

больных: с легкой формой ГУС - 12 детей и тяжелой формой ГУС - 25 детей. Нами отмечено, что тяжелая форма гемолитико - уремического синдрома в совокупности с основной триадой признаков характеризовалась различными осложнениями: развитием неврологической симптоматики, наличием собственно геморрагического синдрома, нарушением функции печени, сердца, легких, гастроинтестинальным синдромом. Среди причин острой почечной недостаточности у детей в возрасте до трех лет гемолитико - уремический синдром был определяющим, составил 84,5%. Среди больных острой почечной недостаточностью - наиболее уязвимы дети до года. Продолжительность продромы составила в среднем 2,5 дня и характеризовалась диарейным синдромом (26 детей), ОРВИ (11 детей). Кишечная инфекция характеризовалась появлением частого жидкого стула до 6 - 8 раз в сутки нередко с примесью крови, рвотой, подъемом температуры тела. Этиологическая роль патогенных микроорганизмов подтверждена бактериологически у определенной группы больных. При анализе клинических данных нами установлено, что полный симптомокомплекс ГУС развивался в течение 1-3 дней. К основным проявлениям

гемолитико-уремического синдрома, помимо ОПН относилась гемолитическая анемия, тромбоцитопения. У 60% детей с ГУС, ОПН мы выявили геморрагический синдром: гемоколит, рвоту "кофейной гущей", носовые кровотечения, петехиальную сыпь, длительную кровоточивость из мест инъекций. У больных с ГУС имело место повышение внутриклеточных печеночных ферментов, а также билирубина.

Выводы: В Самаркандской области преобладающим является типичный диарейный тип ГУС, составляющий 76% среди всех пациентов с этим заболеванием. Учитывая наличие в дебюте острой кишечной инфекции, для ранней диагностики ГУС следует обращать внимание у пациентов с острой патологией на снижение диуреза, наличие остро развивающейся анемии, тромбоцитопении. Скрининг - тестом для обнаружения острого повреждения почек при развившемся синдроме является повышение в 1,5-2 раза и более уровня креатинина в сыворотке крови. В острой стадии гемолитико - уремического синдрома изменения в системе гемостаза развиваются по типу ДВС - синдрома, которое сначала локализуется в почках, а затем может принять распространенный характер.

ИНФЕКЦИОН ВА НОИНФЕКЦИОН ЭТИОЛОГИЯЛИ СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Ш.Ш. Муродова, А.Б. Абидов, Ш.А. Набиева

Тошкент тиббиёт академияси

Охирги йилларда инсон организмга, айниқса жигарга алкоғолни таъсирини ўрганиш муаммоси долзарб бўлиб қолди. Алкоғолни суистеъмол қилиш – сурункали гепатитларнинг асосий сабабларидр биридир. Юқумли касалликлар, шу жумладан вирусли гепатитлар ҳам Ўзбекистон аҳолиси ва бошқа давлатлар учун ҳам жиддий хавф бўлиб қолди. Маълумки, улар факатгина бемор ҳаёти сифатини ёмонлаштириб қолмай, балки асорат сифатида жигар циррози ва гепатоцеллюляр карциномага сабаб бўлади.

Материал ва услублар. Тадқиқот ишида ЭМЮКИТИ клиникасида 2013-2014 йиллар мобайнида сурункали гепатитлар ташхиси билан даволанган 59 нафар беморларнинг клиник текширув натижалари тахлили келтирилган. Беморларнинг ўртача ёши $43,7 \pm 0,9$ ёшни ташкил қилиб, улардан 31 ($52,5 \pm 6,6\%$) нафарини аёллар ва 28 нафарини ($47,5 \pm 6,6\%$) эркаклар ташкил қилади.

Тадқиқот ишини бажариш давомида қуйидаги текширув усулларида фойдаланилган:

клинико-лаборатор; серологик (ИФА, ПЦР), олинган натижаларга параметрик сататистик усулда Biostat, Statistica 6.0. статистик программа ёрдамида ишлов бериш (Стъудент мезони t , χ^2 мезони). Кузатувдаги беморлар икки гуруҳда ўрганилди. Биринчи гуруҳни сурункали ноинфекцион гепатитлар (СНИГ) ташхиси қўйилган 25 ($42,4 \pm 6,5\%$) нафар беморлар ташкил қилган бўлса, иккинчи гуруҳга сурункали вирусли гепатит (СВГ) ташхиси қўйилган 34 ($57,6 \pm 6,5\%$) нафар беморлар кирди.

Олинган натижалар ва уларнинг тахлили. Кузатувдаги 59 нафар беморларни шифохонага келиш давридаги асосий шикоятлари қиёсланганида аниқландики, ноинфекцион гепатитларда касаллик сабаби инфекция бўлмасда $8,0 \pm 5,5\%$ ҳолатларда тана ҳароратини субфебрил даражада кўтарилиши ($P < 0,05$). Беморларнинг асосий шикоятлари СВГ гуруҳидаги беморлардан статистик ишонарли даражада фарқ қилиб, кўнгил айнишини бир маротаба ёки бир неча маротаба қайт қилиш ($P < 0,05$) билан бирга келиши, тери кичишиши

($P<0,05$), қабзият ($P<0,1$) ва ахлат рангини оқариши ($P<0,05$) бўлган.

СВГ гуруҳидаги беморларнинг асосий шикоятлари СНИГ гуруҳидаги беморлар шикоятларидан статистик ишонарли фарқ билан бош оғриши ($P<0,05$), ўнг қовурға ости соҳасида кучли спастик оғриқ бўлиши ($P<0,1$), қориндаги оғриқни ёғли овқат истеъмол қилиш билан боғлиқлиги ($P<0,05$) бўлган. Беморларни объектив текширув натижаларига кўра, кузатувдаги ҳамма 59 ($100,0\pm0,0\%$) нафар беморлар эс-хуши сақланган, атрофдагиларга нисбатан жавоб реакцияси адекват бўлган. СНИГ гуруҳидаги беморларнинг 16 ($64,0\pm9,8\%$) тасида тери қопламлари рангпар, 7 ($28,0\pm9,2\%$) тасида тери сариклиги ва улардан 1 ($4,0\pm4,0\%$) нафарида терида қичишиш излари ҳам кузатилган. Яна 1 та ($4,0\pm4,0\%$) бемор терисига майда геморрагик тошмалар тошганлиги аниқланган. СВГ гуруҳи беморларидан 3 ($8,8\pm4,9\%$) нафарида тери сарғайиши ва 30 ($88,2\pm5,6\%$) тасида тери рангпарлиги аниқланган. СНИГ гуруҳидаги 7 ($28,0\pm9,2\%$) ва СВГ гуруҳидаги 3 ($8,8\pm4,9\%$) нафар беморларда жигарни қовурға равоғидан $+2,0$ смга чиқиб туриши аниқланди.

Ўтказилган УТТ га кўра, СНИГ ли 25 нафар беморларда жигар паренхимасини

сурункали яллиғланиш белгилари билан бир қаторда 16 ($64,0\pm9,8\%$) нафарида сурункали холецистит ва 1 ($4,0\pm4,0\%$) тасида ўт-тош касаллиги аниқланди. СВГ ли 34 нафар беморлардан 30 ($88,2\pm5,6\%$) тасида УТТ дан сўнг сурункали холецистит ташхиси қўйилган.

Хулоса. Олинган тадқиқот натижаларига кўра айтиш мумкинки, жигардаги сурункали яллиғланиш жараёни ўт йўлларида ҳам тарқалади ҳамда ўт йўллари турли хил типда зарарланиши кузатилади. СВГ ли беморларда ўт йўллари гипертоник-гиперкинетик турда зарарланиши кузатилиб, беморларнинг асосий шикоятлари ўнг қовурға ости соҳасида кучли хуружсимон оғриқ, оғриқни истеъмол қилинган ёғли овқат билан боғлиқлиги, бош оғриши безовта қилади. СНИГ ли беморларда эса ўт йўллари гипотоник-гипокинетик зарарланиши ва натижада ўт димланиши ривожланиши кузатилади. Ўт суюқлигини ингичка ичакка етарли миқдорда тушмаслиги ичакларда ҳазм қилиш жараёнини ва улар перистальтикасини бузилишига, ичакларда бижгиш жараёнини ошишига сабаб бўлади. Беморларда кўнгил айланиши, бир мартаба ёки такрорий қайт қилиш, тери қичишиши, ахлат рангини очариши ва қабзият каби шикоятлар кузатилади.

ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЛАРИНГОТРАХЕИТОВ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕЗКО КОНТИНЕНТАЛЬНОГО КЛИМАТА УЗБЕКИСТАНА

Г. Муртазова, М.Р. Рустамов, Л.М. Гарифуллина, З. Холмурадова

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – по-прежнему занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста. Одним из частых и тяжелых проявлений ОРВИ, сопровождающейся расстройством дыхания, является острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ). В возникновении стенозирующих ларингитов и ларинготрахеитов ведущая роль принадлежит вирусам гриппа, парагриппа, адено- и респираторно-синцитиальным вирусам. Превалирующим этиологическим фактором, обуславливающим воспалительный процесс в гортани и трахее, сопровождающим развитие синдрома крупа, является вирус парагриппа. На его долю приходится примерно половина всех вирусных ОСЛТ. Наряду с вирусами в развитии неблагоприятного (тяжелого, осложненного) течения ОСЛТ большую роль играет и бактериальная флора, активизирующаяся при ОРВИ или присоединяющаяся в результате

внутрибольничного инфицирования. Летальность при острых стенозирующих ларинготрахеитах, по данным различных авторов, составляет 0,4-5,0 %, а в случае декомпенсированных форм до 33%. Немаловажную роль в развитии острых стенозирующих ларинготрахеитов играют ряд факторов риска, которое могут повлиять на формирования заболевания.

В связи с вышеуказанным, нами поставлена цель – выявить факторы риска и интерпретировать полученные данные, в частности сопоставить группу больных и здоровых в отношении их подверженности комплексу факторов и математическими методами определить различия между группами больных и здоровых.

Материал и методы исследования. Нами исследовано 120 больных детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, страдающих острым стенозирующим ларинготрахеитом, по поводу