

него возраста, в условиях современной жизни, быта и технического прогресса неисчерпаем. Несмотря на то, что с давних пор и по настоящее время постоянно дискутируются вопросы полипрагмазии в педиатрии, побочных эффектов лекарственной терапии, проблема обоснованности количественного состава медикаментозной терапии остается открытой.

**Цель исследования:** Изучение и анализ возможной роли полипрагмазии как одного из факторов риска развития БОС у детей раннего возраста при лечении ОРВИ.

**Материалы и методы исследования:** Под наблюдением были 40 детей в возрасте от 1 до 3 лет, находившихся на стационарном лечении и в клинической картине заболеваний которых был выражен БОС. Согласно целям исследования, наблюдаемые дети были распределены на две группы по следующему принципу: I группа представлена детьми, в суточный комплекс терапии которых входило более 6 препаратов (в отдельных случаях до 8–10 препаратов). Дети II группы (контрольной) получали не более 6 лекарственных препаратов в сутки. В каждой группе подсчитывался процент детей, у которых заболевание протекало с клинически выраженной обструкцией дыхательных путей.

**Полученные результаты:** Методом альтернативного варьирования для достоверности полученных данных было проведено сравнение фактического материала в группах, выраженного в процентах. Полученные после подсчетов результаты ( $p < 0,05$ ) объективно подтверждают возможность влияния полипрагмазии как одного из факторов риска развития БОС у детей первого года жизни с инфекционной патологией респираторного тракта.

**Выводы:** Механизмы влияния полипрагмазии на развитие бронхиальной обструкции в каждом конкретном случае могут быть разнообразными, но самыми очевидными являются инициирование иммуно-воспалительного процесса в бронхах, поддержание инфекционно-воспалительного процесса в дыхательных путях, влияние некоторых препаратов на активную деятельность реснитчатого аппарата, на адгезивные свойства бронхиального секрета, неадекватное применение некоторых муколитических и секретолитических препаратов, широкое применение антигистаминных медикаментов без учета их влияния на дренажную функцию бронхов.

Таким образом, несмотря на априори известную многогранную отрицательную роль полипрагмазии, не исключается ее значимость в развитии БОС у детей. В связи с этим врач должен помнить о полипрагмазии как о возможном факторе риска развития БОС и назначать только самые необходимые медикаменты.

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА МИРТЕЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

М.В. Усенкова, Б.К. Шанназаров  
Нукусский филиал ТашПМИ

Алкоголизм-это хроническое прогрессирующее заболевание, протекающее с ремиссиями и рецидивами, с патологическим влечением к спиртным напиткам. Алкоголизм в социальном смысле – это неумеренное употребление спиртных напитков, приводящее к нарушению нравственных и юридических норм поведения в быту, обществе, сфере трудовой деятельности, а в масштабе страны к значительному ущербу для здоровья и благосостояния населения и огромным экономическим потерям.

Проблема эмоционального компонента хронического алкоголизма – депрессия, проявляющаяся в виде подавленности, тоскливости, бездеятельности и безразличия к окружающему. В некоторых случаях эмоциональный компонент выражается преимущественно тревогой или дисфорическими проявлениями с угрюмостью, недовольством, внутренним дискомфортом, взрывчатостью и агрессивностью, что приводит к социальной дезадаптации.

**Цель исследования:** оценка эффективности применения препарата Миртел (терапевтический класс – антидепрессант) в комплексной терапии депрессии у больных, страдающих алкоголизмом.

**Материалы и методы исследования:** В исследование были включены больные, находящиеся на стационарном лечении в Республиканском наркологическом диспансере. Всего обследовано 38 мужчин из них страдают депрессивным синдромом 28 мужчин в возрасте от 27 до 45 лет. Применен метод опроса по шкале Гамельтона (HDRS). Шкала предназначена для измерения тяжести депрессии в клинических и экспериментальных целях у взрослых любого возраста, страдающих депрессией. Отобранные 28 больных с депрессией, страдающих алкоголизмом, были разделены на 2 группы по 14 человек. Одна из групп получала противоалкогольную базисную терапию, другая – базисную терапию с применением антидепрессанта Миртел в терапевтических дозах индивидуально каждому больному.

**Результаты исследования:** В динамике лечения обеих групп проводилось исследование каждые 10 дней с целью определения тяжести депрессии при помощи шкалы Гамельтона. В первой группе, которая получала только базисную терапию без препарата Миртел, за первые 10 дней улучшений не наблюдалось, во второй группе, получающей комбинированную терапию с Миртелом, у 24,4% больных отмечалось улучшение по шкале Гамельтона. Через 20 и 30 дней у первой группы больных отмечалось улучшение в 14,2 и 42,2% соответственно, а во второй группе за тот же период времени 50 и 85,7% соответственно отмечали улучшение состояния.

**Вывод:** При лечении депрессии у больных с диагнозом «хронический алкоголизм» с применением Миртела в комплексе, достаточно быстро достигается положительный терапевтический эффект в виде уменьшения явлений тревоги, дисфории, недовольства, дискомфорта и агрессивности.

## ЛЕЧЕНИЕ НЕФРОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ПИЕЛОНЕФРИТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ

Н.У.Утегенов<sup>1</sup>, Г.Б.Уразов<sup>2</sup>, А.Т. Сабирова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Нукусский филиал ТашПМИ, г.Нукус

<sup>2</sup>Республиканский детский многопрофильный медицинский центр, г.Нукус

Для успешного решения вопросов лечебно-профилактической тактики при нефролитиазе необходимо углубленное изучение особенностей патогенеза этого заболевания с учетом влияния микрофлоры.

**Целью** настоящей работы является разработка способов предоперационной подготовки и послеоперационное ведение больных с хронической почечной недостаточностью и обструктивным пиелонефритом.

**Материалы и методы исследования:** В хирургическом отделении Республиканского детского многопрофильного медицинского центра было обследовано 150 больных детей в возрасте от 5 до 14 лет. У детей наблюдался нефролитиаз в разных клинических проявлениях, осложненный пиелонефритом и хронической почечной недостаточностью (ХПН). По стадиям ХПН больные распределены следующим образом: с латентной формой – 80, компенсированной – 32, интермиттирующей – 21, терминальной – 17.

Задача интенсивной терапии в предоперационном и послеоперационном периодах сводилась к регуляции гидроионного и кислотно-основного состояния, коррекция анемии, гипопротеинемии, дезинтоксикации, снижению катаболизма, восполнению энергетических затрат организма, микроциркуляции, гемокоагуляции, коррекции обменных нарушений (метаболическая терапия).

**Результаты и их обсуждение:** У всех больных ХПН сопровождалась анемией. При наличии интоксикации, вызванной воспалительным процессом, применялись инфузии гемодеза и реополиглюкина с тренталом, сорбилактом 5мл/кг в/в. Для профилактики и лечения гипотонии в результате надпочечниковой недостаточности вследствие длительно существующей инфекции, применяли глюкокортикоиды (гидрокортизон, преднизолон). В послеоперационном периоде назначали антибактериальную терапию. Дозу антибиотиков подбирали в зависимости от клубочковой фильтрации и уровня креатинина и мочевины.