

фасцию до тех пор, пока не становились, хорошо видимыми, просвечивающие сквозь подлежащую фасцию, дольки околоушной железы и волокна жевательной мышцы. Далее производилось препарирование ветвей лицевого нерва, расположенных в ткани железы: рассекали ткани околоушной железы и выделяли сплетение лицевого нерва до уровня основного ствола нерва. При выделении ветвей лицевого нерва обращали внимание на наличие связей между ветвями лицевого нерва. Если связи между ветвями нервов располагались вне ткани околоушной железы, то их оценивали как периферические, если в ткани железы – их называли центральными.

Результаты исследования. Как показали данные исследования, после выхода лицевого нерва из шилососцевидного отверстия ниже наружного слухового прохода в среднем на 10 мм вступает в толщу околоушной железы и здесь делится на главные ветви. Ствол лицевого нерва в большинстве случаев имеет направления сверху вниз, сзади наперед, из глубины наружу. Направление основного ствола лицевого нерва соответствует линии, соединяющей вершину сосцевидного отростка с углом нижней челюсти на 0,2-1,1 см выше её. Результаты наших исследований, что в форме ветвления можно выделить три формы: в 42% случаев он формируется одной ветвью, в 37% двумя ветвями, а в 1% случаев - тремя ветвями. В детском возрасте лицевой нерв, направляясь вертикально, распадается по пути на меньшее количество ветвей, а у взрослых по своему пути отдает относительно большее их количество. Деление нерва у детей происходит относительно ниже, чем у взрослых. С возрастом этот уровень смещается кверху. Лицевой нерв имеет две крайние формы ветвления: сетевидную и магистральную. Однако независимо от формы ветвления всегда можно выделить веерообразно расходящиеся ветви лицевого нерва. Вследствие такого расположения лицевого нерва, во избежания повреждения основных ветвей, разрезы на лице следует проводить в радиальном направлении от точки, отстоящей на один поперечный палец книзу от наружного слухового прохода.

Выводы. Таким образом, при проведении разрезов на лице следует руководствоваться топографией и проекцией основных ветвей лицевого нерва в соответствии, с чем разрезы должны иметь радиальное направление от козелка уха к наружному углу глаза, к кончику носа, к углу рта, а также параллельно нижнечелюстному краю на 1- 1,5 см ниже его.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИММУНОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ

*Шерматов Р.М., Содикова Ш.Р.
Central Asian Medical University*

Инфекционные болезни по-прежнему являются актуальной медико-социальной проблемой. Связано это, с одной стороны с их ростом, а с другой-с появлением в последние годы новых и возвращающихся инфекций. На сегодняшний день остро стоят проблемы вирусных гепатитов, кишечных инфекций, менингококковой инфекции, а также внутриутробных и оппортунистических инфекций, возникающих в условиях наследственно обусловленного или приобретённого иммунодефицита.

При любом инфекционном процессе течение болезни и эффективность адекватной терапии зависит от функции иммунного ответа. Под иммунным ответом в широком смысле понимают всю совокупность защитных реакций иммунной системы организма, направленных на ограничение распространения и элиминацию возбудителя инфекции.

Острые кишечные инфекции продолжают занимать одно из ведущих мест среди инфекционной патологии, по частоте лишь группе острых респираторных заболеваний. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется более 4 миллиардов случаев заболеваний, при этом заболеваемость у детей значительно превышает заболеваемости взрослых.

Это обусловлено как совокупностью внешних факторов (неблагоприятная экологическая обстановка, высокая миграционная активность населения, снижение качества санитарно-эпидемиологического контроля), так и причинами эндогенного характера. Среди них наиболее серьёзную проблему представляют рост соматической гастроинтестинальной патологии и нерациональное вскармливание, нарушающие нутриционный статус и способствующие формированию иммунологической несостоятельности естественных барьеров макроорганизма. Ухудшение качества здоровья детей усугубляет течение инфекционного процесса и объясняет доминирование среднетяжёлых и тяжёлых форм, а также затяжное течение на современном этапе.

Как и в прежние годы, значительная роль в этиологии кишечных инфекций у детей принадлежит бактериальным агентам, ведущую позицию среди которых занимают возбудители инвазивной диареи шигеллы, сальмонеллы, персинии.

Бактериальная дизентерия в настоящее время характеризуется превалированием возбудителей, обладающих высокими инвазивными и патогенными характеристиками. При ряде инфекционных заболеваний наряду с базисным лечением нами были использованы разнонаправленная иммуномодулирующая терапия.

В качестве препарата, оказывающего активизирующее действие на фагоцитирующие клетки и стимулирующего выработку специфических антител, был использован циклоферон.

Использование препарата в острый период инфекции приводило к активации иммунного ответа.

Терапия циклоферон приводила к стимуляции иммунного ответа, отмечался рост уровня цитотоксических лимфоцитов и числа клеток, несущих рецептор к интерлейкину-2, также отмечено стимулирующее влияние циклоферона на антительный ответ.

Таким образом, для оптимизации терапии бактериальных кишечных инфекций, предупреждения негладкого течения заболевания, быстрой санации макроорганизма от патогенна целесообразным является эффективным при шигеллёзах, сальмонеллёзах и иерсиониозной, как в острый период заболевания, так и при реконвалесцентном бактериовыделении.

Препарат способствует повышению анти-инфекционной резистентности слизистой толстой кишки, активации системного иммунного ответа у детей, что предотвращает затяжное течение заболевания и длительную персистенцию возбудителя.

ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ В СВЯЗИ С ИХ ОБРАЗОМ ЖИЗНИ

*Холбобоева Ш.А., Мамаджанова Х.Х.
makhmudova.khadicha@mail.ru
Central Asian Medical University*

Резюме. Рассматриваются основные проблемы питания студентов, первых курсов, обусловленные их образом жизни, которые существенно влияют на показатели здоровья, учебной деятельности и процесс адаптации. В результате обследования 350 студентов медико-профилактического факультета было установлено следующее: 94% студентов отмечают, что не соблюдают режим питания; 25% студентов не завтракают на первом курсе, 39% на втором, 45% на третьем; 8% питаются 1 раз в день, 73% - 2-3 раза в день. И лишь 30% студентов принимают пищу, как и рекомендовано врачами-диетологами, 4-5 раз в день. К сожалению, во многих случаях наблюдается нарушение не только режима питания, но и качественного состава пищи.

Актуальность. На организм студентов, особенно, младших курсов большое влияние оказывает изменение привычного уклада жизни. Увеличение объема информации, новая по сравнению со школой форма ее подачи, необходимость самостоятельно распределять время и организовывать свой быт (особенно для иногородних студентов)