

Цель: совершенствование разработанной ранее технологии лечения больных витилиго путём оптимизации комплаенса.

Методы и материалы: В исследование включено 100 пац. (до 18 лет) больных витилиго за 2005-2010гг. Изучены осведомленности больных витилиго о существующих подходах к лечению, характере и структуре имеющейся полиморбидности, системности патологии, отягощающих обстоятельствах; оценена комплаентность пациентов к проводимой терапии, направленной на максимальное восстановление системной регуляции жизнедеятельности организма и нарушенной трофики тканей. Проводилось анкетирование по вопросам значения питания, настроенности и профилактической направленности в отношении хр. патологии, выполнения рекомендаций касательно тактики поддержания эффекта после лечения и др. Оценивалась степень приверженности пациентов к выполнению врачебных рекомендаций. Данные обработаны с использованием пакета программ Statistica 6.

Результаты: При высокой информированности больных (100%) о необходимости сочетания фармакотерапии и диетотерапии - 46% пац. допускали погрешности в диете во время лечения и только 22% находились на диетическом питании после окончания лечения; 32% нарушали предписания врача; 55% проводили альтернативное лечение, из них 85,5% до и 14,5% после нашего наблюдения.

Выводы: положительный результат в ответ на предлагаемое лечение заложен в системной регуляции деятельности организма, индивидуальной реакции соответственно особенностям обмена веществ индивидуума, различном исходном уровне состояния здоровья, и коррелирует с комплаенсом пациента – его личностно-психологическими качествами и социально-экономическими возможностями, предопределяя исход.

Гулямова М. А, Рахматуллаева Г.М., Мухамедова Ш.Т.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА МАТЕРЕЙ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА (ВПС) С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ (ППЦНС) СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Республика Узбекистан.

Актуальность: Анализ структуры пороков, повлекших смерть ребенка, обращает внимания, что только 1/3 из них составляют пороки развития ЦНС и сердечнососудистой системы

Цель исследования: Изучить факторы риска матерей, влияющие на развитие ВПС с ППЦНС у новорожденных детей.

Материалы и методы: Изучали анамнез матерей 40 новорожденных детей с ВПС с ППЦНС.

Результаты: При изучении факторов риска, влияющие на развитию ВПС с ППЦНС у новорожденных детей было выявлено, что число женщин в возрасте старше 35 лет составило 4 (10,0%), а менее 18 лет соответственно 2 (5,0%). Кровнородственный брак наблюдалось 2 (5,0%). Стрессов во время беременности было выявлено у 4 (10,0%) женщин, прием лекарственных препаратов 8 (20%). Среди соматических патологий наиболее часто наблюдалась, респираторная вирусная инфекция 12 (27,3%), TORCH инфекция у 10 (25%) женщин. У 10 (25,0%) женщин диагностировано эндемическое увеличение щитовидной железы и у 2 (15%) анемия 2-3 степени. НЦД по гипотоническому типу диагностировалась у 4 (10%) матерей. Из акушерского анамнеза выяснилось, что преждевременными закончились роды у 10 (25%) женщин, а оперативные 12 (27,3)%. Угроза прерывание беременности во втором триместре наблюдалось только у 2 (5%) женщин.

Выводы: Таким образом провоцирующими факторами риска развития врожденными пороков сердца с ППЦНС у новорожденных явились прием лекарственных препаратов во время беременности, перенесенные матерью респираторные вирусные и TORCH инфекции, что указывает на необходимость проводить профилактическую работу для раннего выявления и устранения у беременных женщин факторы риска, приводящие к ВПС с ППЦНС у новорожденных детей.

Девялтовская М. Г.

ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НЕЙРОМОТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», г. Минск, Республика Беларусь

С целью оценки эффективности использования феномена биологической обратной связи в реабилитации детей с нейромоторными нарушениями исследованы 60 детей в возрасте от 5 до 18 лет с диагнозом: G80 Детский церебральный паралич. 30 детям, составившим основную группу, на фоне стандартной терапии

применялся метод реабилитации с использованием компьютеризированного тренажера «Велогеймик» (производство Республика Беларусь); 30 детям контрольной группы проводилась стандартная терапия. Нейромоторные функции оценивались до начала курса реабилитации и после его окончания. Комплексная оценка включала оценку функций равновесия и координации по показателям теста «Удержание равновесия»: СКО (среднее квадратичное отклонение), СКО (X) (среднее квадратичное отклонение относительно оси X), СКО (Y) (среднее квадратичное отклонение относительно оси Y) и показателям теста «Пределы устойчивости»: время достижения цели, точность достижения цели. Результаты представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q_{25} ; Q_{75}).

У пациентов контрольной группы до начала курса стандартной терапии СКО равнялось 0,19 (0,07; 0,45); СКО (X) – 0,13 (0,02; 0,30); СКО (Y) – 0,13 (0,07; 0,18); после окончания курса СКО составило 0,13 (0,09; 0,29); СКО (X) – 0,06 (0,05; 0,09); СКО (Y) – 0,06 (0,05; 0,13). У детей основной группы до начала курса реабилитации с применением тренингов на основе биологической обратной связи СКО равнялось 0,20 (0,08; 0,25); СКО (X) – 0,09 (0,06; 0,08); СКО (Y) – 0,17 (0,05; 0,20); после окончания курса СКО уменьшилось до 0,09 (0,08; 0,18); СКО (X) – 0,06 (0,06; 0,2); СКО (Y) – 0,02 (0,07; 0,11). Следовательно, у пациентов основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы после окончания курса реабилитации показатели теста «Удержание равновесия» были существенно лучше: для СКО $p=0,02$; СКО (Y) $p=0,03$.

У детей контрольной группы до начала курса стандартной терапии время достижения цели составило 47 (15; 53) секунд; после окончания курса – 28,4 (15; 40,1) секунды. До начала курса терапии с применением биологической обратной связи время достижения цели у детей основной группы равнялось 34,0 (23,0; 49,0) секундам; после окончания курса – 20,3 (16,0; 23,5) секундам. Таким образом, после окончания курса реабилитации у пациентов основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы показатели теста «Пределы устойчивости» были достоверно лучше: для показателя время достижения цели $p=0,005$; для показателя точность достижения цели $p=0,02$.

На основании вышеизложенного применение феномена биологической обратной связи, реализованного посредством компьютерных технологий, рекомендуется для широкого внедрения в практику реабилитации детей с нейромоторными нарушениями.

Джубатова Р.С., Ашуров А.Э. Нигматова Л.М., Шоикрамов Ш.Ш., Гулямов Р.О.
**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт. Ташкент. Узбекистан,

Актуальность: Частое развитие сердечной недостаточности (СН) при дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) и высокая смертность обуславливает необходимость дальнейшего изучения различных клинических аспектов кардиомиопатии.

Цель: изучение особенностей клиники ДКМП у детей раннего возраста.

Материал и методы: под наблюдением находилось 40 детей с ДКМП в возрасте от 3 месяцев до 6 лет. Из них, детей от 3 месяцев до 1 года – 12 детей, от 1 года до 3 лет – 18 детей, с 3 до 6 лет – 10 детей. Диагноз ДКМП устанавливался на основании анамнеза, клинико-лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты исследования: кардиомиопатия в семье и у ближайших родственников отмечалась в 90%, случаи внезапной смерти или заболеваний, сопровождающихся застойной СН среди родственников в 70%, невынашивание беременности, аборт в 60%, курение, наркомания, алкоголизм во время беременности в 40%, сахарный диабет, гипертиреоз во время беременности в 20%. Левожелудочковая недостаточность развивалась в 80%, правожелудочковая недостаточность в 95%. Деформация грудной клетки – сердечный горб в 70%, кардиомегалия с расширением границ влево, вправо в 85- 95%, глухость сердечных тонов на верхушке, систолический шум (95-100%). Гипертрофия левого желудочка обнаруживалась в 100%, блокада ветвей пучка Гисса в 30-40%, чаще левой передне-верхней ветви (10-30%) и ритма: пароксизмальная тахикардия (60%), экстрасистолия (50-70%), мерцательная аритмия (40-50%). На ЭхоКГ – диффузное поражение миокарда, дилатация полостей сердца, интактность сердечных клапанов, диастолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ). На рентгенограмме: расширение границ сердца.

Заключение: Изучение особенностей клинического течения показало, что прогностически ДКМП у детей крайне неблагоприятное состояние. Отмечается неуклонное прогрессирование СН, велика вероятность развития осложнений в виде аритмии, тромбоэмболии, внезапной смерти.