретинопатией <i>А.А. Юсупов, Н.А. Юсупова</i>	301

Послеоперационная реабилитация детей с крипторхизмом <i>Р.Ж. Юсупов, Х.А. Саттаров, Ш.Г. Худайбердиев</i>	301	Prevention and psychotherapy of drug addiction at teenagers <i>M.B. Boykuziyeva, G.U. Nazarova, M.M. Nosirov</i>	307
Применение спрея авамис в лечении аллергического ринита <i>С.Р. Юсупова, Д.Р. Джаббаров</i>	301	Stroke rehabilitation <i>S.S. Igamova, F.S. Khamedova, A.T. Djurabekova, Z.F. Mavlyanova</i>	308
Послеоперационная реабилитация у пациенток акушерского профиля с сопутствующим ХНЗЛ <i>З.К. Юсупова, М.М. Матлубов, Э.Г. Хамдамова</i>	302	Possibilities and significance of neuroimaging in neurooncology <i>D.S. Murodova, G.M. Kariev, M.M. Akhmediev, N.H. Holikov, S.N. Toshmatov</i>	308
Особенности нарушения мозгового кровообращения у женщин фертильного возраста <i>Н.Н. Юсупова, С.З. Хакимова, А.Т. Джурабекова</i>	302	Possibilities of using of phyto-and reflexotherapy in patients with functional dyspepsia combined with irritable bowel syndrome on the background of overweight and obesity <i>N.A. Myrzabayeva</i>	309
Реабилитация детей с хронической гастродуоденальной патологией в практике семейного врача <i>А.Я. Язданов, М.Р. Рустамов, Ш.М. Ибатова, М.В. Рашидова, Д.Т. Таипулатова</i>	303	Changes of carbohydrates metabolism following acute skeletal trauma <i>I.M. Plehutsa, R.I. Sydorhuk, O.M. Plehutsa, L.P. Sydorhuk</i>	309
Судебно-медицинская оценка лечения больных с переломами конечностей в сочетании с черепно-мозговой травмой <i>Х.Х. Якубов, Л.В. Пириева</i>	303	Influence of physical activity on the pathology of cardiovascular system <i>I.T. Rusnak, V.K. Tashchuk, O.D. Klym</i>	309
Расчет индекса гериотропности как основа построения стандартов гериатрической помощи <i>М.А. Якушин</i>	304	Correction of hyperhomocysteinaemia in patients with discirculatory encephalopathy <i>L.A. Shadmanova</i>	310
Реабилитация и профилактика артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом <i>С.Х. Ярмухамедова, У.Б. Самиев</i>	305	Rehabilitation of nonalcoholic fatty liver disease in obese hypertensive patients may be individualized if ace (i/d) PPAR-γ2 (pro12ala) genetic polymorphisms are taken into account as the possible determinative factor <i>L.P. Sydorhuk, Y. Yarynych, I.I. Sydorhuk, A. Sokolenko, R.I. Sydorhuk, A.R. Sydorhuk</i>	310
Основные принципы медицинской реабилитации больных с артериальной гипертензией <i>С.Х. Ярмухамедова, Н.А. Абдуллаев</i>	305	Individualizing rehabilitation measures: estimating the 35delg gjb2 gene mutation of connexin 26 and interleukin-4 gene promoter polymorphism (c-590t) roles as genetic predictors of nonsyndromic sensorineural hearing loss and deafness in children <i>L.P. Sydorhuk, O.P. Iftoda, I.I. Sydorhuk, O.V. Kushnir, R.I. Sydorhuk, A.R. Sydorhuk</i>	311
The rehabilitation of patients, suffering vulvovaginal candidosis (VVK), taking combined oral contraceptives (COCS) <i>L.R. Agababyan, A.T. Akhmedova</i>	306	Comparison of plasmapheresis efficacy and comprehensive antioxidant therapy in patients with comorbid course of chronic pancreatitis and chronic obstructive pulmonary disease <i>O.O. Ursul, O.S. Khukhlina, L.V. Kaniowska</i>	311
Hydrocephalus in infants with intrauterine cytomegalovirus and herpes infections and their rehabilitation <i>D.Sh. Ayupova</i>	306	Applications eeg "mind band" for improving sport achievements of rugby and football players <i>A. Usmanhodjaeva, Z. Boltaeva, Sh. Payziyeva</i>	312
Physiological mechanisms of l-arginine metabolism during adaptation to physical stress <i>N.V. Bogdanovskaya, I.V. Kalyonova</i>	307	Complicated forms of allergic rhinitis in children <i>S.R. Yusupova</i>	312

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Для направления статьи в редакцию необходимо представить:

1. Сопроводительное письмо от учреждения, в котором выполнена работа.
2. Распечатанный вариант статьи в двух экземплярах.
3. Электронный вариант статьи на CD диске.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

1. На первой странице статьи должна быть виза руководителя и печать направляющего учреждения, на последней странице - подпись всех авторов с указанием фамилии, имени и отчества, ученой степени, звания, почтового адреса, контактного телефона и адреса электронной почты для переписки.
2. В начале статьи указывают: название, фамилии и инициалы авторов, наименование учреждения(й), где выполнена работа.
3. Текст печатается на одной стороне листа А4, шрифт Times New Roman, размер 14, с двойным интервалом между строк, ширина полей 2 см, в текстовом редакторе WORD.
4. Структура оригинальной статьи должна быть следующей: введение, материалы и методы, результаты и их обсуждение, заключение или выводы, список цитируемой литературы.
5. Таблицы должны иметь заголовки. В тексте следует указать ссылку на таблицу, не допускается повторение данных, приведенных в ней.
6. Иллюстрации (фотографии, рисунки, схемы) должны быть контрастными и четкими. На обороте фотографии обозначают верх и низ, ставится номер рисунка, фамилия автора и название статьи. Допускается оформление иллюстраций в формате JPEG. Подписи к ним оформляются в порядке нумерации на отдельной странице. В тексте следует указать ссылку на иллюстрацию.
7. Формулы (физические, математические, химические) визируются авторами на полях.
8. Сокращения, кроме общепринятых (физических, химических и математических) величин не допускаются. В статье должна использоваться система единиц СИ. Аббревиатуры в названии статей не допускаются, а в тексте они должны расшифровываться при первом упоминании.
9. К статьям необходимо приложить рефераты и ключевые слова на русском, узбекском и английском языках с указанием названия, авторов, организации как на первой странице. Текст реферата объемом не более 150 слов должен отражать основные положения статьи. Необходимо что бы было УДК. Для статей в рубрику "Обзор литературы" и "Случай из практики" реферат не обязателен.
10. В списке литературы цитируемые авторы перечисляются в алфавитном порядке (сначала на русском, затем на иностранных языках). Ссылки на авторов в тексте приводятся в квадратных скобках с указанием их порядкового номера, согласно списка. Ответственность за правильность и достоверность данных, приведенных в списке литературы возлагается на авторов. При составлении списка литературы указываются: для книг - фамилия, инициалы авторов, название книги, место, издательство, год издания, количество страниц; для журнальных статей - фамилия и инициалы авторов, название статьи, название журнала, год, номер, страницы (от - до); для статей из сборников - фамилия и инициалы авторов, название статьи, название сборника, место и год издания, страницы (от - до); для авторефератов диссертаций - фамилия и инициалы автора, название диссертации, докторская или кандидатская, место издания, год, количество страниц.
11. Объем статей для рубрик "Клинические исследования", "Экспериментальные исследования", "Обзор литературы" и "Лекции" не должен превышать 8-10 страниц, включая таблицы, иллюстрации и список литературы. Для рубрик "Обмен опытом" и "Случай из практики" - не более 4-5 страниц.

Редколлегия оставляет за собой право редактировать, исправлять и сокращать статьи, без искажения их сути.

Статьи, ранее опубликованные или направленные в другие журналы не принимаются. Статьи не соответствующие настоящим требованиям рассмотрению не подлежат. Рукописи авторам не возвращаются.

Отправка статей по электронной почте допускается в порядке исключения - только по согласованию с редакцией.