

Результаты исследования. Впервые узнали об инфицировании ХГС на стадии хронизации процесса более 87% больных. До установления диагноза ХГС почти четверть (24,5%) пациентов в течение нескольких лет страдали полиартритом, 3,4% - гломерулонефритом, 2,5% - аллергическим дерматитом, 1,5% - гипохромной анемией, 0,45% - псориазом. Лечение данных состояний в условиях профильных стационаров не дали положительных эффектов. Анализ клинической картины данных пациентов выявил преобладание астено-вегетативного (56,2%) и диспепсического (38,5%) и гепатомегалического (26,7%) синдромов. Внепеченочные проявления (артралгии, нефрит, аллергические дерматиты, анемии, псориаз) наблюдались у 32,35% больных. На фоне проведения комбинированной противовирусной терапии отмечалось полная или частичная регрессия изучаемых симптомов заболевания.

Вывод. На современном этапе внепеченочные проявления HCV-инфекции широко распространены и преобладают над классическими (печеночными) симптомами в общей клинической структуре заболевания.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНЕСТЕТИКОВ И ИХ ПРИМЕНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Мукимов О.А., Исанова Д.Р., Мукимов О.А.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Местноанестезирующими средствами (местными анестетиками) называются вещества, которые при взаимодействии с нервными волокнами и их окончаниями способны обратимо угнетать образование и проведение по ним нервных импульсов. Эффект местной анестезии зависит не только от свойств и концентрации препарата, но и от толщины миелиновой оболочки нервного волокна, препятствующей проникновению анестетика через клеточную мембрану.

Актуальность темы: Поиск и совершенствование методов местной анестезии является одной из важнейших задач современной стоматологии. Основной задачей местной анестезии является достижение анестезии необходимого участка тканей, а все остальные эффекты ее действия считаются побочными. Для этого мы должны знать объективную оценку анестетика.

Целью нашего исследования было: экспериментально и клинически обосновать преимущества и недостатки анестетиков. Найти оптимальный вариант использования местных анестетиков в условиях сельского населения.

Материалы и методы исследования:

1. Клиническое обследование больных.
2. Статистические методы обработки результатов исследования.
3. Лабораторные методы исследования.

Результаты исследования: Для исследования были взяты 30 пациентов, которых мы разделили на 3 группы. В I группы использовался анестетик Артикаин. Во II группе использовался препарат суперкаин форте. В III группе использовался препарат суперкам. Были выставлены несколько критериев по которым производилось оценка состояние пациента и действия анестетика.

Первый критерий: время действия анестезии. У I группы пациентов действия анестетика началось после введения через 2 ± 1 мин. У II и III группы пациентов время действия анестетика началось также как у I группы после 2 ± 1 мин.

Второй критерий: длительность действия анестетика. У I и III группы пациентов длительность действия анестетика составляет минимум 45 мин. У II группы пациентов длительность действия анестетика составляет минимум 75 мин.

Третий критерий: соединение с белками крови и токсичность. **Степень связывания с белками плазмы крови** определяет период полувыведения препарата, длительность

нахождения его в организме. Чем выше этот показатель, тем менее токсичным действием обладает анестетик, так как всасываться в кровь он может только в свободной форме, и тем длительнее будет анестезирующее действие. У всех групп соединения с белками крови составляет 95%, это дает нам право сказать, что токсичность этих препаратов сведена к минимуму.

Четвёртый критерий: константа диссоциаций (КД) характеризует степень гидролиза и ионизации анестетика и зависит от его химической структуры, растворимости и рН тканей в месте введения.

При физиологических значениях рН (7,4), чем ниже КД анестетика, тем меньше молекул диссоциирует во внеклеточной среде и тем больше - внутри клеток. Как сказано в аннотации препаратов у всех групп испытуемых анестетиков выявлено что КД равно 7,8.

Выводы: как показало результаты наших исследований все три группы препаратов схоже со своими качествами и параметрами. Поэтому мы можем использовать в условиях сельского населения все три вида анестетика.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Мусаждонова М.Р., Курбоналиева Д.Х.

Кафедра анатомии, ОХТА (зав. каф. - доц. Каххаров З.А.)

Научный руководитель: Салиева М.Ю.

Цель исследования. Изучение клинко-морфологических особенностей строения желчного пузыря и желчных протоков; их топографии, вариантной анатомии у новорожденных, детей и подростков.

Материалы и методы. Метод ультразвукового исследования желчной системы позволяет получить данные, характеризующие анатомическую изменчивость желчного пузыря, внепеченочных желчных протоков и дополнить представления классической анатомии. В процессе роста ребенка изменяется форма желчного пузыря, его длина, ширина и толщина стенки.

Результаты. У новорожденных детей преобладающей формой печени является продолговатая (55%). В грудном возрасте орган приобретает овальную форму (55,55%). Начиная с периода раннего детства превалирует треугольная форма печени (от 50% у детей первого детского возраста до 76,2% у подростков). У новорожденных детей преобладают размеры левой доли печени. В процессе роста ребенка соотношения параметров долей печени изменяются в сторону абсолютного и относительного увеличения правой доли. Рост печени происходит наиболее интенсивно в первые 3 года жизни ребенка. Второй период активного увеличения размеров органа наблюдается в возрасте от 9 до 12 лет, что совпадает с периодами интенсивного развития всего организма. Установлена зависимость формы ворот печени от возраста ребенка. У новорожденных и детей до 4-х лет преобладает закрытая форма ворот с их дорсальным смещением. Открытая форма ворот печени и их срединное положение преобладает у детей, начиная с 4-х летнего возраста. У детей всех возрастных групп и подростков формирование общего печеночного протока вариабельно; в его образовании принимают участие от 2 до 5 внутрипеченочных протоков, при этом количество протоков, идущих от правой доли печени преобладает. У новорожденных и грудных детей, а также в периоде раннего детского возраста желчный пузырь проецируется на переднюю брюшную стенку более латерально от среднеключичной линии, чем у взрослых. У детей, начиная с периода первого детства, проекция желчного пузыря на переднюю брюшную стенку соответствует таковой у взрослых. У новорожденных детей отношение ширины желчного пузыря в области его тела к длине составляет 1:4. У детей в периоде раннего детского возраста это соотношение становится 1:3 и в дальнейшем не