

Шомурадова Ш.Ш.
**КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ
ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) относится к числу наиболее тяжелых и социально значимых форм хронической патологии у детей. Тенденция к ранней инвалидизации обусловлена не только поражением суставов, но и вовлечением в патологический процесс внутренних органов. Гепатотоксичность используемых при ЮРА препаратов приводит к развитию эндогенной интоксикации и поражению печени.

Цель исследования. Изучить клинико-биохимические проявления поражения печени у больных ЮРА.

Материал и методы исследования. Обследован 91 больной ЮРА, из них 50 мальчиков и 41 девочка в возрасте от 4 до 16 лет. Продолжительность заболевания составляла от 1 года до 10 лет. У 59 выявлены нарушения функции печени (основная группа), 32 - без поражения печени (группа сравнения). Проведено УЗИ печени, изучены активность ферментов АлАТ, ГГТ, ЩФ, содержание общего белка, альбуминов, билирубин и его фракции, тимоловая проба.

Результаты исследования. Из 59 больных основной группы у 37 был выявлен реактивный гепатит, из них с признаками цитолиза у 16, цитолиза и холестаза - 14, у 7 - холестатический вариант, у остальных 22 пациентов - признаки хронического гепатита. По данным ультразвуковой диагностики, у 8 из 13 детей наблюдалось увеличение размеров печени (+1-1,5 см), у 9 - небольшое повышение эхогенности паренхимы печени, и у 5 - усиление сосудистого рисунка. Поражения печени при УЗИ характеризовались диффузными изменениями паренхимы печени, повышенной эхогенностью, реактивным гепатитом и гепатомегалией.

У больных ЮРА с поражением печени отмечены более выраженные изменения биохимических показателей сыворотки крови. Так, содержание альбуминов достоверно снижалось в 1,5 и 1,27 раза, повышение АлАТ - в 1,54 и 1,32 раза, ГГТ и ЩФ в 1,4 и 1,51 раза, соответственно значениям практически здоровых лиц и группы ЮРА без наличия поражений печени. При этом содержание общего, прямого и непрямого билирубина статистически значимо возрастало в 1,56; 1,63 и 1,55 раза относительно нормативных величин, общего и непрямого билирубина - в 1,37 и 1,55 раза относительно показателей группы детей с ЮРА без поражения печени. Резко возрастал показатель тимоловой пробы, превышая значения практически здоровых лиц и группы больных без поражения печени в 2,77 и 1,75 раза, соответственно.

Выводы. Установлено, что у более половины больных ЮРА отмечается поражение печени, проявляющееся признаками мезенхимального воспаления, гипоальбуминемией, гипербилирубинемией, холестазом и цитолизом, что диктует необходимость своевременной коррекции терапии.

Юнусов А.С., Рябинин А.Г., Кириллова К.А., Рябинин В.А.*

**ПРИМЕНЕНИЕ ФЕРМЕНТАТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ
ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ УХА**

ФГБУ «Научно Клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

** ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ*

Проблема хирургического лечения больных с врожденными пороками уха продолжает привлекать пристальное внимание оториноларингологов, пластических хирургов и педиатров. Полиморфизм тканей наружного уха, своеобразии строения кожного покрова, особенности структуры и контуров хряща, разнообразие анатомо-топографического строения органа слуха, особенности детского возраста и особенности репаративных процессов создают значительные технические трудности при реконструктивной хирургии органа слуха, что делает успехи отохирургов в этом направлении весьма скромными.

В этой связи важным является поиск такой технологии, которая бы позволила выявить определенные параметры изучаемой области. Для достижения данной цели был выбран метод лазерной доплеровской флоуметрии, который позволяет отохирургам обосновать тот или иной метод хирургического лечения и применения ферментативных препаратов в реконструкции уха. При пороках развития показатели микроциркуляции крови в верхней и передней точках ушных раковин составили 13+/-1 перфузионных единиц (ПЕ), минимальные – в нижней точке (9+/-0,5 ПЕ), в заднеушной точке – 17+/-0,8 ПЕ, что свидетельствовало о глубоком нарушении трофики тканей околушной области у данной категории пациентов.

На основании полученных показателей микроциркуляции крови для профилактики послеоперационных осложнений в дооперационном периоде назначали: а) раствор трентала 5,0 на 200,0 0,9% р-ра NaCl внутривенно №3, б) курс ГБО №10. В послеоперационном периоде: а) местно – мазь «Солкосерил», б) магнитотерапия на послеоперационную рану со 2-х суток после операции, в) через 7 суток для предотвращения сужения вновь