

MINISTRY OF HEALTH OF THE
REPUBLIC OF UZBEKISTAN
MINISTRY OF HIGHER AND SECONDARY
SPECIALIZED EDUCATION OF THE
REPUBLIC OF UZBEKISTAN

2018

*Year of Proactive
Entrepreneurship,
Innovative Ideas
and Technologies*



TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE

ANNUAL CONFERENCE



REPUBLICAN SCIENTIFIC CONFERENCE
"YOUNG SCIENTIFIC ACHIEVEMENTS
IN THE FIELD OF PEDIATRICS"

ABSTRACT BOOK
Volume 2

APRIL 17-18, 2018, TASHKENT

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА
ЎРТА МАҲСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN
MINISTRY OF HIGHER AND SECONDARY SPECIALIZED
EDUCATION OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN
TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE

*"Фаол тадбиркорлик, инновацион зоялар ва
технологияларни қўллаб-қувватлаш йили"* га
бағишланган

***“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ
ЮТУҚЛАРИ”***

РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ
WE INVITE YOU TO PARTICIPATE AT THE CONFERENCE
***“YOUNG SCIENTIFIC ACHIEVEMENTS IN THE
FIELD OF PEDIATRICS”***

devoted to the
***“Year of Proactive Entrepreneurship, Innovative
Ideas and Technologies”***

**ТЕЗИСЛАР ТЎПЛАМИ II - ҚИСМ
ABSTRACTS**

Тошкент, 17 - 18 апрел, 2018

рефрактометрия, исследование бинокулярного зрения, подвижности глазных яблок в 8 меридианах, измерение угла девиации с помощью призм, офтальмоскопия. Все дети обследовались смежными специалистами (педиатр, невролог, анестезиолог). При необходимости проводилась дополнительная консультация других специалистов. Из обследуемых больных прооперировано было 13 детей. Были выполнены следующие виды операций по ослаблению верхней косой мышцы: тенэктомия, рецессия с пролонгацией, тенотомия.

Результаты. Тенотомия верхней косой мышцы в основном проводилась детям с выраженным “V- pattern”ом. При вырожденном ограничении движения проводилось рецессия верхней косой мышцы. При фиброзе верхней косой мышцы была рекомендована тенэктомия. Симметричного положения глаз в первичной позиции зрения удалось достичь в 71,5 % случаев. У 85,7% оперированных детей улучшилась амплитуда движения пораженного глаза кверху до 20⁰ по Гиршбергу.

Выводы. Показаниями к операции при синдроме Брауна являются вынужденное положение головы, гипотропия, отсутствие движения пораженного глаза кверху из первичного положения. При лечении детей с синдромом Брауна необходим дифференцированный подход с учетом особенностей пораженной мышцы.

ПЕРВИЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ С СДВНС

*Оллаберганова Ш.М., Ходжиметов Х.А., Куръязова Ш.М.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Артериальная гипертензия остается одной из актуальных проблем современной кардиологии и медицины. При этом особую тревогу вызывает высокая распространенность её среди детского возраста. Высокая заболеваемость, значительная частота сердечных осложнений, нередко приводящих к инвалидизации и смерти больных, объясняют большую социальную значимость и тот интерес, который проявляют к ее изучению как клиницисты, так и представители теоретической медицины.

Цель исследования. Определение характера и степени нарушений вегетативной регуляции у детей с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Нами было обследовано 44 детей в возрасте от 14 до 18 лет находящиеся на лечении в Городском Подростком центре г Ташкента. Из них было 36 (68%) девочек и 14(32%) мальчиков, с синдромом Соматоформная Дисфункция Вегетативной Нервной Системы (СДВНС) по смешанному типу, с лабильной и со стабильной стадиями первичной артериальной гипертензии (ПАГ). Было сформировано три группы детей. Первая группа – 18 детей с СДВНС по смешанному типу, головными болями напряжения. Вторая группа – 12 детей с лабильной стадией ПАГ на фоне СДВНС по смешанному типу. Третья группа – 14 детей со стабильной стадией

ПАГ на фоне метаболического синдрома (МС). Стадии ПАГ у детей устанавливались на основании оценки результатов измерений АД при контрольных трехкратных визитах и по данным суточного мониторирования АД, а также на основании обнаружения изменений в органах мишенях. У всех детей проводилась оценка исходного вегетативного тонуса по таблицам А.М. Вейна, модифицированным Н.А. Белокозь; определялся тип вегетативного обеспечения с помощью клиноортостатической пробы (КОП), кардиоинтервалографии (КИГ).

Результаты и обсуждения. При определении исходного вегетативного тонуса у детей с СДВНС, головными болями напряжения в 89 % случаев определялась ваготония, в 6 % случаев – симпатикотония и в 6 % – эйтония; у детей с лабильной стадией ПАГ в 50 % случаев отмечалась симпатикотония, ваготония – в 25 % случаев и эйтония – в 25 %. У детей со стабильной стадией ПАГ ваготония и симпатикотония встречались с одинаковой частотой и составили по 50 %. При оценке вегетативного обеспечения с помощью КОП было установлено, что у детей с СДВНС, головными болями напряжения преобладал асимпатикотонический тип (61 %), астеносимпатический тип встречался в 22 % случаев, симпатикоастенический тип – в 11 %, гиперсимпатикотонический – в 6 %. У детей с лабильной стадией ПАГ обнаружено преобладание астеносимпатического типа (42 %), асимпатикотонический тип встречался в 25 % случаев, частота встречаемости симпатикоастенического и гиперсимпатикотонического типов не отличалась и составила по 17 %. При стабильной стадии ПАГ с МС с наибольшей частотой определялся симпатикоастенический тип – 57 %, асимпатикотонический и гиперсимпатикотонический варианты отмечались с одинаковой частотой – по 21 %. По данным КИГ, симпатикотония у детей первой группы выявлялась в 60 % случаев, во второй группе – в 71 %, в третьей группе – в 80 %. со стабильной стадией ПАГ с МС наличие напряженной адаптации выявлялось в 100 % случаев

Выводы. Высокая частота асимпатикотонического типа вегетативной реактивности свидетельствует о недостаточном вегетативном обеспечении, что, возможно, указывает на наличие высокого риска нарастания имеющихся вегетативных нарушений и развития первичной артериальной гипертензии. Раннее выявление и своевременная коррекция вегетативных нарушений у детей и подростков необходимо для предупреждения развития первичной артериальной гипертензии.

	ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ	
99.	<i>Наимов Д.С., Абдуллаев М.И.</i> ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ГЛИСТНЫХ ИНВАЗИЙ НА ТЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ	117
100.	<i>Наримов Н.А., Юсупов А.С.</i> ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ ПРИ ТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ	118
101.	<i>Насырова И.Р., Маджидова Ё.Н.</i> АНАЛИЗ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИТОЧАЯ «ХОНДРОНОРМ» У БОЛЬНЫХ С БОЛЯМИ В СПИНЕ	119
102.	<i>Нафасова Н.Н., Адашвоева М.А., Исмаилова М.А.</i> .ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	120
103.	<i>Нафасова Н.Н., Исмаилова М.А.</i> ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	122
104.	<i>Низматова Г.И., Зокирова Н.Б., Чинишева М.И.</i> ЖИГАР ВА ЎТ ЙЎЛЛАРИ ҲОЛАТИГА ФАСТОКИН ПЕСТИЦИДИНИНГ ТОКСИК ТАЪСИРИ САМАРАСИ	123
105.	<i>Низамова Н.А., Атаджанова М.М.</i> РАЗВИТИЯ GESTАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ	124
106.	<i>Ниязов А.Н., Рашидов З.Р.</i> РОЛЬ ЭХОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ КРОВОТОКА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК	125
107.	<i>Норматова К.Ю., Сайдалиходжаева Д.Г., Шаикрамов Ш.Ш.</i> ПСИХОЛОГО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	126
108.	<i>Обидов С.З.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ГЕЛЯ КУРИОЗИНА В НАРУНОЙ ТЕРАПИИ ЭНТЕРОПАТИЧЕСКОГО АКРОДЕРМАТИТА	128
109.	<i>Олимова Д.А., Туракулова Д.М.</i> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА БРАУНА У ДЕТЕЙ	129
110.	<i>Оллаберганова Ш.М., Ходжиметов Х.А., Куръязова Ш.М.</i> ПЕРВИЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ С СДВНС	130
111.	<i>Ортиқбоев Ж.О., Хакимов Д.П., Фахриев Ж.О.</i> СТРУКТУРА ПРИЧИН РАЗВИТИЯ СЕПСИСА И СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА У ДЕТЕЙ	132
112.	<i>Ортиқбоев Ж.О., Хакимов Д.П., Халилова Д.З.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ РАЗВИТИЯ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА У ДЕТЕЙ	133
113.	<i>Охунжонов У.М., Ахмедиев Т.М., Кариев Г.М., Ахмедиев М.М.</i> ЛИКВОРОШУНТИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНЫМИ ДИЗРАФИЯМИ	134
114.	<i>Охунжонов У.М., Ахмедиев Т.М., Кариев Г.М., Ахмедиев М.М.</i> К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИДРОЦЕФАЛИИ ПРИ СПИНАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ	135
115.	<i>Панченко С.И., Сулейманов Ш.Р.</i> ФАКТОРЫ РИСКА СОСУДИСТОГО ДЕЛИРИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	136