



Sog'liqni saqlash
vazirligi



Oliy va o'rta maxsus
ta'lim vazirligi



Innovatsion rivojlanish
vazirligi



Andijon davlat
tibbiyot instituti

PROFILAKTIK TIBBIYOTDA YUQORI INNOVATSION TEXNOLOGIYALARNI QO'LLASH



MAVZUSIDAGI RESPUBLIKA
ILMIY-AMALIY ANJUMANI



MATERIALLARI

ANDIJON
10-11-IYUN
2022-YIL



PROFILAKTIK TIBBIYOTDA YUQORI INNOVATSION TEXNOLOGIYALARNI QO'LLASH

TAHRIRIYAT JAMOASI

ILMIY MUHARRIR

M.M.Madazimov

MAS'UL MUHARRIRLAR

K.Z.Salaxiddinov, J.A.Johongirov, G.N.Mamatxujayeva,

TAHRIRIYAT HAY'ATI A'ZOLARI

Z.S.Salaxiddinov, X.T.Musashayxov, X.X.Tursunov,
D.B.Asrankulova, N.S.Mamasaliyev, M.E.Abdullayeva,
Z.A.Kaxarov, K.T.Xudayberdiyev, Sh.Y.Bustonov,
N.Sh.Buranova, M.M.Kuzibayeva, M.R.Mamadjanova,
N.R.Usmonova, O.A.Muminova

KOMPYUTER GRAFIK MUHARRIRLARI

Y.S.Gromov, B.N.Soliev, S.X.Abduraxmonov, N.M.Asrarov,
A.S.Kurbonov, A.U.Akimov

ХАРАКТЕРИСТИКА КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ ПРИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ.

*Мирзакаримов Б.Х., Гафуров А.А., Джумабоев Ж.У., Юлчиев К.С., Нумонов Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель. Изучить состояние КЩС крови у детей с воронкообразной деформации грудной клетки у детей (ВДГК).

Материал и методы. У 59 больных с ВДГК было проведено исследование КЩС крови с помощью прибора «Микро-Аstrup». Из них 25 до операции и 34 после операции. У 17 больных из общего числа, КЩС было без особенностей. Метаболический ацидоз установлен у 14 больных, дыхательный-у 4, метаболический алкалоз-у 4, дыхательный алкалоз-у 6, смешанный ацидоз-у 4, смешанный алкалоз-у 4, дыхательный алкалоз и метаболический ацидоз-у 4.

Результаты. Выявление метаболического ацидоза в большинстве случаев указывает на ухудшение легочного газообмена или избыточную вентиляцию, которая привело к накоплению в организме H-ионов или нелетучих кислот. Эти исследования выявили прямую связь изменения показателей от степени выраженности деформации. Чем более выражена деформация грудной клетки, тем показатели нарушения значительны. Расстройства функций внешнего дыхания (ФВД) привели к изменениям окислительно-восстановительных процессов в организме, которые проявляются в нарушениях углеводного, белкового и водно-солевого обменов. В послеоперационном периоде, особенно в отдаленные сроки, у пациентов каких-либо отклонений со стороны ФВД не выявлено.

Вывод. При выраженной степени ВДГК у детей отмечаются значительные нарушения показателей ФВД, которые проявляются в нарушениях обменных процессов и КЩС крови.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

*Миррахимова М.Х., Икромов Ш.Н.
Ташкентская Медицинская Академия*

Введение. Гломерулонефрит является многофакторным заболеванием и характеризуется высокими темпами роста заболеваемости и инвалидизации детского населения в современных популяциях. Несмотря на широкое изучение, развитие и прогрессирование хронического гломерулонефрита (ХГН) остается одной из ведущих проблем нефрологии.

Многообразие форм ХГН обусловлено различными этиопатогенетическими причинами. Нефропатии у детей имеют, как правило, прогредиентное течение. Тяжелое течение ХГН, быстрое развитие осложнений обуславливают актуальность исследований, направленных на выяснение патогенетических механизмов заболевания.

Целью работы было изучение клинико-лабораторных особенностей гломерулонефрита (ГН) у детей с дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 54 ребенка с ГН, в возрасте от 1 года до 6 лет, лечившихся в областном детском клиническом объединении. У 24 больных гломерулонефрит протекал с нефритическим синдромом, у 18 — с нефротическим синдромом (НС), у 12 — с НС и гематурией. У всех больных проведено общепринятое клинико-лабораторное обследование, включавшее выявление стигм ДСТ и дизэмбриогенеза.

Результаты и их обсуждение. При обследовании 54 детей с ГН стигмы ДСТ были выявлены у $81,2 \pm 3,9$ % больных, множественные стигмы ДСТ (3 и более) были выявлены у $41,5 \pm 5,0$ %. Из стигм ДСТ чаще всего встречались аномалии кистей и стоп ($39,4 \pm 4,0$ %) и плоскостопие ($35,4 \pm 5,0$ %). Пигментные пятна и гипермобильность суставов встречались с одинаковой частотой ($29,6 \pm 4,89$ %), а нарушение осанки, сколиоз были выявлены у $18,2 \pm 4,1$ % больных. Другие стигмы ДСТ (деформация грудной клетки, грыжи, близорукость, высокий рост и длинные пальцы, сандалевидная щель, деформация желчного пузыря, пролапс митрального клапана) встречались менее чем у 9 % обследованных. Более 5 стигм ДСТ имели 4 из 54 детей. Отсутствие стигм ДСТ было выявлено у $12,9 \pm 3,78$ % детей с ГН. При различных формах ГН стигмы ДСТ встречались почти с одинаковой частотой ($p > 0,05$). Три и более стигмы ДСТ с равной частотой встречались у больных с нефритическим синдромом ($39,66 \pm 6,42$ %) и нефротическим синдромом ($40,91 \pm 10,73$ %). Это может свидетельствовать о том, что особенности метаболизма, иммунитета у детей с ДСТ предрасполагают к развитию ОГН, но не определяют его форму. Так как ДСТ генетически обусловлена, особенности метаболизма соединительной ткани могут возникать внутриутробно, что сказывается на формировании некоторых стигм дизэмбриогенеза. Стигмы дизэмбриогенеза выявлены у $91,5 \pm 2,9$ % больных ГН, множественные стигмы дизэмбриогенеза (3 и более) выявлены у $51,0 \pm 5,2$ % детей, то есть у каждого второго больного ГН. Из стигм дизэмбриогенеза чаще всего встречалась тенденция к синдактилии II, III пальцев стопы ($69,5 \pm 4,2$ %), с одинаковой частотой — готическое небо и гипертелоризм (соответственно $56,3 \pm 5,1$ и $52,1 \pm 5,2$ %), несколько реже — деформация мочек ушей ($19,8 \pm 4,1$ %), низкий рост волос на лбу ($18,0 \pm 4,0$ %). Другие стигмы дизэмбриогенеза, такие как аномалии формы черепа, эпикант, аномалии почек, аномалии глаз, крипторхизм, дополнительный сосок на груди, гипертрихоз, встречались менее чем у 5 % обследованных детей. Более 5 стигм дизэмбриогенеза имели 8 из 54 детей ($14,8 \pm 2,8$ %). Встречаемость стигм дизэмбриогенеза при различных формах ГН имела ряд отличий. При нефротической форме ГН чаще, чем при нефритической форме, встречались 3 и более стигмы дизэмбриогенеза, которые выявлены у $58,2 \pm 10,2$ % больных с нефротической формой и у $41,3 \pm 6,5$ % с нефритической ($p < 0,05$). В то же время 1–2 стигмы дизэмбриогенеза чаще выявляли при нефритическом синдроме (10 больных, $41,6 \pm 4,2$ %) и лишь у 4 из 18 больных с нефротическим синдромом ($p < 0,05$). Наличие множественных стигм дизэмбриогенеза у больных с нефротическим синдромом косвенно указывает на отрицательное влияние особенностей метаболизма соединительной ткани, проницаемости мембран, иммунитета, его регуляторных систем (цитокинов) на возникновение нефротического синдрома при ГН. При изолированном мочевом синдроме частота встречаемости стигм дизэмбриогенеза не отличалась от частоты при ГН с нефритическим синдромом, поэтому эти две группы больных не разделялись. Характер стигм дизэмбриогенеза в группах больных с различными формами ГН достоверно не различался ($p > 0,05$). Таким образом, наличие множественных стигм ДСТ и дизэмбриогенеза у больного с ГН может быть косвенным критерием для прогноза тяжелого течения процесса с поражением не только гломерулярного аппарата, но и базальной мембраны. Так как у больных с множественными стигмами ДСТ и дизэмбриогенеза чаще встречался ГН с нефротическим синдромом и ГН с нефротическим синдромом с гематурией, клинические проявления у этих больных имели определенные особенности.

Выводы. Определение стигм ДСТ и дизэмбриогенеза является простым, достаточно информативным методом, общедоступным и не представляющим сложности для педиатра. Изучение выявления стигм ДСТ и дизэмбриогенеза особо актуально на современном этапе в связи с ухудшением экологической обстановки и изменением классической клиники заболевания.

<p>РАННИЕ ПРИЗНАКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ</p> <p><i>Махсудова Х.Ф.</i></p>	1138
<p>СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</p> <p><i>Махсудова Х.Ф.</i></p>	1139
<p>УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ-ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЛИНИК-АНАМНЕСТИК ТАҲЛИЛИГА ЯНГИЧА ЁНДАШУВ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШ</p> <p><i>Маҳкамов Н. Ж. Хужаназаров И.Э.</i></p>	1140
<p>УМУРТҚА ПОҒОНАСИ БЎЙИН, КЎКРАК ВА БЕЛ СОҶАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ-ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРИНИ ФУНКЦИОНАЛ КОРРЕКЦИЯЛОВЧИ ДИСТРАКЦИОН МОСЛАМАДА ДАВОЛАШ</p> <p><i>Маҳкамов Н. Ж.</i></p>	1142
<p>УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ ВА ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЭРТА БОСҚИЧИДА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ.</p> <p><i>Маҳкамов Н. Ж. Нарматова Д.М.</i></p>	1143
<p>БЎЙИН, КЎКРАК ВА БЕЛ СОҶАСИ СПОНДИЛИТИНИНГ ТУРЛАРИ ВА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКАСИ.</p> <p><i>Маҳкамов Н.Ж. Хужаназаров И.Э.</i></p>	1144
<p>ПНЕВМОКОККЛИ ПНЕВМОНИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ЭНДОГЕН АНТИМИКРОБ ПЕПТИДЛАР ТИЗИМИНИ ҲОЛАТИ</p> <p><i>Мелиқўзие.О.Э., Даминов.Т.О., Нигматова.Л.М.</i></p>	1145
<p>К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИНАХ РЕЦИДИВА ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ</p> <p><i>Мирзакаримов Б.Х., Джумабаев Ж.У., Юлчиев К.С., Нумонов Б.Б</i></p>	1146
<p>ЗНАЧЕНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.</p> <p><i>Мирзакаримов Б.Х., Джумабаев Ж.У., Юлдашев М.А, Юлчиев К.С., Нуманов Б.Б.</i></p>	1147
<p>ХАРАКТЕРИСТИКА КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ ПРИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ.</p> <p><i>Мирзакаримов Б.Х., Гафуров А.А., Джумабаев Ж.У., Юлчиев К.С., Нумонов Б.Б.</i></p>	1148
<p>КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ</p> <p><i>Миррахимова М.Х, Икромов Ш.Н.</i></p>	1148