

erkaklar, 1494 (27,6%) ayollar, o'rtacha yoshi 20-70 yoshda. 1-guruh - 5021 (92,7%) kraniofasiyal shikastlanmagan bemorlar, 2-guruh - 391 (7,3%) kraniofasiyal shikastlangan bemorlar. **Natijalar:** bemorlarning 30,1 foizida qon ketish bor, 3,1 foiz yumshoq to'qimalardan, 13,7 foiz suyak jarohatlaridan qon ketishgan. 7,2 foizida miya kontuziyasi bo'lgan, 39,1 foizida miya chayqalishi bo'lgan. **Xulosa:** Ushbu bemorlarda miyaning shikastlanishini davolash bir vaqtning o'zida bir nechta mutaxassislarining ishtirokini talab qiladi.

Kalit so'zlar: miya, birgalikda shikastlanish, birinchi yordam.

Цель: изучение частоты встречаемости черепно-лицевых травм и анализ причин их возникновения. **Материал и методы:** проанализированы данные 5412 больных, получавших лечение в течение 2016-2017 гг., из них 3918 (72,4%) мужчин, 1494 (27,6%) женщины, средней возраст 20-70 лет. 1-я группа – 5021 (92,7%) больной без краниофациальных травм, 2-я группа – 391 (7,3%) больной с краниофациальными травмами. **Результаты:** У 30,1% больных отмечалось носовое кровотечение, у

3,1% кровотечение из мягких тканей, у 13,7% кровотечение из костной раны. У 7,2% был ушиб головного мозга, у 39,1% сотрясение головного мозга. **Выводы:** лечение повреждения головного мозга у этих больных требует участия нескольких специалистов одновременно.

Ключевые слова: головной мозг, сочетанная травма, первая медицинская помощь.

Objective: Study of the frequency of occurrence of craniofacial injuries and analysis of the causes of their occurrence. **Material and methods:** Data of 5412 patients who received treatment during 2016-2017 were analyzed, of which 3918 (72.4%) were men, 1494 (27.6%) were women, with an average age of 20-70 years. 1st group – 5021 (92.7%) patients without craniofacial injuries, 2nd group – 391 (7.3%) patients with craniofacial injuries. **Results:** 30.1% of patients had epistaxis, 3.1% bleeding from soft tissues, 13.7% bleeding from a bone wound. 7.2% had a brain contusion, 39.1% had a concussion. **Conclusions:** Treatment of brain damage in these patients requires the participation of several specialists at the same time.

Key words: brain, concomitant injury, first aid.

Проблемы смежных дисциплин

УДК: 616-053.31.-07:575.1

СИНДРОМ МЕЙЕР-ШВИККЕРАТА – ГРЮТЕРИХСА – ВЕЙЕРСА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)



Курьязова З.Х., Янгиева Н.Р., Джамалова Ш.А., Хикматов М.Н.
Ташкентский государственный стоматологический институт

Синдром Мейер-Швиккерата – Грютерихса – Вейерса (синдром окуло-дентодигитальной дисплазии) – редко встречающееся диспластическое расстройство развития с поражением глаз, зубов, волос и выступающих частей конечностей. Относится к синдромам черепно-нижнечелюстно-лицевой дисморфии, синдромам дуги нижней челюсти и глазо-пальцевым синдромам.

В 1974 г. немецкий офтальмолог Gerhard Meyer-Schwickerath, E. Gruterich и немецкий педиатр H. Weyers детально описали заболевание со следующими проявлениями: узкий тонкий нос с прямой ровной спинкой, очень короткими носовыми крыльями, так что ноздри открывались снаружки и кпереди.

Этиология и патогенез синдрома. Эктодермальная дисплазия, развивающаяся в результате поражения центров дифференциации. В экспериментах P. Hertwig на мышах, подвергнутых рентгеновским мутациям, последние проявлялись параллельными изменениями глаз, волос и зубов.

Изменения стороны глаз: двусторонняя микрофтальмия, аномалии радужки, врожденная глаукома, гипертелоризм, эпикант. Реже

встречаются узкие глазные щели, птоз, помутнение роговицы, врожденная катаракта, гипоплазия переднего листка радужки в виде тонкой пористой пластинки без крипт и лакун. В области зрачка – остатки персистирующей пупиллярной мембраны.

Со стороны зубов: эмалевая дисплазия с коричневой окраской зубов, наряду с микродентией и олигодентией. Иногда наблюдается микроцефалия, расщелина губы и неба.

Аномалии в строении пальцев: сводились к удлинению кожного покрова между пальцами, камподактилии мизинцев, гипоплазии или полному отсутствию средних фаланг у нескольких или всех пальцев.

Кожа сухая. Волосы редкие, сухие, тонкие, растут медленно. Психомоторное развитие нормальное.

В возникновении и развитии оптико-одонтодигитальных дисплазий приписывают одинаковую роль различным эндогенным воздействиям и генетическому фактору.

Единственный метод диагностики синдрома Мейер-Швиккерата, выявляющим значительные изменения – электроэнцефалограмма (ЭЭГ), на

которой выявляются электрические трассы с пониженным вольтажом.

Дифференциальный диагноз. Другие комбинированные аномалии радужной оболочки и зубов. Дискраниопиго-фалангия (S. Ullrich – Feichtiger, см.). S. Christ – Siemens – Touraine. Другие формы эктодермального синдрома и микрофтальмии. Зубно-лицевой синдром (Weyers – Fulling).



Лечения эффективного не существует, в возможных случаях показано хирургическое.

Приводим случай собственного наблюдения. Больная С., 33 года, инвалид 2-й группы, поступила в отделение микрохирургии глаза клиники Ташкентской медицинской академии для прохождения курса консервативного лечения, с жалобами на отсутствие зрения правого глаза и низкое зрение левого глаза.



Рис. 1. Больная С., 33 года. На фото характерный внешний вид: узкий, тонкий нос с прямой ровной спинкой, частичная алопеция.

Диагноз при поступлении: OD Врождённая IIIa глаукома. OS – врождённая IVc глаукома. Рубец роговицы IV степени. OU – врождённый горизонтальный нистагм. Микрофтальм. Микрокорнея.

Согласно данным анамнеза жизни и развития болезни, со слов больной, низкое зрение обоих глаз отмечается с детства. Состоит на учёте “Д” в семейной поликлинике. Находится на постоянном режиме закапывания глазных капель Бримоптик, регулярно проходит стационарное лечение. Отмечает отсутствие зрения правого глаза в течение нескольких лет и периодически возникающие болезненные ощущения в области правой глазницы.

Данные объективного осмотра при поступлении: общее состояние больной удовлетворительное.

Больная пониженного питания. Положение активное, сознание ясное. Температура тела 36,2°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Отмечается частичная алопеция на волосистой части головы. При аускультации в лёгких отмечается везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, неритмичны. Уровень артериального давления составляет 120/80 мм рт. ст., пульс 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка пальпаторно не увеличены. Стул и диурез регулярные, безболезненные.

St. localis: Острота зрения Vis OD 0,03 не корректирует; Vis OS “0” (ноль). Внутриглазное давление пальпаторно: OD T=N; OS T=++



Рис. 2. Больная С., 33 года. На фото изменения со стороны глаз: Микрофтальм, микрокорнея обоих глаз, тотальное бельмо роговицы IV степени левого глаза.

Данные биомикроскопии: OU – горизонтальный мелкоразмашистый нистагм. Глазные яблоки

уменьшены в размере. OD – роговица – прозрачная, уменьшена в размере (9x10 мм). Передняя камера

глубокая 4,0 мм, влага прозрачная. Зрачок в диаметре 3,0 мм, фотореакция отсутствует, хрусталик уменьшен в размере. OS – роговица мутная с новообразованными сосудами. Офтальмоскопия OU. Глазное дно не офтальмоскопируется.

Была проконсультирована нефрологом, диагноз: хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. Даны рекомендации по лечению и наблюдению. *Диагноз стоматолога:* частичная адентия, генерализованная дисплазия эмали, рекомендовано протезирование зубов.

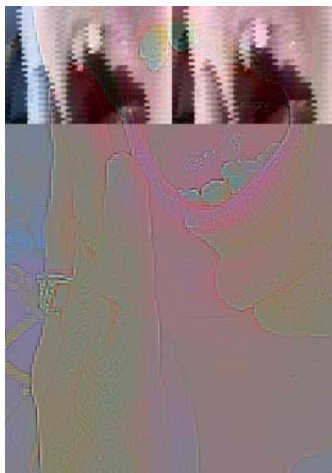


Рис. 3. Больная С., 33 года. Изменения в полости рта: частичное отсутствие зубов.

Были проведены традиционные клинко-лабораторные исследования: В общем анализе крови отмечается анемия, повышение скорости оседания эритроцитов: Нв – 98 г/л, эр. – $3,6 \times 10^{12}$, л. – $6,4 \times 10^9$, с. – 67%, п. – 2%, эоз. – 3%, мон. – 6%, лимф. – 22%, СОЭ – 16 мм/с. Общий анализ мочи: лейкоцитурия – 45 мл, цвет – светло-жёлтый, плотность – 1014, белок – abZs, глюкоза – abs. Эпителий – 9-11/1, л. – 3-5/1, цилиндры – abs, бактерии – abs. Сахар крови после еды – 4,9 ммоль/л.

ЭКГ: синусовая аритмия, частота сердечных сокращений 68-88 ударов в минуту, вертикальная позиция сердца.

УЗИ внутренних органов (печени, селезенки, поджелудочной железы, желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков): интра- и параорганных патологических включений не выявлено. Правая почка уплотнение паренхимы, расширение чашечно-лоханочной системы. Левая почка – без особенностей.

Кконсультация педиатра-генетика, клинический диагноз подтверждён.

Таким образом, после обследования пациентки выставлен заключительный диагноз: Синдром Мейер-Швиккерата – Грютерихса – Вейерса (шифр по МКБ Q87.5).

Проведено лечение (в течение 10 дней):

а) местно: Sol. emoxipini 1% 0,5 мл парабульбарно. Sol. taufoni 4% 0,5 мл парабульбарно. Sol. lakoma – 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 (okulodontodigital 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.

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 аденотонзиллярной 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 аденотонзиллярной системы.

Материал и методы

Обследованы 38 детей в возрасте 6-8 лет с заболеваниями аденотонзиллярной системы. 1-ю группу составили 12 школьников, страдающих хроническими заболеваниями аденотонзиллярной 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 клиничко-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%)