Использованная литература:

1. Назиров Ф. Г. Медицинские основы физического воспитания в формировании здоровья и гармоничного развития детей и подростков. - Ташкент, -2003.-97с.
2. Шайхова Г. И. Болалар ва усмирлар гигиенаси. — Тошкент, 2004. - 486
3. с.
4. Бурханов А. И., Хорошева Т. А. Состояние здоровья учащихся школ различного профиля // Гиг. и сан. - 2006. - №3. - С. 58-61
5. Кучма В. Р. Гигиена детей и подростков. - М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2010. - 472 с.
6. Кучма В. Р. Гигиена детей и подростков. Руководства к практическим занятиям / Под ред. проф. В. Р. Кучмы. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010. - 546 с.
7. Лубышева Л. И. Современный ценностный потенциал физической культуры и спорта и пути его освоения обществом и личностью // Теория физической культуры. - 1997. - №6. - С. 10-15.
8. Мильнер Е. Г. Формула жизни. Медико-биологические основы оздоровительной физической культуры. - М.: Физкультура и спорт, 1991, — 160 с.
9. Balsevich V. K., Progoniyuk L. N. Experimental substantiation of schoolchildren physical education's sportization // 7th International Congress of Physical Education & Sport. - Komotini, Greece. -1999. - P. 187.
10. Бальсевич В. К. Основные положения концепции интенсивного инновационного преобразования национальной системы физкультурно-спортивного воспитания детей, подростков и молодежи России // Теория и практика физ. культуры. - 2002. - №3.-С. 3-5.
11. Кустова Н. Н. Методика педагогического контроля в процессе физического воспитания учащихся компенсирующих классов начальной школы: Автореф. дис.... канд. пед. наук. -СПб, 1998. - 19 с.
12. Кузин В. В. Научные приоритеты в физическом воспитании и спортивной подготовке детей и юношества (первые итоги работы Проблемного
13. научного Совета РАО по физической культуре) // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. - 1998. - №2. - С. 2-5.
14. Рубанович В. Б. Врачебно-педагогический контроль при занятиях физической культурой, — Новосибирск: изд-во НИПКи ПРО, 1998. - 283 с.
15. СанПиН №0275-09 «Гигиенические требования физическому воспитанию, спортивному оборудованию и инвентарю в общеобразовательных учреждениях Республики Узбекистан». - Ташкент, 2010. - С. 35.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «А»
СРЕДИ ДЕТЕЙ**

Эргашева М.Я.,
Ярмухамедова Н.А.

Медико-санитарная часть-3 МСО ГП НГМКг.Зарафшан, Узбекистан

Вирусный гепатит А (ВГА) встречается во всех районах земного шара и по уровню заболеваемости занимает 3-е место после острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) и острых кишечных инфекций. Восприимчивость к гепатиту А всеобщая. Наиболее часто заболевание регистрируется у детей старше 1 года (особенно в возрасте 3-12 лет) и у молодых лиц. В связи с тем, что среди заболевших, дети могут составлять до 60%, гепатит А по праву считается детской инфекцией (В.Н.Тимченко, 2005).

Цель исследования: Изучить особенности течения ВГА среди детей по данным медико-санитарной части №3 города Зарафшана.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 101 больных детей в возрасте от 1 года до 12 лет с предварительным диагнозом ВГА, которым было проведено клиническое и лабораторное обследование. Больные были обследованы по существующей инструкции используемой при диагностике вирусных гепатитов (ВГ).

У всех обследованных нами больных был тщательно изучен эпидемиологический анамнез, с указанием возможного контакта заболевания. При анализе возрастной структуры, оказалось, что распределение больных обратившихся в инфекционное отделение было следующим: в возрасте от 1 до 3 лет число детей составило – 35%, от 4 до 7 лет – 62%, от 10 до 12 лет - 3%. Данные показатели подтверждают предположение о том, что в группу «риска» по заражению ВГА входят дети в возрасте от 4 до 7 лет. При этом особых различий по полу нами выявлено не было. Так мужского пола было - 50(49%) и женского 51(51%) больных.

Согласно классификации все больные с ВГА были разделены на 2 группы, больные с типичной формой – 64 (63 %) и атипичной формой – 37 (37%). Легкая форма ВГА была диагностирована у 10 больных, что составило 9.9% от общего числа больных. Среднетяжелая форма - у 86 (85.1%)

больных и тяжелая диагностирована у 5% пациентов от общего числа больных с ВГА. Атипичная форма была установлена у 37 больных, которая протекала в безжелтушной форме. Наибольшее число больных поступило в 2012 году с января 50(49%) по май месяц, что возможно связано с контактно-бытовым путем передачи заболевания.

Как правило заболевание протекало с продромальным периодом. Так продромальный период по диспептическому типу встречался у 36 (35.5%), гриппоподобная форма – у 48 (47.5%) больных, астеновегетативная – у 6 (6%), астеновегетативная в сочетании с диспептическим синдромом – у 4 (4%) и у 7 (7%) больных диспептическая в сочетании с гриппоподобной.

При объективном осмотре аппетит был понижен у всех больных. Однако с появлением желтухи отмечалось уменьшение общетоксических проявлений, что служило для нас важным диагностическим признаком. При пальпации живот был мягкий, безболезненный. С 4-6 дня болезни увеличивалась и становилась доступной для пальпации печень. По нашим данным, закономерное вовлечение печени в патологический процесс выражалось в ее увеличении у 96 (95%) обследованных и гепатоспленомегалией – у 5 (5%) больных. Выявленная нами гепатомегалия сопровождалась нарушением функции печени, которое проявлялось изменениями биохимических показателей (увеличением билирубина и ферментов крови Алт и Аст). Так АЛАТ повышался до 40-150 м/л у 28 больных, до 150-260 м/л – у 52 больных и выше 260 м/л – у 21 больных (при норме 31 – 40 и/л). А показатели АСАТ варьировали в пределах: 38 – 140 – у 30 больных и 140-250 – у 57 больных и свыше 250 – у 14 больных (при норме 31-38 и/л). У всех больных дополнительно проводилось серологическое исследование крови на маркеры к ВГС и ВГВ, результаты были отрицательные.

Дополнительно были проведены клинические исследования крови, позволившие выявить у больных детей анемию различной степени. Так анемия 1 степени была выявлена у 60(59.4%) больных, 2 степени – у 16(15.8%) больных и у 3(2.9%) больных - 3 степень.

Фаза угасания желтухи характеризовалась постепенным исчезновением признаков болезни. С исчезновением желтухи наступал период восстановления. В это время у больных нормализовался аппетит, угасали вегетативные нарушения, восстанавливались размеры печени, селезенки.

У всех больных течение заболевания было благоприятное, отмечались лишь некоторые остаточные явления. Так дискинезия желчевыводящих путей выявлялась у – 20 (20%), у 18 (18%) больных сохранялась гиперферментемия свыше 3-4 месяцев и у 12 (12%) больных гепатомегалия сохранялась в течении 2-3 месяцев после выписки из стационара. Все больных период реконвалесценции наблюдались в кабинете КИЗ и находились на диспансерном учете в течении 3-6 месяцев и были сняты с учета после клинико-лабораторного выздоровления.

Основной процент больных 63 (62.3%) находился в стационаре в течении 14-15 дней, от 15- до 21 дня в стационаре находилось – 32 (31.7%) больных и лишь единичные больные 6 (6%) больных провели в стационаре свыше 21 дня.

Таким образом, проведенный анализ больных вирусным гепатитом А показал преимущественное заражение детей в возрасте от 4 до 7 лет, у которых заболевание протекало преимущественно в типичной среднетяжелой форме. Продромальный период преимущественно протекал по гриппоподобному и диспептическому типу.

Использованная литература:

1. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Чердниченко Т.В. Вирусные гепатиты от А до ТTVу детей. – М.: ООО «Издательство «Новая волна»», 2003.-432с.
2. Рахманова А.Г., Неверов В.А., Пригожина В.К. Инфекционные болезни : руководство для врачей общей практики (2-е изд.). – СПб.: Питер, 2001 – 576 с.
3. Тимченко В.Н., Леванович В.В. Михайлов И.Б. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций : руководство для врачей общей практики (2-е изд.). – СПб.: Питер, 2005 – 433 с.