

traumatic stress disorders. Moscow psychotherapeutic journal, 2001(4): 196—205. (In Russ.).].

7. Овдун Д.А., Палихов М.С. Жизненный цикл: детство и чеченская война. Смалта. 2017. №6, С. 72-74. [Life cycle: childhood and the Chechen war]. Smal'ta, 2017(6): 72-74. (In Russ.).].

8. Коренев Н.М., Лебец И.С., Толмачева С.Р. и др. Состояние соматического и психического здоровья детей из зоны антитеррористической операции // Здоровье ребенка. 2017. Т. 12, № 1. С. 1–5. [The state of somatic and mental health of children from the anti-terrorist operation zone. The health of the child, 2017, 12(1):1—5. (In Russ.).]. DOI: 10.22141/2224-0551.12.1.2017.95016

9. Rosner R, Powell S, Butollo W. Posttraumatic stress disorder three years after the siege of Sarajevo. J Clin Psychol. 2003;59:41–55.

10. Comtesse, H., Powell, S., Soldo, A. et al. Long-term psychological distress of Bosnian war survivors: an 11-year follow-up of former displaced persons, returnees, and stayers. BMC Psychiatry 19, 1 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1996-0>

11. Samara, M., El Asam, A., Khadaroo, A., & Hammuda, S. Examining the psychological well-being

of refugee children and the role of friendship and bullying. // British Journal of Educational Psychology. 2019. doi:10.1111/bjep.12282

12. Bartol C.R. Criminal Behavior: A Psychological Approach. 9 th ed. New York: Prentice Hall, 2010. 672 p.

13. Ошевский Д.С. Клинико-психологические аспекты вхождения подростков в экстремистскую и террористическую деятельность // Психология и право. 2017. Том 7. №2. С. 123-132. [Clinical and psychological aspects of adolescent involvement in extremist and terrorist activities. Psychology and law, 2017, Vol. 7(2): 123-132. (In Russ.).].

14. Cheema U. 20 Men, Women, Children from Lahore join Daesh, go to Syria. The News [Электронный ресурс]. 31 December 2015. URL:<https://www.thenews.com.pk/print/85370-20-men-women-children-from-Lahore-join-Daesh-go-to-Syria>

15. Cook J., Vale G. From Daesh to ‘Diaspora’: Tracing the Women and Minors of Islamic State. London: King’s College. 2018. 72 p.

ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

DOI: 10.31618/ESU.2413-9335.2020.2.80.1102

Хушвакова Нилуфар Журакуловна

Д.м.н. профессор, Заведующая кафедры Оториноларингологии СамМИ

Хамракулова Наргиза Орзуевна

PhD, доцент кафедры Оториноларингологии СамМИ

Исхакова Фотима Шарифовна

Ассистент кафедры Оториноларингологии СамМИ

Неъматов Шерзод

Резидент магистратуры 2курса СамМИ

Самаркандский Медицинский Институт

Г. Самарканд, Узбекистан

На сегодняшний день заболеваемость острого катарального среднего отита достигает почти 30% среди лиц с патологией ЛОР - органов [2-5]. Проблема острого воспалительного процесса среднего уха многие годы актуальна для ЛОР - специалистов. Воспаление среднего уха встречается в любом возрасте, известно, что в полостях среднего уха могут формироваться очаги гнойной инфекции, которые являются причиной стойкого течения воспалительного процесса в среднем ухе. Особенно часто заболевание наблюдается у детей первых лет жизни. В частности, установлено, что к годовалому возрасту 62,4% детей переносят острый катаральный средний отит однократно, а у 17,3% отмечаются три и более эпизодов этого заболевания [4–8]. Перенесенный в детском возрасте средний отит в 26% случаев является причиной развития тугоухости у взрослых, при этом примерно у 15% больных тугоухость носит сенсоневральный характер [1, 3].

При различных формах заболевания в одном из отделов среднего уха эти изменения выражены в большей степени, нежели в других [2, 8]. Так, при

катаральном среднем отите процесс преобладает в слуховой трубе, при остром гнойном среднем отите — в барабанной полости, при мастоидите — в сосцевидном отростке.

По данным последних исследований, в настоящее время участились случаи осложнений при неперфоративных формах острого катарального среднего отита. Причиной этого авторы считают неадекватное применение антибиотиков, несвоевременную госпитализацию, позднее хирургическое лечение [1-4].

На ранней стадии острого среднего отита, с покраснения и сосудистой инъекцией барабанной перепонки и до развития гнойного выпота, отличий между гнойным средним отитом и вирусным отитом практически нет [10]. Основными жалобами при остром катаральном отите являются: боль в ухе (иногда пульсирующего характера), заложенность уха, снижение слуха, шум в ухе, лихорадка, аутофония (резонирование собственного голоса в больном ухе). В детском возрасте первыми признаками острого среднего отита иногда являются вестибулярные признаки (тошнота, однократная рвота) вследствие близкого

расположения мозговых оболочек со структурами среднего уха.

Для постановки диагноза очень важны данные отоскопии (отомикроскопии). При евстахиите отмечается втянутость барабанной перепонки, сопровождающаяся следующими характерными признаками: кажущееся укорочение рукоятки молоточка, резкое выступание в сторону слухового прохода короткого отростка; исчезновение или деформация светового конуса. На стадии катарального воспаления определяется радиальная инъекция сосудов барабанной перепонки вдоль рукоятки молоточка, барабанная перепонка покрасненная и утолщена, опознавательные пункты определяются с трудом или вообще не определяются. Стадия гнойного доперфоративного среднего отита обусловлена выраженной гиперемией барабанной перепонки, при этом опознавательные пункты не видны, имеется выбухание барабанной перепонки различной степени выраженности. **На доперфоративной стадии барабанная перепонка, сохраняя свою целостность, не даёт местным антибактериальным препаратам проникнуть в барабанную полость, что делает безрезультатным назначение ушных капель, содержащих антибактериальные препараты** [2-7].

Таким образом, сложности лечебного процесса острого катарального отита указывает на необходимость совершенствования традиционных и оптимизации новых методов терапии острого воспалительного процесса среднего уха.

Материалы и методы исследования. В отделении оториноларингологии Самаркандской Областной Многопрофильной детской медицинском центре в период с 2019 до 2020 гг. под нашим наблюдением находились 56 пациентов с острым катаральным средним отитом. Больные были в возрасте от 6 мес до 7 лет. В возрасте 6 мес-18 мес было 15 (26,8%), 2 лет до 4 лет 28 (50%) пациентов, 5 лет до 7 лет 13 (23,2%) больных. Девочек было – 29 (51,8%), мальчиков – 27 (48,3%).

Длительность заболевания у 24 (43%) пациентов составило от 1 года до 3 лет, а у остальных 32 (57%) от 1 мес. до 1 года. У 32 (57,1%) пациентов выявлено острый катаральный средний отит, у 24 (42,9%) острый средний гнойный отит до перфоративной стадии. У детей младшего возраста наблюдались неспецифические симптомы, такие как лихорадка, беспокойство, головная боль, апатия, нарушение сна, тошнота, диарея, отказ от еды. Повышение температуры тела отмечалось у 35 (62,5%) детей, при этом повышение температуры тела выше 39°C нетипично для неосложненного течения заболевания. Выраженный отоалгический синдром наблюдали у 29 (51,7%) больных детей, 29 (51,7%), болевой синдром носил умеренно выраженный характер, а у 11 (19,6%) случаев отсутствовала вовсе. Чаще боли отмечали во время приема пищи (сосания), в ночное время. Дети, у которых отит привел к скоплению гноя или перфорации барабанной перепонки, из

исследования были исключены, так как в момент обследования топические препараты запрещены. Отоскопическая картина характеризовалась отеком и набуханием барабанной перепонки у 20 (35,7) детей, гиперемией – у 25 (44,6) детей и ее утолщением – у 11 (19,6) детей. Всем нашим пациентам было назначено консервативное лечение. Патогенетическая терапия включало: ирригационно-элиминационную терапию - туалет носа с использованием изотонического раствора NaCl и антисептический раствор Декасан когда имелся гнойный характер выделения из носа; сосудосуживающие средства (топические деконгестанты), интраназальные глюкокортикостероидные препараты; противоотечную противовоспалительную терапию – парацетамол 10-15 мг/кг/прием, ибупрофен 8-10 мг/кг/прием. Важная составляющая лечебных мероприятий было назначение муколитической, секретолитической и секретомоторная терапии (при невозможности удалить густой назальный секрет) Назначение системной антибактериальной терапии требуется во всех случаях острого среднего отита у детей младше двух лет, при затянувшемся и рецидивирующем остром среднем отите. Рекомендовано антибактериальным препаратом первого выбора при остром среднем отите считать амоксициллин. Лечение следует начинать с перорального приема амоксициллина/клавуланата.

Остальным пациентам системная антибактериальная терапия не требуется. Местная терапия включало использование ушных капель с топическим симптоматическим действием - **Фуроталгин**.

Фуроталгин - препарат оказывает противомикробное, противовоспалительное и местное обезболивающее действие. Противомикробное действие препарата обеспечивается нитрофуралом. Он является производным 5-нитрофураляльдегида и представляет собой антибактериальный препарат с широким спектром действия по отношению грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Механизм действия состоит в инактивировании дегидрогеназных систем в бактериальной клетке. Является эффективным по отношению к стрептококкам, стафилококкам, энтерококкам, кишечной палочке, энтеробактериям и некоторым штаммам протеев. Резистентность чувствительных к лекарственному средству микроорганизмов развивается медленно, поэтому нитрофураол проявляет активность по отношению бактерий с уже развитой устойчивостью к сульфонидам и антибиотикам. Входящий в состав комбинации тетракаин является синтетическим местным анестетиком, эфиром парааминобензойной кислоты (ПАБК). Является эффективным при контактной и поверхностной анестезии. Местное анестезирующее действие наступает через 8-10 минут после применения и продолжается около 2 часов. Феназон представляет собой пиразолоновое производное. Относится к группе анальгетиков-антипиретиков. Обладает

выраженным обезболивающим, жаропонижающими противовоспалительным действием. Его основное фармакологическое действие обуславливается подавлением синтеза простагландинов путем ингибирования фермента циклооксигеназы и усилением высвобождения бета-эндорфинов. Оказывает антиэкссудативное и противовоспалительное действие путем уменьшения проницаемости капилляров. Всем пациентам Фуруталгин применяли с целью купирования патологического процесса на ранних стадиях заболевания 56 детям (27 мальчиков (48,2%), 29 (51,8%) девочек) в возрасте от 1 года до 12 лет с явлениями тубоотита и катарального среднего отита по 4 капли 2–3 раза в сутки, в более тяжелых случаях — в составе комплексной терапии с антибиотиками. У всех больных ликвидировались отоскопические изменения к 3–7-му дню наблюдения. Ни у одного из наблюдавшихся детей не отмечено перехода заболевания в гнойный процесс и развития осложнений, что подтверждает высокую эффективность Фуруталгина, как противовоспалительного средства. Хотя курс лечения обычно рассчитан на 10 дней, у больных детей он колебался от 3 до 9 дней и составлял в среднем 5 дня. Аллергических реакций на препарат не выявлено. В итоге исследования мы пришли к выводу, что ушные капли Фуруталгин являются терапией первого выбора у детей при тубоотите и остром катаральном отите.

Таким образом, к преимуществам препарата относятся быстрое и гарантированное устранение боли, мощное противовоспалительное действие, легкость и простота применения, хорошая переносимость детьми и взрослыми, приемлемая цена препарата.

Литература

Бабияк В.И., Говорун М.И., Накатис Я.А. Оториноларингология. Руководство, 2009. Т.2. 534 с

Даминов Т. А. Туйчиев Л. Н., Таджиева Н. У., Хамраева В. Ш. Роль инфекций в развитии острого

гнойного отита у детей: научное издание // Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, 2015. - №2. - С. 81-84.

Давронова Г.Б., Хушвакова Н.Ж., Исхакова Ф.Ш. Оптимизация лечения приобретенной нейросенсорной тугоухости // «Новые технологии в оториноларингологии» - Омск, 2014. - №2. - С.118-124.

Косяков С.Я., Лопатин А.С. Современные принципы лечения острого среднего, затянувшегося и рецидивирующего острого среднего отита. *РМЖ*, 2002, 10(20)

Поляков Д.П. Терапия острого среднего отита у детей: эволюция международных клинических рекомендаций. *Фарматека*, 2014, 6. /

Хамракулова Н.О., Хушвакова Н.Ж. Обоснование эффективности применения антисептического раствора при лечении перфоративных отитов // Журнал: Российская отоларингология.- Россия, 2012. - №3(58). – С. 168-171 (14.00.00; 116)

Хамракулова Н.О., Хушвакова Н.Ж., Исхакова Ф.Ш. Показатели акустической импедансометрии при среднем гнойном отите // Актуальные проблемы педиатрии и хирургии детского возраста.- Хабаровск, 2013. С. 228-231

Dennis R. Trune, Qing Yin Zheng Mouse models for human otitis media // *Brain Res.* - 2009 Jun 24. – Vol. 1277. – P. 90-103.

McCormick DP, Chonmaitree T, Pittman C et al. Nonsevere acute otitis media: a clinical trial comparing outcomes of watchful waiting versus immediate antibiotic treatment. *Pediatrics*, 2005, 115(6): 1455-65.

Khushvakova N.J, Khamrakulova N.O. Local complex treatment experience for patients with chronic purulent otitis media // CBU International Conference on Innovation, Technology Transfer and Education. – Prague, Czech Republic, March 25-27, 2015. – P. 444-445

© Хушвакова Н.Ж.

© Хамракулова Н.О.

© Исхакова Ф.Ш.

© Неъматов Ш., 2020г.

РЕГИСТРАТОРЫ ГЕОМАГНИТНЫХ ВОЗМУЩЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ГОРОДА ДЛЯ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (ОБЗОР РАЗРАБОТОК)

DOI: 10.31618/ESU.2413-9335.2020.2.80.1099

Любимов Владимир Валерьевич

старший научный сотрудник

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки

Институт земного магнетизма, ионосферы и распространения радиоволн

им. Н.В. Пушкова Российской академии наук,

г. Троицк

АННОТАЦИЯ

Представлен обзор магнитометров - приборов для визуализации геомагнитных возмущений и магнитных бурь в условиях города. Приборы предназначены для использования при проведении научных экспериментов и исследований в медицине и магнитобиологии. Приборы, позволяют проводить геомагнитные исследования и эффективно использоваться в условиях локальных городских помещений, а также предназначены для определения величины и местонахождения "вредных" электромагнитных возмущений искусственного происхождения.