

Т по 2 капли в оба глаза 1 раз в сутки;

б) общее: Sol. pirocetami 20% 5,0 мл внутривенно №10, Sol. acidi ascorbinici 5% 2,0 мл внутримышечно. Sol. piridoxini hydrochloridi 5% 2 мл внутримышечно. Гинотардиферрон по 1 таб. 2 раза в день.

Пациентка выписана на 10-е сутки с нормализовавшимися показателями крови и внутриглазного давления. Рекомендовано наблюдение окулиста, стоматолога, генетика и нефролога, продолжать терапию, назначенную офтальмологом, провести ортопедическое протезирование зубов в назначенные сроки.

Особенностью данного случая можно считать преобладание глазной симптоматики и нарушений со стороны полости рта. Следует отметить, что клинический диагноз был поставлен при поступлении пациентки в стационар, а в последующем подтвержден специалистами медико-генетического центра.

Литература

1. Гинтер Е.К. Медицинская генетика: Учебник. – М.: Медицина, 2003. – 187 с.
2. Ярцева Н.С., Барер Г.М., Гаджиева Н.С. Синдромы с одновременным поражением органа зрения, полости рта и зубочелюстной системы: Учеб. пособие. – М., 2003.
3. Kuryazova Z.Kh. Ko'ruv a'zosi, og'iz bo'shligi va tish-jag' tizimining birgalikda kechadigan zarlanish sindromlari: O'quv-uslubiy qollanma. – Tashkent: Mexridaryo, 2018. – 63 b.

Описан клинический случай синдрома

Мейер-Швиккерата – Грютерихса – Вейерса (синдром окуло-дентодигитальной дисплазии), особенностью которого можно считать преобладание патологии органа зрения и полости рта. Диагноз был поставлен в отделении, после полученного лечения была достигнута стабилизация процесса.

Ключевые слова: сочетанные поражения органа зрения и полости рта, наследственные заболевания.

The article presents a clinical case of Meyer-Schwickerath – Grüterichs – Weyers syndrome (oculodentodigital dysplasia syndrome). A feature of this case can be considered the predominance of pathology of the organ of vision and oral cavity. The diagnosis was made in the department, after the received treatment the stabilization of the disease was achieved.

Key words: combined lesions of the organ of vision and oral cavity, hereditary diseases.

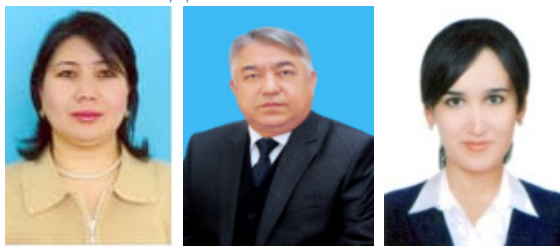
Maqolada Meyer-Shvikerat – Grüterichs – Veyers sindromining (okulodentodigital displaziya sindromi) klinik holati keltirilgan. Ushbu holatning xususiyati ko'ruv a'zoni va og'iz bo'shlig'i patologiyasining ustunligi deb hisoblanishi mumkin. Bo'limda tashxis qo'yilgan, davolanganidan so'ng kasallik jarayoning barqarorlashuvi kuzatilgan.

Kalit so'zlar: ko'rish organi va og'iz bo'shlig'ining kombinatsiyalangan zararlanishi, irsiy kasalliklar.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-63>

УДК: 616-053.4-071.3]:616.322/.327

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ АДЕНОТОНЗИЛЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ



Тастанова Г.Е.¹, Ходжанов Ш.К.², Абдусаматова И.И.¹.

¹Ташкентский государственный стоматологический институт, ²Ташкентская медицинская академия

Изучение показателей физического развития детей различного возраста имеет важное практическое значение, так как именно эти показатели характеризуют состояние здоровья подрастающего поколения [1,6]. Мониторинг

физического развития детей является важным критерием в медицинском обследовании и профилактике развития различных заболеваний [2,7].

В последнее время во многих регионах, и

особенно в экологически неблагоприятных районах, отмечается ухудшение показателей физического развития, остро проявляющееся у детей школьного возраста. Сегодня нагрузки на школьников непомерны, что стало заметно в период пандемии в связи с переходом на дистанционное обучение. Многочасовое просиживание у экранов компьютеров – одна из основной причин снижения двигательной активности, развития патологических изменений во внутренних органах, снижения иммунной защиты, формирования дезадаптивных изменений психоэмоциональной сферы [1,5]. Следует отметить, что любые отклонения от нормы, нарушения темпов прироста антропометрических показателей будет говорить о нарушениях иммунологической реактивности организма.

По частоте встречаемости заболеваний у детей на первый план выходят заболевания верхних дыхательных путей, в частности ротоносоглотки, которые встречаются в среднем до 40% от всех случаев заболеваний [5]. Распространенность хронического тонзиллита, по данным официальной статистики, составляет от 8,5 до 15 % и зависит от возраста ребенка [3,4]. Пик развития лет гипертрофии аденоидов и миндалин приходится именно на младший школьный возраст (6-8 лет), что совпадает с четвертым переходным этапом становления иммунной системы, когда происходит окончательная морфологическая перестройка поверхности миндалин, полного развития лакун и крипт [3]. Очень часто патология аденоотонзиллярной системы приобретает хроническое течение, что негативно влияет на состояние всего организма и, прежде всего опорно-двигательного аппарата, в частности на скелет головы и шейного отдела позвоночника.

Цель исследования

Оценка физического развития детей младшего школьного возраста с патологией аденоотонзиллярной системы.

Материал и методы

Обследованы 38 детей в возрасте 6-8 лет с заболеваниями аденоотонзиллярной системы. 1-ю группу составили 12 школьников, страдающих хроническими заболеваниями аденоотонзиллярной системы (хрон. аденоидит, хрон. тонзиллит), во 2-ю группу вошли 18 детей в возрасте 6-8 лет с

гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки (гипертрофия аденоидов, гипертрофия небных миндалин II степени). 3-я группа (контроль) включала 8 школьников без клинических проявлений патологии со стороны ЛОР-органов.

Исследование проводилось на базе детского отделения ЛОР-патологии 1-й клиники Ташкентской медицинской академии и поликлиники №27 Чиланзарского района г. Ташкента. Всем детям проведены клинико-анамнестические методы исследования, физикальное обследование, консультация отоларинголога, при необходимости других врачей-специалистов, а также общелабораторные методы исследования. Для верификации диагноза и выявления сопутствующей патологии детям выполняли эндоскопические, рентгенологические, МСКТ, функциональные исследования. Антропометрические показатели оценивали с помощью центильных таблиц, определяли гармоничность физического развития. Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с применением интегрированного пакета прикладных программ Statistica for Windows 6.0.

Результаты и обсуждение

Как показали наши исследования, в 1-й группе хронический тонзиллит диагностирован у 5 (41,6%) детей, хронический аденоидит – у 4 (33,3%), сочетанная форма хронической патологии аденоотонзиллярной системы – у 3 (25%).

Согласно классификационным критериям Б.С. Преображенского в модификации В.Т. Пальчуна (2013), более чем у половины обследованных (58,3%) отмечалась клиническая картина простой формы хронического тонзиллита, у 35% детей диагностирована токсико-аллергическая форма. При проведении клинического осмотра состояния миндалин обнаружены гнойные пробки в криптах миндалин (при надавливании шпателем), наличие симптомов Гизе, Зака и Преображенского. Картина хронического аденоидита выглядела следующим образом: наличие признаков затрудненного носового дыхания, храп и беспокойство во сне, ринорея, частичное снижение слуха. При сочетанной форме патологии отмечались в равной доле все признаки хронической патологии аденоотонзиллярной системы.

Из числа больных с гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки у 11 (61%) выявлена гипертрофия аденоидов II степени, у 3 (16%) – гипертрофия небных миндалин, у 4 (22%) – картина сочетанной гипертрофии миндалин I и II степени. При фарингоскопическом исследовании увеличенные небные миндалины имели плотно-эластическую консистенцию, без явных признаков воспаления, чаще ярко-розового цвета. При задней риноскопии аденоиды визуализировались как образования бледно-розового цвета с широким основанием, неровной поверхностью, разделенной продольно размещенными щелями, находящиеся на своде носоглотки.

Оценка физического развития детей показала изменения многих показателей. Так, в группе детей с хроническими заболеваниями адено tonsиллярной системы показатели длины тела отставали от нормативных значений в среднем на 18-20%, хотя среди детей с гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки отмечается резкий разброс ростовых параметров. Низкий рост чаще встречался среди детей с хронической патологией миндалин, а во 2-й группе среди детей с гипертрофией аденоидов и миндалин низкий рост был только у 10,2%. В контрольной группе у детей без патологии ЛОР-органов низкий рост, соответствующий значениям центильных величин менее P10, не выявлен.

с хроническими заболеваниями адено tonsиллярной системы показатели длины тела отставали от нормативных значений в среднем на 18-20%, хотя среди детей с гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки отмечается резкий разброс ростовых параметров. Низкий рост чаще встречался среди детей с хронической патологией миндалин, а во 2-й группе среди детей с гипертрофией аденоидов и миндалин низкий рост был только у 10,2%. В контрольной группе у детей без патологии ЛОР-органов низкий рост, соответствующий значениям центильных величин менее P10, не выявлен. Следует отметить, что высокий рост (более P90) достоверно чаще отмечался как в контрольной группе, так и в группе детей с гипертрофическими изменениями адено tonsиллярной системы.

Очень интересные данные получены относительно массы тела. Так, низкая масса чаще встречалась у детей с хронической патологией, дефицит массы тела I и II степени был обнаружен у 5 (41%) детей. Во 2-й группе, наряду с дефицитом массы тела (22%), у 7 (40%) детей имелась избыточная масса тела. Как известно, у детей с избыточной массой тела заметно снижена иммунологическая резистентность организма, что приводит к затяжному течению любого воспалительного процесса. Наши исследования показали, что высокий прирост массы отмечается и в контрольной группе (48%), хотя по результатам диспансеризации таких детей относят к группе «относительно здоровых», что указывает на недостаточно тщательное проведение профилактической диспансеризации. Следует отметить, что избыток массы тела I-II степени достоверно чаще выявляется среди детей с гипертрофическими изменениями адено tonsиллярной системы. В 1-й группе избыточную массу тела I степени имели лишь 6% детей (табл.).

Таблица

Средние показатели массы и роста у детей различных групп, $M \pm m$

Показатель	1-я группа, n=12	2-я группа, n=18	Контрольная группа, n=8
Масса тела, кг	25,6 $\pm$ 1,6	29,08 $\pm$ 3,04	31,2 $\pm$ 2,08
Рост, см	124,9 $\pm$ 2,06	128,0 $\pm$ 1,58	131,6 $\pm$ 2,70

возможно, приводит к ускорению роста у детей этого возраста. Следует также отметить, что в этой группе отмечается и дефицит массы тела (22%), то есть отклонения в массе тела у детей этой возрастной группы встречались чаще, чем отклонения в росте. Все в совокупности привело к выраженному дисгармоничному развитию детей обеих групп. Отдельно следует обратить внимание на тот факт, что у 48% детей контрольной группы отмечается избыточный прирост массы тела, хотя по данным профилактического осмотра они относятся к группе «здоровых».

В заключение следует отметить, что полученные нами результаты свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к оценке физического развития у детей с патологией адено tonsиллярной системы, так как именно изменения показателей развития могут явиться предикторами начала патологических преобразований в растущем организме [8].

Литература

1. Баранов А.А., Кучма В.Р. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации: Сб. материалов. – М.: ПедиатрЪ, 2013. 192 с.
2. Белов В.А., Воропаева Я.В. Распространенность хронического тонзиллита у детей по данным всероссийской диспансеризации // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. – 2012. – Т. 57, №1. – С. 85-89.
3. Кондратьева Е.И., Степаненко Н.П., Лиханова У.В. Клинико-иммунологическая характеристика часто болеющих детей и детей с хроническими очагами инфекции носоглотки на фоне немедикаментозного лечения // Курортная медицина. – 2013. – № 1. – С. 57-60.
4. Нагаева Т.А., Фурманова Е.А., Пономарева Д.А. Роль матриксной металлопротеиназы-9 при патологии миндалин и аденоидов у часто болеющих детей // Лечение и профилактика. – 2015. – №1 (13). – С. 48-51.
5. Намазова-Баранова Л.С., Кучма В.Р., Ильин А.Г. и др. Заболеваемость детей в возрасте от 5 до 15 лет в Российской Федерации // Мед. совет. – 2014. – № 1. – С. 6-10.
6. Универсальная оценка физического развития младших школьников: Пособие для мед. работников; Под ред. А.А. Баранова, В.Р. Кучма, Л.М. Сухаревой и др. — М.: НИЦД РАМН; 2010.

— 34 с.

7. Чагаева Н.В., Попова И.В., Токарев А.Н. и др. Мониторинг физического развития детей // Вятский мед. вестн. – 2010. – №3. – С. 63-68.

8. Skinner A.C., Steiner M.J., Henderson F.W., Perrin E.M. Multiple markers of inflammation and weight status: cross-sectional analyses throughout childhood // Pediatrics. – 2010. – 125, №4. – P. 801-809.

Цель: оценка физического развития детей младшего школьного возраста с патологией адено tonsиллярной системы.

Материал и методы: обследованы 38 детей в возрасте 6-8 лет с заболеваниями адено tonsиллярной системы. 1-ю группу составили 12 школьников, страдающих хроническими заболеваниями адено tonsиллярной системы (хрон. аденоидит, хрон. тонзиллит), во 2-ю группу вошли 18 детей в возрасте 6-8 лет с гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки (гипертрофия аденоидов, гипертрофия небных миндалин II степени). 3-я группа (контроль) включала 8 школьников без клинических проявлений патологии со стороны ЛОР-органов. **Результаты:** почти у трети детей отмечаются сдвиги в развитии, степень выраженности которых зависит от вида патологического процесса в адено tonsиллярной системе. У детей с хроническими воспалительными процессами в миндалинах самые низкие ростовые показатели, нередко дефицит массы тела. У детей с гипертрофией аденоидов и небных миндалин II степени на фоне высоких ростовых показателей отмечается резкий разброс показателей массы тела как в сторону прироста, так и снижения. **Выводы:** патология адено tonsиллярной системы приводит к дисгармоничному развитию детей в данных группах наблюдения.

Ключевые слова: адено tonsиллярная система, физическое развитие, рост, масса тела, хронический тонзиллит, хронический аденоидит, гипертрофия миндалин.

Objective: To assess the physical development of primary school children with pathology of the adenotonsillar system.

Material and methods: 38 children aged 6-8 years with diseases of the adenotonsillar system were examined. The 1st group consisted of 12 schoolchildren suffering from chronic diseases of

the adenotonsillar system (chron.adenoiditis, chron. tonsillitis), the 2nd group included 18 children aged 6-8 years with hypertrophy of the lymphoid tissue of the nasopharynx (hypertrophy of the adenoids, hypertrophy of the palatine tonsils II degree). Group 3 (control) included 8 schoolchildren without clinical manifestations of pathology from the ENT organs.

Results: Almost one third of children have developmental shifts, the severity of which depends on the type of pathological process in the adenotonsillar system. Children with chronic inflammatory processes in the tonsils have the lowest growth rates, often underweight. In children with hypertrophy of the adenoids and palatine tonsils of the II degree, against the background of high growth rates, there is a sharp scatter of body weight indicators both in the direction of increase and decrease.

Conclusions: The pathology of the adenotonsillar system leads to disharmonious development of children in these observation groups.

Key words: adenotonsillar system, physical development, height, body weight, chronic tonsillitis, chronic adenoiditis, tonsil hypertrophy.

Maqsad: adenotonsillar tizimining patologiyasi bo'lgan boshlang'ich maktab o'quvchilarining jismoniy rivojlanishini baholash.

Material va usullar: 6-8 yoshdagi, adenotonsillar sistemasi kasalliklariga chalingan 38 bola tekshirildi. 1-guruhga adenotonsillar tizimining surunkali kasalliklari (xron.adenoidit, xron.tonsillit) bilan og'rikan 12 nafar maktab o'quvchilari, 2-guruhga nazofarenksning limfoid to'qimalarining gipertrofiyasi (adenoidlarning gipertrofiyasi) bilan 6-8 yoshdagi 18 bola kirdi. , palatin bodomsimon bezining gipertrofiyasi II daraja). 3-guruhga (nazorat) LOR a'zolaridan patologiyaning klinik ko'rinishlari bo'lmagan 8 nafar maktab o'quvchilari kiritilgan.

Natijalar: bolalarning deyarli uchdan birida rivojlanish siljishlari bor, ularning og'irligi adenotonsillar tizimidagi patologik jarayon turiga bog'liq. Bademciklerde surunkali yallig'lanish jarayonlari bo'lgan bolalar eng past o'sishga ega, ko'pincha vazn etishmaydi. II darajali adenoidlar va palatin bodomsimon bezlari gipertrofiyasi bo'lgan bolalarda yuqori o'sish fonida tana vazn ko'rsatkichlarining o'sish va pasayish yo'nalishi bo'yicha keskin tarqalishi kuzatiladi.

Xulosa: adenotonsillar tizimining patologiyasi ushbu kuzatuv guruhlaridagi bolalarning uyg'un rivojlanishiga.

Kalit so'zlar: adenotonsillar sistemasi, jismoniy rivojlanish, bo'yi, tana vazni, surunkali tonsillit, surunkali adenoidit, bodomsimon gipertrofiya.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-64>

УДК: 617,51:617,53-006-039,74

ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ



Убайдуллаев Х.А., Гафур-Ахунов М.А., Гаффоров С.А.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Результаты реабилитационного лечения больных с дефектами челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) изучались путем динамического наблюдения и оценивались в зависимости как от тяжести основного заболевания, так и от степени

функциональной и косметической эффективности эндо- и экзопротезов [5]. Реабилитация больных раком челюстно-лицевой области приобретает все большее значение в связи с тем, что продолжительность жизни после проведенного