

вают отдельного внимания в виду того что жертвами таких отравлений становятся в первую очередь дети. Доказан высокий риск развития поражения печени при использовании парацетамола в дозе 150 мг/кг у детей, признаки которого возникают в 1–5% случаев через 3–6 дней от начала приема.

Целью исследования явилось изучение эффективности N-ацетилцистеина в качестве антидота в комплексной неотложной терапии при развитии отравления парацетамолом у детей.

Материал и обсуждение результатов. В течение 2012-2014 годов в отделение реанимации и экстренной педиатрии поступило 10 больных детей в возрасте 2-6-ти лет с отравлением парацетамолом. Было установлено, что по ошибке родителей и/или при ненадлежащем уходе за ребенком, последний выпивал парацетамол изолированно или в комбинации с другими лекарственными средствами в дозе от 140 до 250 мг\кг массы тела. Больные госпитализированы через 2-24 часов после принятия препарата. Состояние поступивших пациентов расценивалось как среднетяжелое или тяжелое, что было связано с наличием у них сопутствующих респираторных или других соматических заболеваний. У 6 больных наряду с клиникой основного заболевания, отмечалось головокружение, головные боли, тошнота, рвота, боль в животе, бледность кожных покровов, которые проявились через несколько часов после приема парацетамола и были расценены как начальные признаки отравления. Наличие у детей признаков, характерных для данного отравления указывало на отравление парацетамолом. Так, на 1-3 сутки в результате обследования у всех больных обнаружено повышение билирубина,

щелочной фосфатазы и трансаминаз - АлАТ – 1,8-3,6 мкмоль\л, АсАТ – 1,3 – 2,8 мкмоль\л. Неотложная помощь в терапии отравлений парацетамолом заключалась в проведении промывания желудка, назначении энтеросорбентов, слабительных, инфузионной терапии, а также в применении гепатопротекторов. Всем детям в первые часы госпитализации назначен антагонист парацетамола - N-ацетилцистеин, который восполняя истощенные запасы глутатиона в печени, действует как антидот. Стартовую дозу препарата 140 мг/кг больные получали *per os* в виде 5% раствора в газированной воде или соке, затем каждые 4 часа перорально по 70 мг/кг (суммарно 17 доз). Суточная дозировка N-ацетилцистеина не превышала 490 мг/кг. Мониторинг отравления включал в себя клинические анализы крови и мочи, контроль уровня печеночных трансаминаз (в особенности АлАТ), билирубина, щелочной фосфатазы, протромбинового времени, мочевины, креатинина. В динамике состояние больных улучшалось, клинической картины фульминантной печеночной недостаточности с развитием желтухи, тромбоцитопении, печеночной энцефалопатии, почечной недостаточности и удлинении протромбинового времени, как основных проявлений тяжелого течения отравления не наблюдалось. В анамнезе на 8-11 сутки у всех детей признаки поражения печени не отмечались, а АлАТ и АсАТ достигли нормативных величин, диспепсические явления купировались.

Выводы: Таким образом, раннее применение N-ацетилцистеина в качестве антидота в комплексной терапии отравлений парацетамолом предупреждает развитие осложненного течения заболевания.

БОЛАЛАРДА ФЕБРИЛ ТАЛВАСАЛАРДА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ

Ш.М. Ибатова, Д.С. Исламова, М.Р. Джаббарова, Д.Ю. Ахмедова

Самарқанд давлат медицина институти

Фебрил талвасалар одатда 3 ойдан 5 ёшгача бўлган болаларда кузатилиб, иситма билан кечади ва талваса ҳолатига тушади. Фебрил талвасалар болаларда жуда кўп учрайдиган талвасаларнинг бир шакли хисобланиб, тана ҳарорати 38,5-39°C ва ундан юқори бўлганда кузатилади. Оддий талвасалар 15 дақиқача давом этиб, 24 соат давомида 1 марта такрорланади. Мураккаб талвасаларнинг давомийлиги 15 дақиқадан ошиб, 24 соат давомида 2 ёки ундан ортиқроқ такрорланади. 30 дақиқадан кўп вақт давом этадиган талвасалар

“фебрил эпилептик статус” деб аталади. Фебрил талвасалар кўпроқ вирусли инфекциялар вақтида кузатилиши мумкин. Фебрил талвасаларнинг хавфи АКДС вакцинаси ва вирусли вакциналари билан эмлангандан кейин кўпроқ ошади.

Фебрил талвасалар қайталашининг хавф омилларига оилавий анамнезда фебрил талвасаларнинг мавжудлиги, тана ҳарорати юқори бўлмаганда ҳам талвасаларнинг кузатилиши, юқори тана ҳароратининг бошланиши ва талвасаларнинг тез-тез такрорланиши, оилавий анамнезда эпилеп-

сиянинг мавжудлиги киради. Агар қайд этилган 4 та хавф омиллари кузатилса, фебрил талвасалар 70% ҳолатда кузатилади, хавф омиллар бўлмаса ушбу кўрсаткич тахминан 20% ни ташкил этади.

Фебрил талвасалар кўпроқ касалликнинг бошланишида ва тана ҳароратининг 38,5-39,0°C га кўтарилиши сабабли кузатилади. Одатда оддий талвасаларнинг давомийлиги 2-5 дақиқагача чўзилади. Фебрил талвасалар кузатилганда уларнинг сабабларини аниқлаш катта аҳамиятга эга. Қон ва сийдик таҳлиллари, кўрсатмага кўра кўкрак қафаси рентгенографияси ўтказилиши мумкин. Кўкрак ёшидаги болаларда спазмофилияни инкор қилиш мақсадида қонда кальций миқдори аниқлаш мақсадга мувофиқдир. Мураккаб талвасалар кузатилганда болаларда махсус текширишлар ўтказилади. Улар қуйидагилар: электроэнцефалография; бош мия компьютер томографияси; бош мия магнит-резонанс томографияси.

Талвасалар электролитли бузилишларда ҳам, ичак инфекцияларнинг фонида ҳам кузатилиши мумкин. Бундай беморларда ич кетиш, қусиш, суюкликларни йўқотиш, сувсизланиш ҳолатлари аниқланади. Болаларда тана ҳарорати юқори бўлганда ва талвасалар кузатилганда менингит ва энцефалитнинг бор ёки йўқлигини инкор этилиши лозим. Бундай ҳолатларда менингеал белгиларни аниқлаш ва талвасалардан сўнг боланинг аҳволини кузатиш катта ёрдам беради. Талвасаларнинг кузатилиши бемор болага шошилиш ёрдам кераклигига кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Ушбу тез ёрдам

талваса синдроми ва иситмани бартараф этишга қаратилган бўлади. Фебрил талвасаларнинг олдини олиш учун иккита йўналиш мавжуд: эпилепсияни ривожланишини олдини олиш ва фебрил талвасаларнинг қайталанишини олдини олиш. Оддий фебрил талвасалар кузатилган болаларни кўп вақт давомида талвасага қарши дори воситалари билан даволаш тавсия этилмайди, чунки уларнинг нокуя таъсири салбий оқибатларга олиб келади.

Беморга шошилиш ёрдам кўрсатилганда унга аввал мақбўл бўлган ҳолат яратилади: бемор ёнбошига, боши танасидан бироз пастга туширилган ҳолда ётқизилади. Тоза ҳаво билан нафас олишини таъминлаш ва ортикча кийимларини ечиш керак бўлади. Тана ҳароратини туширувчи дори воситалари сифатида парацетамол ва ибупрофендан фойдаланиш яхши самара беради. Антikonвульсантлардан томир ичига диазепам (валиум) - 0,2 - 0,5 мг/кг, лоразепам (ативан) - 0,005 - 0,20 мг/кг юбориш яхши натижа беради.

Умуман олганда, болада фебрил талвасалар кузатилганда шифокор беморга тез ёрдам кўрсатиш қоидаларини беморнинг ота-онасига тушунтириши керак. Талвасаларнинг келиб чиқиш сабаблари, қайталаниши мумкинлиги ва вақтида бемор даволанса, оқибати яхши бўлишини таъкидлаш лозим. Шифокорнинг беморнинг ота-онаси билан биргаликдаги ҳаракатлари боланинг давола-нишида ва кейинчалик ривожланишида муҳим аҳамиятга эга.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦИНКА И СЕЛЕНА В СОСТАВЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ЮЖНОЙ ФЕРГАНЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

П.К. Игамбердиева, А.А. Ибрагимов

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель работы. Определение количество селена и цинка в органах некоторых лекарственных растений Ферганской долины, применяемых при лечении вирусного гепатита.

Материалами исследования служили воздушно-сухая надземная часть растений, собранные в 2012 г. в Ферганском горном районе село Ёрдон. Определение микроэлементов в образцах растений проводили методом нейтронно-активационного анализа, (НАА) в аналитической лаборатории научно-исследовательского института ядерной физики Академии наук Узбекистана.

Результаты исследования. В результате исследования выявлено содержание селена и

цинка в растениях следующее: *Зверобой продырявленный* – *Hypericum perforatum* – 40,4 мкг/г и 0,066 мкг/г *Девясил высокий* – *Inula helenium* L. - 25,5 мкг/г и 0,26 мкг/г , *Подорожник большой*- *Plantago major*L. - 22,0 мкг/г и 0,22 мкг/г , *Бессмертник, или тмин песчаный*- *Helichrysum arenarium* – 33,8 мкг/г и 0,098 мкг/г, *Одуванчик лекарственный*- *Taraxacum officinale* Wigg. s.l. – 51,5 мкг/г и 0,48, *Чабрец*-*Thymus serpyllum* L – 16,7 мкг/г и 0,01 мкг/г , *Цикорий обыкновенный*- *Cichorium intubus* L – 99,9 51,5 мкг/г и 0,16 мкг/г. Содержание тяжёлых металлов не превышает ПДК и находятся на уровне типичного диапазона содержания радионуклидов в растительности