

vaginit bilan bog`liq bo`lib, qog`onoq pardani muddatidan oldin yorilishi natijasida yuzaga keldi. Shundan kelib chiqib, akusherlik pessariysi orqali korreksiya qilingan xomiladorlarga xar oyda surtma taxlili, qin mikrobiosenozini normal ushlab turish va qin sanatsiyasi amaliyoti tavsiya qilinadi. Istmiko-servikal yetishmovchilikni xirurgik, servikal serklaj oraqali korreksiya qilinganda samaradorlik ko`rsatkichi 77.5% tashkil qilib, kuzatilgan muddatidan oldingi tug`ruq va bola tashlashlar choklarni prorezivaniyasi va vaginitlar bilan bog`liq bo`ldi. Olingan natijalarga ko`ra, qo`llanilgan 2 ta usul xam yetarli darajada samarili bo`lib, istmiko-servikal yetishmovchilik korreksiya qilingan xomiladorlarda qin mikrobiosenozi normal saqlash asosiy ko`rsatkich bo`lib, korreksiyadan keyin doimiy surtma taxlili va mikrobiosenoz buzilishlarini o`z vaqtida bartaraf qilish, muddatidan oldingi tug`ruq xavfini sezilarli kamaytirdi.

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЖЕЛТУХИ В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ.

Исраилова Н.А., Толипова Н.К.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Прогрессирующий семейный внутрипеченочный холестаз — следствие генетически-детерминированного нарушения структуры канальцевой мембраны гепатоцита, имеет аутосомно-рецессивный тип наследования. Нами описан клинический случай прогрессирующего семейного внутрипеченочного холестаза II типа — синдрома Байлера.

Цель: установить клинические признаки синдрома Байлера у ребенка и провести адекватную комплексную терапию.

Материалы и методы исследования. Мальчик, 5 месяцев поступил в клинику с жалобами на желтушность склер и кожных покровов, судороги, беспокойство, отставание в физическом развитии. Из анамнеза, со слов матери: ребенок болен с 2 месяцев. Заболевание началось с пожелтения кожных покровов, осветления каловых масс, потемнения мочи и беспокойства. Неоднократно получали амбулаторное лечение, затем были направлены в стационар по месту жительства. Ребенок от 4-й беременности (3 и 4 беременность-выкидыши). Беременность протекала на фоне анемии и токсикоза, на 9 месяце мать переболела простудой. Адаптационный период протекал без особенностей.

Ребенок был привит в роддоме: БЦЖ, ОПВ, ВГВ, далее по состоянию здоровья ребенок в поликлинике не привит. Перенесенные заболевания: ОРВИ, пневмония. Ребенок рождён от близкородственного брака (супруги являются двоюродными братом и сестрой).

По причине ухудшения состояния ребенка, на скорой медицинской помощи были доставлены в клинику Ташкентской медицинской академии.

Результаты: Общее состояние больного при поступлении тяжелое. Тяжесть состояния обусловлена общей интоксикацией и поражением ЦНС. Сознание ясное, положение активное. Ребенок беспокойный и капризный, грудь сосёт вяло. Ребёнок правильного телосложения, дефицит веса 400 грамма. Кожные покровы сухие, имеются следы от расчесов. На глаза резко бросается ярко лимонно-желтый окрас кожных покровов и склер. Оценка по шкале Крамера- 5 зона. Определяется цианоз носогубного треугольника. Стигмы дисэмбриогенеза не обнаружены. Со стороны сердечно-сосудистых и дыхательных систем патологии нет. Со стороны желудочно-кишечного тракта обнаружено увеличение печени до 5.0+5.0+4.0см, селезенка увеличена- +3.0 см. Стул регулярный, ахоличный, жидкий. Мочеиспускание свободное, цвет-темно коричневый. Из менингеальных симптомов отмечается небольшая ригидность затылочных мышц. Судороги не выявлены.

По результатам лабораторных исследований установлена анемия легкой степени, гипопротеинемия, гипербилирубинемия (билирубин общий-200.3мкмоль/л; прямой - 60.1 мкмоль/л; непрямой- 140.2 мкмоль/л), гиперферментемия (АЛТ- 70Ед/л, АСТ- 36 Ед/л). HbsAg-отрицательный. Цвет мочи темно окрашенный, стул ахоличный. При МСКТ: признаки реактивного изменения печени и поджелудочной железы, умеренная