

Результаты исследования. По результатам исследования у 80% детей и 47% взрослых выявили различные степени флюороза. Как показывают наши исследования, наиболее подвержены эндемическому флюорозу дети и подростки, у которых еще не прорезались постоянные зубы или не окрепла эмаль. Поражение зубов выражается образованием на поверхности эмали пятен и дефектов различной величины, формы и цвета. Среди выявленных больных, у 57% обнаружили флюороз первой степени (легкая форма поражения)- на поверхности эмали единичных зубов выявили небольшие молочно-белые пятна или полосы. У 29% - второй степени (поражение средней степени тяжести) наряду с меловидными пятнами и полосами выявили пигментированные пятна желтого или коричневого цвета. У 14% - третьей (тяжелая форма поражения) степени, выявили поражение большей части коронки зуба: выраженная пигментация со структурными нарушениями твердых тканей зуба.

Выводы. Профилактика флюороза должна проводиться везде, где имеет место повышенное содержание фтора в источниках водоснабжения. Особое внимание следует уделять районам, где в воде содержится более 2 мг/л фтора.

И у детей, и у взрослых лечение флюороза необходимо начать с уменьшения дозы фтора, который поступает в организм. Если нет возможности полностью заменить употребляемую воду, то рекомендуется использовать специальные фильтры для обесфторивания. Особое значение в профилактике флюороза имеет вывоз детей на летний период из эндемического района. Клинические наблюдения показали, что замена водоемистиков в течение 3-4мес. ежегодно, в первые 8-10 лет жизни ребёнка, способствует нормализации образования эмали и в значительной степени снижает процент поражения зубов флюорозом.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН

З.Б. Кудайназарова, М.Т. Кутлымуратов, Н.Д. Орынғалиева,
Нукусский филиал ТашПМИ

Актуальность. Физическое развитие, безусловно, является одним из основных критериев здоровья ребенка. Установлена связь низких показателей физического развития с наличием длительно текущих и острых заболеваний. Известно, что чем хуже физическое развитие детей, тем выше уровень их заболеваемости.

Динамическое наблюдение за развитием растущего ребенка является необходимым не только для выявления индивидуальных особенностей роста и созревания, темпа и гармоничности развития, но и весьма универсальным диагностическим «ключом» для определения степени физического развития.

Цель исследования: Оценка физического развития детей до 5 лет с помощью стандартных «кривых» диаграмм по адаптированной ВОЗ программе.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 130 здоровых детей в возрасте с рождения до 5 лет на базе Нукусской городской детской поликлиники. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт (№ 112/у).

Нами рассчитаны следующие показатели: Длина/рост к возрасту; вес к возрасту; вес к длине/росту; ИМТ (индекс массы тела) к возрасту. Для получения полной информации мы провели несколько последовательных измерений показателей физического развития и нанесли на стандартные «кривые» физического развития (диаграмма). Полученные показатели оценили как «соответственно», «низкий» и «очень низкий» по возрасту.

Результаты исследования. Анализы показателей нижеследующие: Длина/рост к возрасту: у 57% детей показатели соответствуют возрасту, у 34% риск низкого роста, у 9% низкий рост. Вес к возрасту – у 61% детей соответствует возрасту, у 27% риск пониженного веса, у 12% пониженный вес. Вес к длине/росту - у 62% детей соответствует возрасту, у 11% детей риск избыточного веса, у 27% детей риск истощения. ИМТ к возрасту - у 64% детей соответствует возрасту, у 13% риск избыточного веса, у 23% риск истощения.

Выводы. Вышеуказанные данные показывают, что дети склонны к дефициту роста и развития. Это связано с влиянием множественных факторов, одним из них является низкий уровень знаний матери по кормлению ребенка. Таким образом, анализ кривых диаграммы роста и развития детей

до 5 лет помогает нам выявить проблемы, возникшие при развитии ребенка и оказать своевременно соответствующие меры профилактики.

ЭХОБИОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БЛИЗОРУКОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ЮЖНОМ ПРИАРАЛЬЕ

М.К.Курбаназаров, С.Ю.Аннаразова
Нукусский филиал ТашПМИ

Заболеваемость детей и подростков близорукостью в мире возросла за последние 10 лет в 1,5 раза. Среди причин слепоты и слабовидения близорукость занимает третье место. Большинство авторов считают, что в патогенезе развития близорукости основным звеном является ослабление аккомодации, связанное со зрительной перегрузкой, слабость склеры и наследственный фактор, доминирующий при неблагоприятных условиях. К инвалидизации приводит преимущественно дегенеративная близорукость, проявляющаяся распространенной хориоретинальной дистрофией с трансудативным геморрагическим компонентом, возникающая в дошкольном или юношеском возрасте. Одной из основных причин, приводящих к осложненной близорукости, является растяжение глазного яблока, вследствие его увеличения.

Цель работы – оценка показателей эхобиометрии глаз, полученных при обследовании детей и подростков с близорукостью в некоторых регионах Южного Приаралья.

Материал и методы. Изучены данные исследования эхобиометрии 52 больных из северной и 53 больных из центральной зоны Южного Приаралья в возрасте 2-18 лет. Эхобиометрия проводилась в А-режиме, которым определяется размер переднезадней оси глазного яблока при помощи ультразвуковой диагностической системы модели OT1-Scan 2000 (Canada). Нормальный показатель переднезадней оси (аксиальный размер) глазного яблока у взрослых в среднем равняется 24.0 мм.

Результаты исследования. По данным эхобиометрии глаз в А-режиме сканирования по Северному региону установлено, что средние значения переднезадней оси глазного яблока при приобретенной близорукости слабой степени $24,32 \pm 1,24$ (53 глаза); средней степени $26,44 \pm 1,94$ (15 глаз); высокой степени $28,07 \pm 2,08$ (6 глаз). При врожденной близорукости средней степени – $27,5 \pm 1,79$ (10 глаз); высокой степени – $30,0 \pm 1,66$ (18 глаз).

По результатам показателей эхобиометрии в А-режиме сканирования больных Центрального региона выявлено, что средние значения переднезадней оси глазного яблока при приобретенной близорукости слабой степени $23,75 \pm 1,08$ (65 глаз); средней степени $25,85 \pm 1,34$ (14 глаз); высокой степени $27,04 \pm 1,67$ (4 глаза). А при врожденной близорукости средней степени – $24,0 \pm 1,75$ (8 глаз); высокой степени – $28,0 \pm 1,36$ (14 глаз).

Вывод. В результате, аксиальный размер глазного яблока при приобретенной близорукости слабой степени больше на 1,75; средней степени на 1,02; высокой степени на 1,03, при врожденной близорукости средней степени на 1,15, высокой степени – на 1,07 у детей с близорукостью, проживающих в Северной зоне, по сравнению с детьми Центральной зоны Южного Приаралья.

Таким образом, отмечается превалирование аксиального размера глазного яблока у детей и подростков с близорукостью, проживающих в северном регионе по сравнению с детьми центрального региона, что способствует осложнению со стороны глазного дна.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ЛЮДЕЙ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ КАРАКАЛПАКСТАН

М.Т. Кутлымуратов, К.К. Косыбаева, Б.М. Байниязова
Нукусский филиал ТашПМИ

Ожирение по признанию ВОЗ рассматривают как неинфекционную эпидемию настоящего времени в связи с его широким распространением среди населения, высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, ранней инвалидизацией больных и преждевременной смертью. По данным ВОЗ, избыточную массу тела имеют около 30% жителей планеты. Больше всего тучных людей в США: избыточный вес зарегистрирован у 60% населения, а 27% страдает ожирением. В