



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН  
ПЕДИАТРИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ  
ЎЗБЕКИСТОН ПЕДИАТРЛАР АССОЦИАЦИЯСИ

**«ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА  
БИРЛАМЧИ БЎҒИНДА БОЛАЛАРГА КЎРСАТИЛАЁТГАН  
ТИББИЙ ЁРДАМ ВА СОҒЛОМ ОВҚАТЛАНТИРИШ  
МАСАЛАЛАРИ»**

Халқаро иштирокидаги Республика илмий-амалий анжумани  
ТЕЗИСЛАР ТЎПЛАМИ (Of-line ва On-lin)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ  
АССОЦИАЦИЯ ПЕДИАТРОВ УЗБЕКИСТАНА

Республиканская научно-практическая конференция  
с международным участием (Of-line ва On-lin)  
СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**«ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ  
В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И ВОПРОСЫ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ  
В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН»**

Тошкент –2021  
2021 йил 21 октябр

## Содержание

|                                                                                                                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Особенности поражения коронарных артерий при инфаркте миокарда у больных среднего возраста<br><b>Абдурахмонова Н.М., Джумаев Д.Л.</b> .....                                                                                        | 6  |
| 2. Холекальциферол в комплексном лечении детей<br>С атопическим дерматитом с учетом уровня витамина Д<br><b>Абидов Х.А.</b> .....                                                                                                     | 6  |
| 3. Клинико-функциональные особенности течения лактазной недостаточности у детей раннего возраста<br><b>Абдуллаева Д.А., Нурмухаммадова З.Н.</b> .....                                                                                 | 7  |
| 4. Особенности биоэлектрической активности головного мозга у детей с ожирением<br><b>Агзамова Ш.А., Алиев А.О.</b> .....                                                                                                              | 8  |
| 5. Особенности сопутствующей патологии при ожирении у детей<br><b>Агзамова Ш.А., Латипова М. А., Алиев А.О.</b> .....                                                                                                                 | 9  |
| 6. Внутривентрикулярные кровоизлияния у недоношенных детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией в зависимости от гестационного возраста<br><b>Агзамходжаева Б.У., Салихова К.Ш., Шамансуров Ш.Ш.</b> .....                       | 10 |
| 7. Болаларда найсимон суякларнинг очик синишини даволаш<br><b>Астанов А.И., Қодиров Э.А., Рўзиев З.З.</b> .....                                                                                                                       | 11 |
| 8. Иммунопатологические механизмы повреждения печени при HBV и HCV инфекциях<br><b>Арипов А.Н., Ахунджанова Л.Л., Фесенко Л.М., Набиев А.У., Каримов Ш.Б.</b> .....                                                                   | 12 |
| 9. Контроль качества лабораторных исследований на преаналитическом этапе<br><b>Арипов А.Н., Борзова Н.С., Арипов О.А., Плугарь В.И., Мухамеджанова Н.И., Ша-Ахмедова Л.Р., Ахмадходжаева Д.А., Матякупова Г.Р., Файзиев Б.С.</b> .... | 13 |
| 10. Особенности клинико-функционального течения неревматических миокардитов у детей<br><b>Ахмедова Н.Р., Жураева З.Р.</b> .....                                                                                                       | 14 |
| 11. Клинические формы ювенильного артрита у детей различного возраста<br><b>Ахмедова Н.Р., Сайидова М.Х., Нурматова Д.А.</b> .....                                                                                                    | 14 |
| 12. Диагностика аллергии к белкам коровьего молока у детей раннего возраста. Оценка экзокринной функции поджелудочной железы при целиакии у детей<br><b>Ахмедова И.М., Баратова Д.Х.</b> .....                                        | 15 |
| 13. Диагностика аллергии к белкам коровьего молока у детей раннего возраста<br><b>Ахмедова И.М., Султанходжаева Ш.С., Арипова Д.С.</b> .....                                                                                          | 16 |
| 14. Молекулярные механизмы клеточного обновления при . экспериментальных гепатитах и лечение антиоксидантными препаратами<br><b>Ахунджанова Л.Л., Арипов А.Н., Набиев А.У., Хамроев Т.Т.</b> .....                                    | 18 |
| 15. Роль цитокинов в развитии фиброза печени при экспериментальном гепатите<br><b>Ахунджанова Л.Л., Арипов А.Н., Набиев А.У., Каримов Ш.Б., Худоярова З.С.</b> .....                                                                  | 18 |
| 16. Особенности состояния неонатальной адаптации детей, рожденных от матерей с SARS-COV -2 положительной инфекцией<br><b>Бекмуратова Н.А., Насирова У.Ф., Саидакбаровна С.Д.</b> .....                                                | 19 |
| 17. Мактабгача ёшдаги болаларда эпилептик энцефалопатиянинг клиник – параклиник хусусиятлари ва кечиш характери<br><b>Вафоева Г.Р., Саидходжаева С.Н.</b> .....                                                                       | 20 |
| 18. Особенности клинического течения без судорожной формы                                                                                                                                                                             |    |

|                                                                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| эпилептической энцефалопатии у детей дошкольного возраста                                                                |    |
| <b>Вафоева Г.Р., Саидходжаева С.Н.</b> .....                                                                             | 21 |
| 19. Турғун зўриқиш стенокардиясининг турли функционал синфларида коронар кон томирлар зарарланишининг ўзига хослиги      |    |
| <b>Джумаев Д.Л.</b> .....                                                                                                | 22 |
| 20. Особенности функциональных изменений сердечно-сосудистой системы у детей с затяжным кашлем рецидивирующими бронхитом |    |
| <b>Жуманазарова Г.У.</b> .....                                                                                           | 23 |
| 21. Роль молекулярно-генетических предикторов в развитии рецидивирующего бронхита у детей                                |    |
| <b>Закирова У. И.</b> .....                                                                                              | 24 |
| 22. Факторы риска и клиническое течение острых нарушений мозгового кровообращения у детей                                |    |
| <b>Зияходжаева Л.У., Маджидова Е.Н., Насирова Д.Ш., Абидова М.А., Хамидова Н.А., Усманов С.А., Якубова З.А.</b> .....    | 25 |
| 23. Оценка эффективности генно-инженерной биологической терапии у детей с ювенильным артритом с системным началом        |    |
| <b>Ибрагимов А.А., Ахмедова Д.И., Ахмедова Н.Р., Нурматова Д.А.</b> .....                                                | 26 |
| 24. Нарушения системы гомеостаза при анемии воспаления у детей, больных хроническим гепатитом В                          |    |
| <b>Икрамова Н.А., Иноятова Ф.И., Иногамова Г.З., Ахмедова А.Х., Валиева Н.К.</b> .....                                   | 27 |
| 25. Частота встречаемости врожденных пороков сердца с легочной гипертензией                                              |    |
| <b>Илхомова Х.А., Абдуразакова З.К.</b> .....                                                                            | 28 |
| 26. Значимость аллельных мутаций гена HFE в течении хронического гепатита В у детей                                      |    |
| <b>Иноятова Ф.И., Кадырходжаева Х.М., Иногамова Г.З., Абдуллаева Ф.Г.</b> .....                                          | 29 |
| 27. Лабораторно-инструментальная характеристика функционального состояния гепато-билиарной системы у детей с целиакией   |    |
| <b>Камилова А.Т., Абдуллаева Д.А., Умарназарова З.Е., Азизова Г.К., Геллер С.И., Нуритдинова Л.Ф.</b> .....              | 30 |
| 28. Гастроинтестинальная форма пищевой аллергии у детей на фоне лактазной недостаточности                                |    |
| <b>Камилова А.Т., Султанходжаева Ш.С., Ахмедова И.М.</b> .....                                                           | 31 |
| 29. Клинико-функциональные фенотипы рецидивирующей бронхиальной обструкции у детей                                       |    |
| <b>Каримжанов И.А., Закирова У.И., Миррахимова М.Х.</b> .....                                                            | 32 |
| 30. Erta yoshdagi bolalarda shifoxonadan tashqari pnevmoniyada immunomodulyatorni qo'llash samaradorligi                 |    |
| <b>Karimjonov I.A., Fayzieva U.R.</b> .....                                                                              | 34 |
| 31. Болаларда уратли нефропатия хақида шифокорларнинг аноним сўровнома натижалари                                        |    |
| <b>Каримова Б.Н.</b> .....                                                                                               | 34 |
| 32. Прогностические аспекты бронхиальной астмы у детей                                                                   |    |
| <b>Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М.</b> .....                                                                                 | 35 |
| 33. Лечение травм головного мозга у детей                                                                                |    |
| <b>Кодиров А.М., Мирзаев Н.Ж., Мирова З.Б.</b> .....                                                                     | 36 |
| 34. Особенности клинических проявлений синдрома раздраженного кишечника у детей                                          |    |
| <b>Кошимбетова Г.К., Шамансурова Э.А.</b> .....                                                                          | 37 |
| 35. Клинико-неврологические проявления при детском аутизме                                                               |    |
| <b>Маджидова Я.Н., Хидоятова Д.Н., Азимова З.Б.</b> .....                                                                | 38 |

|                                                                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 36. Малые аномалии развития у новорожденных, рожденных от матерей с эпилепсией                                                      |           |
| <b>Маджидова Я.Н., Хидоятова Д.Н., Азимова З.Б. ....</b>                                                                            | <b>39</b> |
| 37. Особенности когнитивных нарушений у больных с дисциркуляторной энцефалопатией на фоне гипертонической болезни                   |           |
| <b>Максудова Х.Н., Нурмухамедова М. А., Бахрамов М.С., Абдуллаев З.Х., Бахриев Б.Р., Юлдашева М.М., Гафуров М., Закиров М. ....</b> | <b>40</b> |
| 38. Принципы оптимизации питания в острую фазу сепсиса у детей грудного возраста                                                    |           |
| <b>Назарова И.Д., Салихова М.З. ....</b>                                                                                            | <b>41</b> |
| 39. Соматические нарушения при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна у детей                                                   |           |
| <b>Омонова У.Т., Эргашева Н.Н., Джаббарова С.Б., Бахриев Б.Р., Якубова З.А., Темирова М. ....</b>                                   | <b>42</b> |
| 40. Влияние факторов на развитие избыточного веса и ожирения у детей 7 лет                                                          |           |
| <b>Попенков А.В. ....</b>                                                                                                           | <b>43</b> |
| 41. Проблемы этиотропной терапии гриппа у детей в Узбекистане и пути их решения                                                     |           |
| <b>Рахимов Р.Р., Рахимов Р.А. ....</b>                                                                                              | <b>44</b> |
| 42. Диагностическое значение магнитно-резонансной томографии мозга у детей с последствиями менингоэнцефалита                        |           |
| <b>Садикова Г.К., Бердиева Х.У. ....</b>                                                                                            | <b>45</b> |
| 43. Сравнительная оценка факторов высокого риска в формировании гипербилирубинемий у поздних недоношенных                           |           |
| <b>Саидова Н., Насырова У.Ф. ....</b>                                                                                               | <b>46</b> |
| 44. Иммунный статус новорожденных с задержкой внутриутробного развития                                                              |           |
| <b>Салихова К.Ш., Умарова Л.Н., Агзамходжаева Б.У. ....</b>                                                                         | <b>47</b> |
| 45. Нарушение ритма сердца у новорожденных с перинатальной гипоксией                                                                |           |
| <b>Салихова К.Ш., Хакимова М.А. ....</b>                                                                                            | <b>48</b> |
| 46. Психосоматические изменения при синдроме вегетативной дистонии с аритмией сердца у детей                                        |           |
| <b>Салихова М.З., Назарова И.Д. ....</b>                                                                                            | <b>49</b> |
| 47. Внедрение объёмных урологических операций у детей в Навоийской области                                                          |           |
| <b>Саттаров Х.А., Худайбердиев Ш.Г., Бозоров Т.П., Назаров А.Э. ....</b>                                                            | <b>50</b> |
| 48. Обезболивание офтальмологических операций на основе интубационной анестезии у детей                                             |           |
| <b>Сатвалдиева Э.А., Юсупов А.С., Маматкулов И.А. ....</b>                                                                          | <b>51</b> |
| 49. Возбудители внебольничной пневмонии затяжного течения у детей, совершенствование лечения                                        |           |
| <b>Таджиханова Д.П., Шамсиев Ф.М., Шамсиева Л.А. ....</b>                                                                           | <b>51</b> |
| 50. Особенности показателей спирометрии у детей с муковисцидозом                                                                    |           |
| <b>Узакова Ш.Б., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Атажанов Х.П. ....</b>                                                              | <b>53</b> |
| 51. Состояние гепатобилиарной системы у детей с атипичной целиакией                                                                 |           |
| <b>Умарназарова З.Е., Нуритдинова Л. Ф., Азимова Г.К. ....</b>                                                                      | <b>54</b> |
| 52. Муковисцидознинг аралаш шакли бўлган болаларда гепатобилиар тизимдаги ўзгаришларни лаборатор ва инструментал хусусиятлари       |           |
| <b>Умарназарова З.Е., Умарова М.Д., Шакирова Р.А. ....</b>                                                                          | <b>55</b> |
| 53. Атипичная целиакия: клинико-лабораторные особенности                                                                            |           |
| <b>Умарназарова З.Е., Шодиева С.И., Азимова Г.К. ....</b>                                                                           | <b>57</b> |

|                                                                                                                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 54. Оценка гармоничности физического развития детей с задержкой внутриутробного развития<br>Умарова Л.Н, Салихова К.Ш, Ишниязова Н.Д, Абдурахманова Ф.Р. ....                                     | 58 |
| 55. Роль цитокинов при внебольничной пневмонии у детей<br>Файзиева У.Р., Нормуродов Д.Х. ....                                                                                                     | 59 |
| 56. Витамин D (альфакальцидол) в комплексном лечении детей с атопическим дерматитом<br>Хаитов К.Н., Абидов Х.А. ....                                                                              | 60 |
| 57. Использование полиоксидония в комплексном лечении детей с атопическим дерматитом<br>Хаитов К.Н., Абидов Х.А. ....                                                                             | 61 |
| 58. Соғлом турмуш тарзида ҳаракат фаоллигининг ўрни<br>Хасанова М. И., Эшдавлатов Б. М., Файзиева М.Ф. ....                                                                                       | 62 |
| 59. Деменцияни ташҳислаш ва дифференциал ташҳислаш ҳамда даволашни такомиллаштириш масалалари<br>Хидоятова Д.Н., Усманова Д.Д., Жўраев Ш.Ж. ....                                                  | 63 |
| 60. Проведение и внедрение высокотехнологических лапароскопических операций у детей в Навоийской области<br>Худайбердиев Ш.Г. ....                                                                | 64 |
| 61. Операции аутодермопластики у детей с ожогами в Навоийской области<br>Худайбердиев Ш.Г., Астанов А.И., Сайидов Э.И. ....                                                                       | 65 |
| 62. Оценка физического развития детей младшего школьного возраста региона Приаралья<br>Худайназарова С.Р., Алиева Н.Р. ....                                                                       | 65 |
| 63. Элементный состав волос у детей младшего школьного возраста региона Приаралья<br>Худайназарова С.Р., Алиева Н.Р. ....                                                                         | 66 |
| 64. Патогенетические особенности иммунного статуса у детей с хроническим бронхитом<br>Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д., Каримова Н.И., Каримова М.Х., Арипова Ш.Х., Ишратова Ш.Д. .... | 67 |
| 65. Особенности течения обструктивного бронхита у детей раннего возраста<br>Шамсиев Ф.М., Эсаханов Ш.Н. ....                                                                                      | 68 |
| 66. Кам вазнда туғилган болаларда ўткир бронхит касаллигининг кечиш хусусиятлари<br>Шомансурова Э.А., Атабекова У.А. ....                                                                         | 70 |
| 67. Изучения пищевых предпочтений и их влияние на состояние физического развития школьников<br>Эшдавлатов Б.М., Хасанова М.И. ....                                                                | 71 |
| 68. Изменение гемодинамики при оперативном лечении катаракты у детей<br>Юсупов А.С., Маматкулов И.А., Файзиев О.Я. ....                                                                           | 72 |
| 69. 5 ёшгача бўлган бронхиал астма билан оғриган болаларда жисмоний ривожланиш хусусиятлари<br>Юнусова Р.Т., Нурмаматова С.У. ....                                                                | 72 |

## **ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА**

**Абдурахмонова Н.М., Джумаев Д.Л.**

**Ташкентская Медицинская Академия**

**Цель исследования:** сравнить течение инфаркта миокарда (ИМ) среднего возраста в реальной клинической практике.

**Материал и методы.** Был проведен проспективный и ретроспективный анализ 63 историй болезни пациентов, госпитализированных с ИМ в отделение кардиологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии. ИМ был диагностирован у всех больных, учитывая наличие типичной клинической картины, зарегистрированной элевации сегмента ST в двух смежных отведениях на ЭКГ, повышение уровня кардиоспецифичных ферментов. В зависимости от сроков поступления в стационар пациентам выполнялись различные виды реваскуляризации миокарда. В первые сутки ИМ: системная тромболитическая терапия, или первичное чрескожное вмешательство (ЧКВ) – ангиопластика и стентирование коронарных артерий; при более позднем поступлении – отсроченное ЧКВ при наличии показаний. Пациенты получали стандартную терапию. Статистическая обработка полученных результатов была проведена с использованием программы Statistica 6.0 (StatSoft, Inc. 2001). Статистически значимыми считались полученные результаты при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования.** Результаты ЭхоКГ исследования показали снижение фракции выброса ЛЖ  $< 60\%$  у большинства пациентов – 43 (68,3%) человека и нарушение сократительной функции сердца в виде гипокинеза или акинеза выявлено у 39 (61,1%). По данным ЭКГ – исследования, преимущественная локализация ИМ по передней стенке левого желудочка (ЛЖ) наблюдалась у 34 (54,7%) пациентов, ИМ других локализаций выявлен у 22 (41,6%) пациентов по нижней стенке – у 24 (33,6%), нижнебоковой стенке – у 5 (6,4 %). Гендерных различий при оценке локализации ИМ, наличия патологического зубца Q не было выявлено. По данным ангиографического исследования различий в преобладании той или иной инфаркт-связанной коронарной артерии (ИСКА) в зависимости от гендерных различий получено не было. В основном имелись сужение правой межжелудочковой ветви (51,4%) и правой коронарной артерии (39,6%) и несколько реже огибающей ветви (8,6%). Поражение ствола левой коронарной артерии был выявлен в 5,9%. Гендерных различий в преобладании той или иной инфаркт-связанной коронарной артерии не было выявлено. Однако, наиболее редкой инфаркт-связанной коронарной артерией у женщин была огибающая ветвь левой коронарной артерии – у 3 (3,5%). У мужчин поражение данной артерии наблюдалась значительно чаще 5 (7,2%). Ни в одном случае не было выявлены многососудистого поражения коронарных артерий.

**Выводы.** Для пациентов среднего возраста характерно раннее развитие сердечной недостаточности, наиболее частое вовлечение передней стенки ЛЖ и развитие трансмурального ИМ.

## **ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ С УЧЕТОМ УРОВНЯ ВИТАМИНА D**

**Абидов Х.А.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Цель исследования:** изучить эффективность холекальциферола в комплексном лечении детей с атопическим дерматитом (АтД) с учетом уровня витамина D.

**Материалы и методы.** Было исследовано 54 детей с АтД в возрасте от 3 до 15 лет, из них 26 (48,1%) мальчиков и 28 (51,9%) девочек. Исследование было проведено на базе дерматологического отделения клиники Ташкентского педиатрического медицинского

института. При проведении объективной оценки тяжести состояния больных по индексу SCORAD нами установлено, что 15 больных были легкой степени, 20 больных – среднетяжелой и 19 – тяжелой степени тяжести. Определение 25(OH)D проводили с помощью электрохемилюминисцентного метода.

Для выполнения поставленных перед нами целей мы разделили наших больных на 2 группы: Контрольная группа (КГ) (n=22) - больные АтД с уровнем 25(OH)D 21,1 нг/мл, которым проводилась традиционная терапия (левоцетиризин по 5 мг в сутки, наружно мометазона фуруат 1 мг (глюкокортикостероид в виде лосьона, крема или мази) 2 раза в день тонким слоем, церамид - содержащий эмолиент, Тиосульфат натрия 30%-10 мл в/в медленно №10 ежедневно, энтеросорбент, содержащий 355 мг гидролизованного лигнина и 120 мг лактулозы); Основная группа (ОГ) (n=32) – больные АтД с уровнем 25(OH)D 19,6 нг/мл, которым проводилась комплексная терапия с использованием традиционных методов лечения и холекальцеферол в дозе 5000 МЕ в сутки. Курс лечения в группах проводился в течение 30 дней. Оценка эффективности лечения производилась на основании регистрации индекса SCORAD и уровня 25(OH)D.

**Результаты исследования.** В результате проводимой терапии клиническая эффективность была достигнута в обеих группах больных. Однако, была определена достоверная разница в динамике индекса SCORAD и уровня 25(OH)D. Было установлено, что уже через 1 месяц лечения достоверное уменьшение клинических симптомов АтД в КГ по значениям индекса SCORAD на 65,4%, а в ОГ – на 90,4% ( $p \leq 0,05$ ). Уровень 25(OH)D в КГ остался на прежних величинах - 21,1 нг/мл – без изменений, а в ОГ уровень 25(OH)D он увеличился до 32,4 нг/мл ( $p \leq 0,05$ ).

**Выводы.** Использование витамина D (холекальциферол) в комплексном лечении детей с атопическим дерматитом является эффективным методом лечения, оказывающий положительный клинический эффект по значениям индекса SCORAD и уровня 25(OH)D в крови.

## **КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.**

**Абдуллаева Д.А., Нурмухаммадова З.Н.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз.**

### **Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Введение.** Лактазная недостаточность (ЛН) — это один из вариантов дисахаридазной недостаточности, в основе которого лежит нарушение расщепления лактозы, связанное с врожденным или приобретенным дефектом фермента лактазы. Проблема ЛН в основном встречается среди детей раннего возраста, так как лактоза составляет примерно 80–85% углеводов грудного молока и содержится в количестве 6–7 г/100 мл. Лактоза является питательным субстратом для молочнокислых бактерий (преимущественно лакто- и бифидобактерий), ее небольшое поступление в толстую кишку необходимо для закисления содержимого и формирования нормального кишечного биоценоза.

**Цель исследования:** изучить клинические особенности течения лактазной недостаточности у детей раннего возраста.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось в отделении гастроэнтерологии РСНПМЦ Педиатрии. Под нашим наблюдением были 44 детей в возрасте от 1 месяца до 1 года с диареей, беспокойством, вздутием кишечника без повышения температуры, находящиеся на естественном вскармливании. Средний возраст составил  $5,5 \pm 1,5$  мес. 36 (81,8%) детей были на грудном вскармливании, остальные - на смешанном.

**Результаты исследования.** Манифестация заболевания наблюдалась у 7 (15,9%) больных с рождения, у 25 (56,8%) пациентов в месячном возрасте, и остальных 12 (27,7%) после 3 месяцев. У 17 (38,6%) детей диагностирована транзиторная лактазная недостаточность, у 27 (61,4%) - гастроинтестинальная форма пищевой аллергии. Основными жалобами родителей были учащенный стул (100%), пенистый характер стула (33/75%), с кислым запахом (35/79,5%), урчание в животе по время кормления (35/75%), беспокойство ребенка (41/93,1%), особенно после кормления. Характер диарейного синдрома был осмотический у всех детей, у 7 (15,9%) он сочетался с секреторной диареей. Синдром диареи проявлялся постепенно в зависимости от степени выраженности дефицита лактазы. Несмотря на длительность диареи, симптомы интоксикации, как правило, не были выражены. Параметры физического развития у большинства детей (39/88,6%) были в пределах нормы, у остальных детей (5/11,4%) значения соответствовали ниже 1 стандартного отклонения по критериям ВОЗ (2006г). У всех пациентов показатели углеводов в кале превышали 0,5 мг%, РН кала снижался менее 5,5. Из 44 пациентов показатели углеводов в кале превышали 1,5мг% у 9 (20,4%) пациентов, у 17 (38,6%) от 1 до 5 % , у остальных (18/40,9%) от 0,5 до 1 мг%. Мы не наблюдали зависимости между степенью увеличения показателя углеводов в кале и длительностью плача, что связано с особенностью темперамента ребенка и с количеством ферментирующих лактозу бактерий. Таким образом, клиническое течение лактазной недостаточности зависит от возраста детей и характеризуется нарушениями ЖКТ в виде диареи, снижения веса, БЭН.

## **ОСОБЕННОСТИ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ**

**Агзамова Ш.А., Алиев А.О.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Введение.** По данным Всемирной организации здравоохранения, более 1,9 млрд. взрослых в мире имеют избыточную массу тела, из них 650 млн страдают ожирением, которое считается метаболическим фундаментом большинства хронических неинфекционных заболеваний и выявляется у 13% взрослого населения (ВОЗ, 2018). Увеличение частоты ожирения среди детей и ассоциированных с ним изменений практически во всех органах и системах, способствуют формированию коморбидной патологии, включая изменения функциональной активности центральной нервной системы.

**Цель:** выявить особенности электроэнцефалографических изменений при ожирении у детей.

**Методы исследования.** На базе подросткового диспансера г. Ташкента были изучены данные ЭЭГ обследования 60 детей в возрасте 12–17 лет (32 мальчика и 28 девочек) с экзогенно-конституциональным ожирением I степени примерно с одинаковой половой принадлежностью. Группу сравнения составили 30 детей в возрасте от 12 до 17 лет (12 мальчиков и 18 девочек), не имевших признаков ожирения, хронических заболеваний в стадии суб- и декомпенсации и не состоявших на диспансерном учете у врача-педиатра. Регистрация ЭЭГ проводилась по биполярной схеме с усредненным ушным электродом на компьютерном электроэнцефалографе фирмы «Энцефалан-ЭЭГР-19/26» с записью на жесткий носитель компьютера и последующей обработкой по специальным программам кросскорреляционного и спектрального анализа. В ходе регистрации использовались стандартные функциональные пробы: фотостимуляция на частотах 1-13 Гц и 18 Гц, гипервентиляция в течение 3 минут с последующей записью следовой активности до 5 минут.

**Результаты.** На фоновой записи а-волновой активности у детей с ожирением была выявлена выраженная дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга. Частотная характеристика альфа-ритма не выходила за рамки возрастной нормы.

Модуляция по амплитуде у 17 (68%) детей с ожирением была нечеткой. У 17 (68%) детей с ожирением преобладала высокоамплитудная характеристика бета-ритма. Реакция активации при проведении фоновой пробы с открытыми глазами выражалась десинхронизацией и депрессией альфа-ритма у 16 (64%) детей с ожирением, что соответствует нормальным показателям, у 8 (32%) детей с ожирением депрессия была нечеткой и у 1 ребенка при открытых глазах депрессия альфа-ритма отсутствовала. При дальнейшем проведении фоновой пробы с закрытыми глазами а-ритм восстановился полностью у 15 (60%) детей с ожирением, неполное восстановление а-ритма выявлено у 9 (36%) детей с ожирением и у одного ребенка с ожирением альфа-ритм не восстановился. Таким образом по результатам ЭЭГ исследования установлено, что у детей с нарушением жирового обмена чаще, чем в группе сравнения, встречаются умеренные изменения ЭЭГ (57,3 и 13,3 % соответственно,  $p < 0,0001$ ), выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга (19,4 и 3,3 % соответственно,  $p = 0,0437$ ) и заинтересованность срединных структур (31,1 и 6,7 % соответственно,  $p = 0,0078$ ).

**Выводы.** Выявленные при ЭЭГ изменения свидетельствуют о нейрофизиологических нарушениях у детей с экзогенно-конституциональным ожирением. Проведение ЭЭГ у детей с ожирением занимает важное место в комплексной диагностической программе.

## ОСОБЕННОСТИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ

Агзамова Ш.А., Латипова М. А., Алиев А.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

**Введение.** Ожирение является одной из важнейших медико-социальных проблем здравоохранения. В практическом здравоохранении у значительного числа детей с ожирением коморбидные заболевания не диагностируются, что негативно влияет на течение и прогноз заболевания.

**Цель исследования:** изучение коморбидной патологии у детей с ожирением и избыточным весом по ретроспективному анализу.

**Материалы и методы.** На базе городского подросткового диспансера г.Ташкента был проведен ретроспективный анализ 138 амбулаторных карт детей с избыточным весом и ожирением от 15 до 18 лет, из них 51 девочка и 87 мальчиков, проходивших обследование в ГПД за период 2017-2018 гг. Средний возраст детей, вошедших в исследование, соответствовал подростковому и составил  $15,8 \pm 0,4$  лет, индекс массы тела (ИМТ)  $32,4 \pm 2,4$  кг/м<sup>2</sup>. Ретроспективный анализ амбулаторных карт детей включал: изучение данных об отягощенной наследственности по ожирению, сахарному диабету; оценку показателей физического развития (рост, масса тела, ИМТ); изучение данных общего и биохимического анализа крови; результатов инструментальных методов исследования: ЭКГ; УЗИ органов брюшной полости, ФЭГДС и осмотра узких специалистов.

**Результаты.** При анализе амбулаторных карт детей было выявлено, что у 62% детей - наследственная предрасположенность по ожирению и ассоциированным с ним заболеваниям (гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа) по 1-ой степени родства, у 55% детей один из родителей имел избыточный вес тела. Изучение данных общего и биохимического анализа крови: у 88,2% девочек была выявлена гипохромная анемия I степени, 67,2% у мальчиков – слабовыраженная тенденция к более высокому уровню гемоглобина; у 59,4% - нарушений липидного обмена в виде повышения уровня холестерина  $6 \pm 0,7$  ммоль/л, триглицеридов,  $2,1 \pm 0,3$  ммоль/л, ЛПНП  $4,3 \pm 0,7$  ммоль/л, снижением ЛПВП  $0,84 \pm 0,22$  ммоль/л. При оценке ССС было выявлено, что у 20% детей имела стабильная артериальная гипертензия, у 13% - нестабильная артериальная гипертензия; нарушения ритма сердца в виде тахикардии у 43,4 %, брадикардии у 36,2 %; нарушение процессов реполяризации на ЭКГ были обнаружены у 57 % детей; нарушения проводимости в виде неполной блокады правой ножки пучка Гисса у 31%,

атриовентрикулярные блокады I-II степени – у 15,9%; нарушение автоматизма синусового узла в виде предсердного ритма и миграции суправентрикулярного водителя ритма были выявлены у 39,8% детей. Хроническая патология желудочно-кишечного тракта выявлена у 37,5% детей в виде гастритов и гастродуоденитов, жировой дистрофии печени, реактивных гепатитов и панкреатитов и несколькими случаями желчнокаменной болезни. ЛОР-патология у 42% детей: простая и токсико-аллергическая формы хронического тонзиллита, хронический катаральный фарингит, вазомоторный ринит. Неврологические синдромы - у 69,5% детей: хроническая головная боль и синдром вегетативной дистонии. Нарушение зрения в виде миопии легкой и средней степени у 54,3%. У 58,8% девочек обнаружена повышенная частота нарушения менструального цикла по типу альгодисменореи и синдрома поликистоза яичников. Патология опорно-двигательной системы отмечалась у 65,2% в виде сколиоза позвоночника и плоско-вальгусной установки стоп. Патология мочевыделительной системы выявлялась в 72,4% -дизметаболическая нефропатия, цистит, нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря, ночным энурезом, реже — гломерулонефритом и мочекаменной болезнью.

**Выводы.** Ожирение у детей характеризуется высокой частотой сопутствующей патологии, имеющей, как правило, при своевременно начатой терапии обратимый характер. Данное обстоятельство диктует необходимость расширения плана обследования для детей с ожирением для выявления коморбидной патологии.

## **ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА**

**Агзамходжаева Б.У., Салихова К.Ш., Шамансуров Ш.Ш.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр педиатрии**

**Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников**

**Введение.** Внутрижелудочковые кровоизлияния II и III ст. являются одной из главных причин летальных исходов у недоношенных детей, а у выживших в 55,4% случаев становятся причиной психоневрологических нарушений, занимающих первое место (30%) среди причин детской инвалидности. У недоношенных детей имеется анатомическая особенность в виде герминативного матрикса вокруг сосудов и поверхности головки хвостатого ядра. Клетки герминативного матрикса богаты митохондриями и, следовательно, весьма чувствительны к недостатку кислорода, что объясняет важность гипоксии герминативного матрикса в патогенезе развития ВЖК.

**Цель исследования:** выявить взаимосвязь между гестационным возрастом и от степени внутрижелудочковых кровоизлияний у недоношенных детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией.

**Материалы и методы исследования.** Нами было обследовано 62 недоношенных новорожденных различного гестационного возраста (ГВ) в неонатальном отделении РСНПМЦ Педиатрии. При проведении нейросонографии диагностировали внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) различной степени. 1ю группу составили 28 недоношенные новорожденные с ВЖК 1 степени, 2ю группу составили 17 недоношенные новорожденные с ВЖК 2 степени, 3ю группу составили 12 недоношенные новорожденные с ВЖК 3 степени. Всем недоношенным новорожденным на первый день поступления, что соответствовало 5-7 суткам рождения.

**Результаты.** Все новорожденные имели признаки тяжелого или среднетяжелого гипоксического поражения ЦНС, которое было диагностировано на основании данных анамнеза, оценки неврологического статуса, показателей нейросонографии. У детей первой группы 66,7% детей родились при сроке гестации от 32 до 36 нед с массой тела от 1800 до 2395 г; У этих детей из неврологических симптомов превалировал синдром церебрального угнетения и неонатальная желтуха. У детей 2й группы 56% детей составили недоношенные дети с очень низкой массой тела (1000-1500), со сроком

гестации 30-33 недель. У детей этой группы превалировал синдром церебрального угнетения и неонатальная желтуха, синдром церебрального возбуждения наблюдался у 7х (25%) детей, судорожный синдром у 2(11,7%) новорожденных. У детей 3й группы ВЖК III степени были выявлены у 6(50%) недоношенных детей с ЭНМТ. Все дети этой группы родились в сроке гестации от 24й до 29й нед с массой тела от 760 до 1340 г. В этой группе судороги у детей происходили в два раза чаще, чем у детей с ВЖК средней степени.

**Вывод.** Проведенное исследование показало, что тяжесть ВЖК у новорожденного зависит от срока гестации и степени его зрелости. Тяжелые кровоизлияния в желудочки мозга чаще обнаруживают у недоношенных с экстремально низкой массой тела и у детей, крайне незрелых по срокам гестации.

## **БОЛАЛАРДА НАЙСИМОН СУЯКЛАРНИНГ ОЧИҚ СИНИШИНИНГ УЧРАШИ ВА ДАВОЛАШ**

**Астанов А.И., Қодиров Э.А., Рўзиев З.З.**

**Навоий вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази**

**Текшириш мақсади:** болаларда пайсимон суякларнинг очик синишини учраш даражасини аниқлаш ва ҳар бир бемор учун хос даволаш тактикасини қўллаш.

**Материал ва усуллар.** Навоий вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази жароҳат оқибатлари, ортопедия ва нейрохирургия бўлимига 2016-2020 йиллар давомида 18453 нафар беморлар шошилиш ҳолатида мурожаат қилган бўлиб, уларнинг 2654 нафари стационар шароитида даволанган. Шулардан 71 нафари таянч ҳаракатланиш тизими суякларининг очик синишлари билан даволанган бўлиб, улардан 42 нафарини ўғил болалар ва 29 нафарини қизлар ташкил этди. Жароҳат олган вақтида 12 нафар болалар 1-5 ёшда, 24 нафар беморлар 5-7 ёшда, 35 нафар болалар эса 7-14 ёшда бўлиб, уларнинг ўртача ёши –  $7,2 \pm 0,5$  ёшни ташкил қилди. Барча беморларда клиник-лаборатор текширув усуллари билан бир қаторда шикастланган сигментлар икки проекцияда рентгенографиядан ўтказилди.

**Натижалар.** Беморларни елка ва билак суякларини очик синиш билан 46 нафари, болдир суякларини очик синиши билан 18 та бемор ва 7 нафарини сон суягини очик синишлари ташкил қилди. Шикасталаниш механизми бўйича 81% ҳолатларда болалар қўлини ерга тираб тирсак бўғимини очиб йиқилиши ташкил этган бўлса, қолган 19% ҳолатларда баландликдан йиқилиш ҳолатлари қайд қилинди. Беморларнинг 56 нафари жароҳатдан кейинги биринчи кунда, 5 нафари иккинчи кун ва 10 нафари эса уч кундан кейин мурожаат қилган. Беморларни кўздан кечирилганда асосий қисмида шу сигментда жароҳат, шиш, кучли оғриқ, патологик ҳаракатлар каби белгилар аниқланган бўлса, 3 нафарида синган соҳа жароҳатини қизариши маҳаллий ҳарорат, кучли шиш ва сероз суюқликли ифлосланиш белгилари аниқланди. Уларнинг 19 нафарида Каплан бўйича - биринчи, 6 нафарида эса - иккинчи даражали, 46 нафар беморларда эса кичик ўлчамдаги жароҳатлар аниқланди. Икки проекцияли рентгенографияда елка суягини синишида периферик суяк бўлагини экстензион кўндаланг-орқага силжиши-58% ҳолатда, экстензион орқага силжиши 35% ҳолатда, флексион олдинга-кўндаланг силжиш эса 7% ҳолатда аниқланди. Билак суякларини синишли беморларда суяк бўлақларини 78% ҳолатда-бўйлама, 22% ҳолатда-кўндаланг силжиши аниқланди. Болдир суякларини синишли беморларнинг 14 нафарида- суяк бўлақларини кўндаланг ва буйлама силжиши кузатилди.

Синишларни ташхислаш одатда қийинчилик тўғрисида, синиш болаларда чиқишлар билан биргаликда келган ҳолатлар алоҳида эътибор талаб қилади. Даволаш тактикасида ҳам ҳар бир бемор учун алоҳида ёндашилди. Марказда беморларни барчасига шошилиш жароҳатга бирламчи ишлов берилиб, ёпиқ репозиция қилинган қайта рентген хулосасига асосланиб, 18 нафарида шошилиш жароҳатли амалиётлари, 11 нафарида – кечиктирилган жароҳатли амалиётлари ўтказилди, 42 нафари эса консерватив даволанди. Ўтказилган амалиётлар структурасини таҳлил қилинганда-

сихлар билан остеосинтезлаш 32 нафар беморларда, ёпик Илизаров аппарати билан остеосинтез қилиш 21 нафар болаларда, экстремедуляр остеосинтез амалиётлари- 18 нафар беморларда ўтказилди. Амалиётдан кейинги даврда 68 нафар беморларда жароҳатнинг бирламчи, 3 нафар беморда эса иккиламчи битиши кузатилди. Сихлар атрофида кизариш 4 нафар беморда кузатилди. Беморларда елка суякларини гипсли боғлам билан фиксацияси 5 ҳафтагача, билак суякларини фиксацияси 5-6 ҳафтагача, болдир суякларини гипсли боғлам билан фиксацияси эса 8-10 ҳафтагача давом эттирилди.

**Хулоса.** Болаларда суякларни очик синиши ёпик синишга нисбатан кам учраб, умумий синишларнинг 2,6% қисмини ташкил қилган ҳолда алоҳида эътибор талаб қилади. Таянч ҳаракат тизимининг юқори сигментларида очик синишлар пастки сигментлар очик синишларига нисбатан кўпроқ учраши кузатилади. Ўз вақтида ташхислаш ва даволаш усуллари тўғри белгиланиши асоратларни мумкин қадар камайитиришга олиб келади.

## **ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ HBV и HCV ИНФЕКЦИЯХ.**

**Арипов А.Н., Ахунджанова Л.Л., Фесенко Л.М., Набиев А.У., Каримов Ш.Б.**  
**Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр педиатрии**

**Цель:** исследование некоторых механизмов клеточного звена иммунопатогенеза при хронической HBV- и HCV-инфекции, приводящего к повреждению гепатоцитов. Полученные данные еще раз указывают на то, что в условиях хронического гепатита «В», особенно при его высокой активности, наступает своеобразная «диссоциация» между клеточным и гуморальными звеньями иммунитета. Вполне естественно при сложившейся ситуации не представляется возможной реализация адекватного системного иммуновоспалительного ответа.

**Результаты.** Так, при умеренной активности патологического процесса увеличение содержания Ig составляет соответственно 69,5%, 30,8% и 83,1%. В крови детей с выраженной степенью активности хронического гепатита прирост уровня исследуемых классов иммуноглобулинов выражен резче: содержание IgA, IgM и IgG выше контрольного значения в 1,9 раза, в 1,4 раза и в 2,3 раза, соответственно. Следовательно, в отличие от клеточного звена иммунитета при ХГВ гуморальное звено иммунитета реагирует на патологию повышением своего уровня, т.е. наступает гипериммуноглобулинемия.

В основе дефицита клеточного звена иммунитета, возможно, лежит усиленная гибель клеток за счет апоптоза. В связи с этим, нами также было изучено в крови детей с ХГВ содержание сигнальных – проапоптотических молекул и удельный вес натуральных киллеров, а также лимфоцитов подготовленных к апоптозу.

В основе дефицита клеточного звена иммунитета, возможно, лежит усиленная гибель клеток за счет апоптоза. В связи с этим, нами также было изучено в крови детей с ХГВ содержание сигнальных – проапоптотических молекул и удельный вес натуральных киллеров, а также лимфоцитов подготовленных к апоптозу. Содержание проапоптотических сигнальных молекул ФНО- $\alpha$ , и NO- продуктов в крови детей с ХГВ заметно возрастает. Уровень ФНО- $\alpha$  в крови детей по сравнению с контролем повышается при умеренной – в 2,8 раза и при выраженной – в 4,5 раза. Уровень NO<sub>2</sub> при умеренной активности повышается по сравнению с контролем в 1,5 раза, при выраженной активности – в 1,6 раза.

Наряду с повышением уровня проапоптотических молекул в крови в условиях ХГВ увеличивается количество клеток крови подготовленных к апоптотической гибели (CD95<sup>+</sup>). Так, если процентное содержание таких клеток в крови детей с умеренной и выраженной активностью выше в 4,2 раза и в 5,3 раза соответственно.

**Выводы.** Следовательно, чем тяжелее протекает заболевание у детей, тем выше в крови уровень проапоптотических факторов и содержание апоптозоориентированных

лимфоцитов. В тоже время, параллельно активности патологического процесса снижается содержание в крови клеток – естественных киллеров (CD16<sup>+</sup>). Это еще раз подтверждает тот факт, что в условиях ХГВ в организме происходит преобладание процессов, связанных с запрограммированной гибелью клеток.

## **КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОМ ЭТАПЕ**

**Арипов А.Н., Борзова Н.С., Арипов О.А., Плугарь В.И., Мухамеджанова Н.И.,  
Ша-Ахмедова Л.Р., Ахмадходжаева Д.А., Матякупова Г.Р., Файзиев Б.С.**

### **Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников**

Многие лабораторные показатели играют решающую роль в диагностике заболеваний. В связи с этим важным является их надежность и достоверность. Вместе с тем, качество лабораторных исследований зависит не только от работы лаборатории, но и прианалитической стадии, а именно, от подготовки больного к лабораторному исследованию. Тем более, что подготовка больного должна быть основана на знании биологических ритмов, влияние лекарственных препаратов на результаты лабораторных тестов.

Условия периода, предшествующего взятию у пациента биоматериала, оказывают большое влияние на его результаты.

Подготовка пациента к исследованию – одна из важных составляющих внелабораторной части доаналитического этапа.

К факторам, влияющим на результаты исследования относятся:

- лекарственная терапия, ее отменяют на 2-3 дня, либо анализ берут перед очередной дозой;
- при оперативных вмешательствах взятие анализа отстранивают от нескольких дней до 3-х недель;
- после в/в переливаний или инъекций забор крови осуществляется спустя 1 час;
- анализ кала производится через 2 дня после эндоскопических исследований, введения рентгеноконтрастных веществ;
- на результаты анализа влияет диализ, массаж, эргометрия, пункция, биопсия, специальные диеты;
- необходимо исключить физические нагрузки за 3 дня, алкоголь – за 24 часа.

12-часовое голодание необходимо при исследовании липидного спектра, глюкозы, мочевой кислоты (исключить мясо, бобовые, кофеин).

Исследование гормонов проводят только в утренние часы (СТГ вечером на 400% выше утренних значений).

На результаты исследования влияет и порядок взятия крови. Так, выдерживается следующая последовательность:

кровь на стерильность, сыворотка, плазма с цитратом, кровь на ЭДТА (гематологический анализатор), кровь с гепарином на иммунологические исследования. Если кровь берется через катетер, канюлю промывают физ.раствором. а первые 5 мл крови удаляют для предотвращения загрязнения.

Гемолизированная кровь не исследуется, равно, как и неидентифицированная.

Таким образом, результаты анализа, их качество – это не только лаборатория, но и клиника, где больной лечится.

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ МИОКАРДИТОВ У ДЕТЕЙ**

**Ахмедова Н.Р., Жураева З.Р.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр педиатрии**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Введение.** Согласно Всемирной организации здравоохранения, «миокардит – это воспалительное заболевание миокарда, сопровождающееся нарушением функций сердца, и диагностируется на основании установленных гистологических, иммунологических и иммуногистохимических критериев». Они могут встречаться у детей всех возрастов. Среди детей, умерших в возрасте до 10 месяцев, они обнаружены в 9 % случаев. Клинически для неревматических миокардитов у детей характерен полиморфизм, который может варьировать от бессимптомных форм до выраженных симптомов тяжелой рефрактерной сердечной недостаточности. Все это свидетельствует об актуальности изучения данной патологии в педиатрической практике.

**Цель исследования:** изучить клиничко-функциональные особенности течения неревматических миокардитов у детей раннего возраста.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 24 детей в возрасте до 3 лет ( $1,4 \pm 0,9$  лет) с диагнозом неревматический миокардит, госпитализированных в отделения РСНПМЦП. Диагноз неревматический миокардит устанавливали на основании клиничко-anamnestических, лабораторных и инструментальных исследований (рентгенография, ЭКГ, ЭхоКГ).

**Результаты исследования.** Анализ полученных результатов показал, что заболевание чаще встречается среди мальчиков (60% против 40%). В возрастном аспекте преобладали младенцы до 1 года (40%), тогда как количество детей второго и третьего года жизни составили 26,6% и 33,3% соответственно. При изучении анамнестических данных было установлено, что несмотря на ранний возраст у всех детей (100%) имели место частые перенесенные острые вирусные и бактериальные инфекции. Основными жалобами со слов матерей всех обследованных детей были следующие: быстрая утомляемость (80%), повышение температуры тела (66,7%), кашель (33,3%). Было установлено, что встречаемость и характер клинических симптомов зависит от степени сердечно-сосудистой недостаточности. При объективном исследовании выявлялись приглушенность тонов сердца – 60%, систолический шум на верхушке сердца – 86,6%, тахикардия – 80%, смещение границы относительной тупости сердца влево – 26,6%. У детей с НМ кардиоторакальный индекс составил в среднем  $59,6 \pm 0,3\%$ . По результатам электрокардиографических исследований, феномен предвозбуждения встречался у 7,5% детей с НМ, парные желудочковые экстрасистолы – 13,3%, атриовентрикулярные блокады различной степени – 13,3% случаев. На ЭхоКГ были определены расширение камер сердца, систолическая дисфункция со снижением фракции выброса, регургитация на митральном и трикуспидальном клапанах.

Таким образом, клиничко-функциональные особенности течения неревматических миокардитов обусловлены систолической дисфункцией и ремоделированием миокарда, которые проявляются нарушениями ритма и проводимости, а также различными функциональными классами сердечно-сосудистой недостаточности.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА**

**Ахмедова Н.Р., Сайидова М.Х., Нурматова Д.А.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр педиатрии  
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Введение.** Ювенильный артрит (ЮА) – это тяжелое деструктивно-воспалительное заболевание суставов, развивающееся у детей в возрасте до 16 лет. ЮА относится к категории наиболее значимых в социальном и медицинском аспектах заболеваний в силу своей широкой распространенности, нередко вовлечении в патологический процесс внутренних органов и глаз. ЮА является одной из основных нозологических форм ревматических заболеваний в причине детской инвалидности в мире.

**Цель исследования:** изучить клинические формы ювенильного артрита у детей различного возраста.

**Материалы и методы.** Было обследовано 189 больных с ЮА в возрасте от 1 до 18 лет, госпитализированных в кардиоревматологическое отделение Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии. Всем больным были проведены общеклинические (общий анализ крови, общий анализ мочи), биохимические (общий белок и белковые фракции, глюкоза, АлТ, АсТ, билирубин, мочевины, креатинин, ЛДГ, С-реактивный белок, ревматоидный фактор, антистрептолизин-О, содержание кальция, натрия, калия, магния) и инструментальные (рентгенография, УЗИ внутренних органов) методы исследования. Диагноз ставился на основании жалоб, данных анамнеза, объективного осмотра, лабораторно-инструментальных методов исследований согласно критерий ILAR Edmonton (2001 г.).

**Результаты и их обсуждение.** Распределение обследованных детей по полу свидетельствовало, что заболевание практически с одинаковой частотой регистрируется как среди девочек, так и мальчиков (50,8% и 49,2% соответственно). Изучение частоты встречаемости различных форм ЮА среди обследованных показало, что суставная форма была зарегистрирована у 137 (72,4%) детей, из которых полиартритическая и олигоартритическая форма составили 32,8% и 33,8%, а энтезит ассоциированный и недифференцированный артрит встречался в 3,1% и 1,5% детей. Псориатическим артритом страдали 2 (1%) детей. ЮА с системным началом был диагностирован у 52 детей (27,5%). Раннее начало заболевания свидетельствует о большем количестве системных воспалительных процессов и более неблагоприятном исходе, чем у детей с более поздним началом заболевания. Пик заболеваемости олигоартритической формой ЮА встречается преимущественно детей в возрасте 1-5 лет, тогда как полиартикулярная форма больше развивается в 2-15 лет. По данным литературы, ЮА с системным началом может дебютировать в любом возрасте, но чаще возникает до полового созревания. Полученные результаты анализа начала заболевания в зависимости от формы ЮА свидетельствуют, что олигоартикулярная форма болезни чаще начинается в возрасте 3-4 лет и 8-9 лет, а полиартикулярная характерна для детей в возрасте 8-12 лет, что совпадает с литературными данными, в которых указан. У 52 (27,5%) больных с ЮА с системным началом чаще встречался у детей в возрасте до 5 лет.

**Выводы.** У детей ювенильный идиопатический артрит может дебютировать в любом возрасте и характеризуется разной степенью активности артритом, а системная форма заболевания - с преобладанием системных проявлений, тяжелым течением болезни и частыми рецидивами. У детей с наибольшей частотой встречаются олигоартритическая (33,8%), полиартритическая (32,8%) и системная (27,5%) формы заболевания.

**ОЦЕНКА ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ  
ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ.**

**Ахмедова И.М., Баратова Д.Х.**

**Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников.  
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Введение.** Целиакия (Ц) – наследственное заболевание, связанное с непереносимостью злакового белка глиадина, патогенез которого до конца не установлен. Известно, что в результате действия глиадина на слизистую оболочку чувствительных к нему лиц развивается атрофический процесс с последующим развитием синдрома мальабсорбции, возможно с вторичным повреждением поджелудочной железы (ПЖ) с нарушением ее экзокринной функции, что способствует ухудшению нутритивного статуса пациента, что определяет актуальность данного исследования.

**Цель исследования:** оценить экзокринную функцию поджелудочной железы при целиакии у детей.

**Материалы и методы исследования.** Нами было обследовано 56 детей с целиакией (Ц), находящихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии РСНПМЦП, в возрасте от 7 до 15 лет. Для подтверждения диагноза Ц использовались определение антител к тканевой транскламиназе IgA и общего IgA. Для диагностики экзокринной недостаточности поджелудочной железы использовали копрологическое исследование с учетом креаторею, стеаторею и амилорею, а также стул наличие "полифекалии", сероватого цвета кала, "сальный" вид, зловонный, гнилостный запах. Содержание панкреатической эластазы-1 в кале определили с реактивами BIOSERV Pankrin™ - ELISA – путем иммуноферментного анализа.

**Результаты и обсуждение.** Среди обследованных детей с Ц у 36(64,2%) выявлены симптомы поражения поджелудочной железы, основной жалобой явились боли, локализующиеся в эпигастриальной области, в левом подреберье. Возникновение боли усиливались при приеме пищи и возрастали при перемене положения больного, особенно при положении на спине, несколько стихали при наклоне вперед или положении на боку с поджатыми к животу ногами. С помощью УЗИ нами было оценено состояние поджелудочной железы, что позволило своевременно выявить структурные изменения органа на доклинической стадии. увеличение поджелудочной железы, повышение эхогенности и гиперэхогенные включения нами зарегистрировано у 13(17,1%) пациентов. Увеличение хвостовой части поджелудочной железы зарегистрировано в 2,0 раза чаще по сравнению с телом 51(67,1%) и 25(32,8%) соответственно.

Чаше других копрологических симптомов у всех детей в основной группы выявлена панкреатогенная стеаторея. Амилорея выявлено у 24 (66,6%) больных, креаторея достоверно чаще наблюдалась у детей с Ц по сравнению с детьми контрольной группы .

Белково-энергетическая недостаточность тяжелой степени у детей с Ц индекс массы тела - 3СО и – 4СО выявлена у каждого четвертого ребенка в возрасте от 7-16лет.

Показатели фекальной панкреатической эластазы -1 показали легкую панкреатическую недостаточность у 15,6 % где концентрация фермента был равен  $180 \pm 8,4$  мг/кг, умеренную — у 3,1%  $120 \pm 12,9$  мг.кг, тяжелую — у 3,1 %  $92 \pm 8,6$  мг/кг у больных Ц, при норме более 200 мкг/г.

**Заключение.** Следовательно поражение ПЖ при Ц являются не просто связанными процессами, но тесно взаимодействующими и поддерживающими друг друга. Такой подход диктует необходимость коррекции экзокринной недостаточности состояния ПЖ при Ц у детей, в т.ч. определяет необходимость заместительной терапии высокоактивными препаратами панкреатических ферментов.

## **ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГИИ К БЕЛКАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Ахмедова И.М., Султанходжаева Ш.С., Арипова Д.С.**  
**Республиканский специализированный научно-практический**  
**медицинский центр педиатрии**  
**Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников**

**Актуальность.** Аллергия к белкам коровьего молока (АБКМ) — это патологическая реакция, вызванная приемом продуктов, содержащих белки коровьего молока (БКМ), в основе которой лежат иммунные механизмы (специфические IgE-опосредованные реакции, клеточный иммунный ответ (не-IgE-опосредованные) или их сочетание - реакции смешанного типа). В спектре белков коровьего молока наибольшее клиническое значение имеют:  $\beta$  лактоглобулин,  $\alpha$ -лактальбумин, бычий сывороточный альбумин и  $\gamma$ -глобулин, а также  $\alpha$ - и  $\beta$ казеины. К сожалению, существует крайне мало опубликованных исследований в нашем регионе о распространенности пищевой аллергии, что осложняется смешением понятий непереносимости лактозы и АБКМ. Использование четких диагностических критериев позволило бы своевременно поставить диагноз и рекомендовать необходимую диетотерапию.

**Цель исследования:** диагностика аллергии к белкам коровьего молока у детей раннего возраста.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 109 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет с диагнозом гастроинтестинальная форма пищевой аллергии, находящихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. Средний возраст детей составил  $15,0 \pm 3,0$  месяцев. У обследованных больных у 72 (66,0) установлен диагноз «Синдром энтероколита, индуцированного белками пищи (СЭИБП)» (первая группа), у 37 (40,0%) диагноз «Аллергическая энтеропатия, индуцированная белками пищи» (АЭ) (вторая группа). Аллергологическое обследование включало в себя сбор аллергологического анамнеза и определение общего и специфического IgE к белкам коровьего молока с помощью набора «Аллерго ИФА-специфические IgE с жидкими биотинилированными аллергенами» и исследование лимфокин-продуцирующей способности Т-лимфоцитов для выявления сенсibilизации к белкам коровьего молока.

**Результаты и обсуждение.** АБКМ установлена как у младенца, находящегося на грудном вскармливании, так и у ребенка, получающего адаптированную молочную смесь. В первой группе больных при определении общего и специфического IgE к белкам коровьего молока было установлено, что у 45 (62,5 %) отмечался повышенный уровень общего Ig E, достигающий значения  $128,3 \pm 30,03$  МЕ/мл при норме от 0 до 20 МЕ/мл. У остальных пациентов 27 (37,5 %) уровень общего Ig E не превышал возрастной нормы, что подтверждает клеточно-опосредованный путь развития синдрома энтероколита, индуцированного белками пищи. Во второй группе детей повышенный уровень общего Ig E регистрировался у 20 (54 %), достигающий значения  $67,1 \pm 19,1$  МЕ/мл ( $P < 0,05$ ). Значения специфического IgE к белкам коровьего молока были клинически значимы и составили  $1,13 \pm 0,4$  МЕ/мл в первой  $0,4 \pm 0,1$  МЕ/мл и во второй группе исследования ( $P < 0,05$ ).

При определении лимфокин- продуцирующей способности Т-лимфоцитов к белкам коровьего молока установлено, что в первой группе сенсibilизация к коровьему молоку у 21 (18,7 %) обследованных. Среднее значение лимфотоксина коровьему молоку в обеих группах пациентов имело одинаковый уровень, достоверной разницы между ними не было и составляло  $21,8 \pm 1,6$  UTE и  $20,1 \pm 1,8$  UTE соответственно.

**Заключение.** Своевременная диагностика аллергии к белкам коровьего молока улучшает прогноз заболевания, качество жизни пациентов и выбора необходимую специализированную диетотерапию.

## **МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ КЛЕТОЧНОГО ОБНОВЛЕНИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ГЕПАТИТАХ И ЛЕЧЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ**

**Ахунджанова Л.Л., Арипов А.Н., Набиев А.У., Хамроев Т.Т.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
педиатрии МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан.**

**Введение.** Изучение молекулярных механизмов дестабилизации и регуляции метаболической адаптации в печени при патологических состояниях остается важным направлением современной клинической и экспериментальной гепатологии. Решение этих вопросов тесно связано с фундаментальными общебиологическими

Механизм образования свободнорадикальных форм кислорода и азота, модификация липидов и белков, функционирование биомембран, процессами клеточной гибели может быть использовано для выяснения различных метаболических звеньев при повреждении печени.

**Цель исследования:** изучение механизмов гибели и обновления клеток печени с позиций апоптоза и некроза в условиях острых и хронических ее поражений.

Ранее в исследованиях нами было доказано, что ряд препаратов растительного происхождения обладают широким спектром действия на клеточные структуры печени, поврежденные гепатотропными агентами.

**Материалы и методы исследования.** Объектом исследования служили экспериментальные животные, была использована модель токсического  $\text{CCl}_4$  гепатита. Коррекцию метаболических нарушений проводили введением крысам янтакина per os, в дозе 50 мг/кг массы, полученных в ИХРВ АН РУз из растительного сырья.

**Результаты.** Для оценки состояния клеточного обновления в условиях хронического поражения печени гелиотрином, нами были определены в печеночной ткани экспериментальных животных показатели апоптотического индекса (АИ) и некроза гепатоцитов - как два основных пути гибели клеток, а также митотический индекс (МИ) –показатель пролиферативной активности печени. Кроме того, были анализированы коэффициенты отношения апоптоза к пролиферации (АИ/МИ) и отношения апоптоза к некрозу. Несмотря на высокую частоту клеточной гибели митотическая активность (МИ) гепатоцитов низкая – 2,2 раза ниже, чем таковая в контрольной группе (табл. 7.1), а коэффициент АИ/МИ, наоборот, в 4,5 раза выше.

Применение янтакина выделенного из янтака ложного (*Alhagi pseudoalhagi* Desv), показало, что что МИ повышается на 29,1%, АИ - на 32,8%, некротические проявления снижаются на 12,7%. В результате коэффициент АИ/МИ снижается на 11,2%, отношение Некроз/АИ - на 34,1%, относительно уровня показателей нелеченной группы.

В основе положительного действия на показатели клеточной гибели в печени применяемых препаратов лежит, прежде всего, их мембранопротективное действие. Наибольшая эффективность показана в группе животных получавших янтакин.

**Выводы.** Результаты экспериментального исследования влияния антиоксидантных препаратов на процессы клеточной гибели, системы антиоксидантной защиты могут быть использованы при создании и разработке средств фармакологической коррекции метаболических сдвигов при заболеваниях, связанных с поражением печени.

## **РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ.**

**Ахунджанова Л.Л., Арипов А.Н., Набиев А.У., Каримов Ш.Б., Худоярова З.С.**

**Республиканский специализированный научно-практический  
Медицинский центр педиатрии**

**Введение.** В нарушении физиологических процессов при гелиотриновом гепатите, важную роль играют иммунные дисфункции, от степени выраженности которых зависят

течение и исход заболевания. Биологическая роль этих регуляторов в избыточных количествах, обладают цитотоксическим эффектом.

**Целью** исследования явилось, выявить критерием определяющие характер течения и исхода патологии печени у детей.

**Результаты исследования.** В динамике развития экспериментального гелиотринового гепатита установлена индукция цитокинов ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-10, наиболее выраженное увеличение их содержания по сравнению с интактными животными установлено на 35-й день развития гелиотринового гепатита. Гиперпродукцию ИЛ -1, ИЛ-6 и ИЛ-10 при экспериментальной патологии печени (ЭПП) у крыс, особенно на фоне повышенного содержания ФНО- $\alpha$ , следует рассматривать в качестве фактора, стимулирующего пролиферацию В-лимфоцитов.

Представлены доказательства возможности использования цитокинов как прогностического теста для суждения о характере течения и эффективности терапии хронических вирусных гепатитов. Прогностически неблагоприятными факторами течения хронических гепатитов В являются: повышение содержания ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-10, а также интенсификация ПОЛ, дестабилизация липидных и белковых компонентов гепатоцитов. Их применение в клинической практике позволяет значительно улучшить качество диагностики ХГ, в частности фиброза печени.

Выявлена коррегирующая способность биологически активного вещества - янтакрина на процессы фиброзирования печени. Показано, что применяемый препарат существенно снижает уровень фиброза в печени, снижает степень нарушений гепатоцитов в условиях хронического поражения печени.

Полученные данные позволяют считать, что главной причиной развития необратимых изменений в печени в условиях ее поражения токсическими повреждающими агентами является фиброз печени, что может являться важным прогностическим критерием определяющим характер течения и исхода патологии печени у детей.

**Выводы.** На основании проведенных исследований впервые проведено исследование большого комплекса показателей, отражающих механизмы развития фиброза при хронических гепатитах.

Выявленное нами, в условиях экспериментального поражения печени коррегирующее влияние БАВ растительного происхождения – янтакрина на показатели фиброгенеза, а также на ключевые структурно-биохимические механизмы позволяет рекомендовать его в качестве эффективного средства для целенаправленной коррекции нарушений в процессах фиброзировании в печени.

## **ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С SARS-COV-2 ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.**

**Бекмуратова Н.А., Насирова У.Ф., Саидакбаровна С.Д.**

**Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников.**

**Актуальность.** До настоящего времени, по данным литературы нет четких доказательств о частоте встречаемости вертикальной передачи инфекции новорожденному.

Некоторые страны приняли консервативные рекомендации по ведению беременных женщин с инфекцией SARS-CoV-2 и их новорожденных, придерживаясь практики разделения матери и ребенка.

Большинство авторов сходятся во мнении что SARS-CoV-2 у новорожденных протекает бессимптомно и инкубационный период обычно составляет 3-7 дней, но заболеваемость в этой возрастной группе во время пандемии значительно возросла. В связи с отсутствием литературных данных о состоянии адаптации, необходим более глубокий анализ заболеваемости новорожденных рожденных от матерей с SARS-CoV-2 положительной инфекцией.

**Цель:** изучить особенности состояния адаптации неонатального периода у детей, рожденных от матерей SARS-CoV-2 положительной инфекции.

**Методы и материалы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни, двух перепрофилированных лечебных учреждений: Ташкентского городского перинатального центра и родильного дома № 3, в период со 2 марта 2020 года по 31 октября 2020 года, 154 матерей с лабораторно подтвержденным анализом Covid-19 и их новорожденных (155), у которых в течение 24 часов после родов был взят мазок из носоглотки. Средний возраст матерей составил 27,5 лет (19–36 лет). Сроки беременности составили  $38 \pm 0,05$  недели. Восемь новорожденных имели малую массу тела при рождении <2500 г (28,5%)

**Полученные результаты.** 28(18,0%) новорожденных переведены в отделение интенсивной терапии новорожденных (ОРИТ) для дальнейшего лечения. В восьми случаях в связи с первичным диагнозом респираторный дистресс-синдром (28,6%), 1(3,5%) - по поводу развившегося сепсиса, 13 (46,4%) – в состоянии асфиксии, 1(3,5%) – с врожденным пороком развития и транзиторного тахипноэ новорожденного в 3(10,8%) случаях. Оценка по шкале Апгар на 1 и на 5-й минуте варьировала от 3 до 8 баллов. В данной группе детей результаты ПЦР тестов на Covid-19 были отрицательными.

Среди новорожденных переведенных в отделение интенсивной терапии 28 потребовалась респираторная поддержка, в дополнительной оксигенотерапии через назальные канюли 15(53,6%) в стартовом методе неинвазивной вентиляции NCPAP 12(42,8%) новорожденных и только 1(3,6%) потребовалась интубация с механической вентиляцией. Медиана дней на респираторной поддержке составила  $4.1 \pm 0.7$ . Среднее время госпитализации составило 7,1 день. Парентеральное питание получали 24 новорожденных, что составило 85,7%. Количество ВЖК (1,2 степени) составило 11 (39,2%).

**Выводы.** Согласно полученным результатам нам не удалось выявить четкую возможность вертикальной передачи Covid-19. Обобщенные данные были недостоверными, возможно проведение и детализация более качественных исследований смогут показать эту зависимость. Однако, в нашем исследовании не было зарегистрировано ни одного случая вертикальной передачи заболевания, несмотря на то, что новорожденные были оставлены с COVID-19 положительными матерями после рождения.

Вопрос постнатального инфицирования от матерей также остаётся дискуссионным, ретроспективные данные указывают, что несмотря на отсроченное пережатие пуповины, контакт кожа к коже и совместное пребывание не увеличило число случаев заболеваемости среди новорожденных.

Несмотря на то, что ПЦР-положительные дети имели благоприятный исход и удовлетворительное общее состояние, гипоксия и лихорадка матери привели к увеличению общей заболеваемости в группе новорожденных, что составило 18%. Преждевременные роды и число недоношенных новорожденных достигло 11,6%. Отмечено, увеличение частоты внутрижелудочковых кровоизлияний 11(39,2%), что может быть связано с антикоагулянтной терапией беременных с Covid-19.

## **МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ЭПИЛЕПТИК ЭНЦЕФАЛОПАТИЯНИНГ КЛИНИК – ПАРАКЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА КЕЧИШ ХАРАКТЕРИ**

**Вафоева Г.Р., Саидходжаева С.Н.  
Тошкент педиатрия тиббиёт институти.**

**Долзарблиги.** Эпилептик энцефалопатия – бу, миядаги электрогенез жараёни ўзгариши натижасида, мия функциясининг бузилиши ҳисобланади. Бунда эпилептик жараён миянинг прогрессив функциясининг бузилишига олиб келади. Кўпчилик тадқиқотчилар ушбу касалликни интериктал эпилептик психозни бир кўриниши деб

хисоблашади. Шу сабабли ушбу касалликни кечишининг ўзига хослигини аниқлаш ушбу жараёнга эрта таъхис қўйиш ва бошқа касалликлардан дифференциал диагноз қилишга ёрдам беради

**Тадқиқотнинг мақсади:** мактабгача ёшдаги болаларда эпилептик энцефалопатиянинг клиник – параклиник хусусиятлари ва касалликнинг кечиши характери ўрганиш.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари.** Тош ПТИ клиникасининг неврология бўлимида 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган эпилептик энцефалопатиянинг 1 типи билан касалланган 15 нафар бемор болалардаги ўзгаришлар таҳлил қилинди. Тадқиқотда умумий клиник, неврологик, когнитив функцияни баҳолаш шкалалари (MMSE, MoCA) ва инструментал тадқиқот усуллари (ЭЭГ) фойдаланилди.

**Тадқиқот натижалари.** Олинган натижаларга кўра, ЭЭ 1 типи билан касалланган 15 нафар бемор болалардан 4 нафар болада (26,7%) Леннокс-Гасто синдроми, 3 нафар (20%) болада Ландау-Клеффнер синдроми, 2 нафар (13,3%) болада Веста синдроми, 4 нафар болада (26,7%) Драве синдроми ва 2 нафар болада (13,3%) Отахара синдроми таъхиси қўйилгани аниқланди. Болаларнинг ўртача ёши:  $5,2 \pm 0,32$  ёшни ташкил қилади. 5 нафар (33,3%) болада тоник тутқаноқлар, 3 нафар (20%) болада қисқа муддатли бир неча сония давом этган тутқаноқ хуружлари, 4 нафар (26,7%) болада аста секинлик билан ривожланувчи атипик абсанс хуружлари ва 3 нафар (20%) болада миоклоник тутқаноқ хуружлари кузатилди. Неврологик статуси таҳлил қилинганда қуйидаги умумий неврологик белгилар : уйку бузилиши, кучли бош оғриши, бош айланиши, тез чарчаш; ўчоқли неврологик белгилар : БМН зарарланиш белгилари, пай рефлексларининг бир томонлама гиперрефлексияси, анизотония, патологик рефлексларнинг мавжудлиги, дизметрия кузатилди. Когнитив функция текширилганда 13 нафар (86,7%) болаларда қуйидаги когнитив бузилишлар кузатилди ( MMSE шкаласи бўйича 23-24 балл): диққат ва хотирасининг сустлиги, ақлий ва фикрлаш қобилиятининг пастлиги, ўзлаштиришнинг сустлиги.

**Хулоса.** Текширув хулосаларига кўра, мактабгача ёшдаги бўлган болаларда эпилептик энцефалопатиянинг 1 типи кечишида, неврологик ўзгаришлар когнитив сферанинг бузилишлари (нутқ, интеллект, тафаккур бузилишлари) билан биргаликда характерланади.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕЗ СУДОРОЖНОЙ ФОРМЫ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Вафоева Г.Р., Саидходжаева С.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

**Введение.** В настоящее время некоторые исследователи рассматривают интериктальные эпилептические психозы в качестве проявления эпилептических энцефалопатий. Эпилептическая энцефалопатия - это состояние, где патологический измененный электрогенез головного мозга является причиной нарушений функций головного мозга. При которой эпилептический процесс как таковой ведет к прогрессирующим нарушениям функций мозга.

**Цель исследования:** изучить клинические особенности без судорожной формы эпилептической энцефалопатии у детей дошкольного возраста .

**Материалы и методы исследования.** В основу исследования вошли 15 детей с диагнозом без судорожной формы эпилептической энцефалопатии. Большинство из них были направлены на обследование психоневрологом по поводу поведенческих, когнитивных расстройств и задержки психомоторного, психоречевого или общего психического развития. Средний возраст наблюдаемых детей с без судорожной формы эпилептической энцефалопатии составил  $5,1 \pm 0,4$  лет. Дебют заболевания составила  $3,5 \pm 0,54$  лет и варьировала в пределах от 1 года до 6 лет. В данной работе

использовались общеклинические, неврологические и инструментальные методы исследования (ЭЭГ).

**Результаты и обсуждение.** Эпилептические припадки у данной категории больных либо совершенно отсутствовали, либо возникали очень редко или в анамнезе (13,0%). Особенности неврологического статуса детей с без судорожной формы эпилептической энцефалопатии характеризовались низким процентом наличия косоглазия (16% против 24%;  $P < 0,05$ ) и горизонтального мелкоамблиопического нистагма (24% против 32%;  $P < 0,05$ ), а также низким процентом центрального пареза лицевого нерва (16% против 20%;  $P < 0,05$ ).

При изучении показателей высшей корковой деятельности у обследованных детей с без судорожной формы эпилептической энцефалопатии было отмечено отставание в психоречевом и умственном развитии. В неврологическом статусе не было отмечено грубых изменений. При ЭЭГ исследовании были выявлены вспышки  $\alpha$ -,  $\beta$ -, и  $\lambda$ -активности с амплитудой 200-1000 мкВ ( $598 \pm 21,3$  мкВ). Основным ЭЭГ- феноменом наряду с высокоамплитудной активностью было грубое нарушение ритмики. Высокоамплитудная активность имела медленный характер, часто сочетаясь с эпилептиформной, что позволило классифицировать это явление как эпилептическую дизритмию. Такое грубое нарушение биоэлектрических ритмов указывает на тяжелое расстройство функций отмеченных структур, являющихся, как правило, при парциальных формах эпилепсии пейсмекерами эпилептической активности.

**Вывод.** Описанные структурные изменения, которые могут сохраняться и при прекращении эпилептической активности, являются причиной персистирования клинических нарушений у детей при без судорожных формах эпилептической энцефалопатии.

## ТУРҒУН ЗЎРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИНИНГ ТУРЛИ ФУНКЦИОНАЛ СИНФЛАРИДА КОРОНАР ҚОН ТОМИРЛАР ЗАРАРЛАНИШИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Джумаев Д.Л.

Тошкент Тиббиёт Академияси

**Тадқиқотнинг мақсади:** турғун зўриқиш стенокардиясининг турли функционал синфларида коронар қон томирлар зарарланишининг ўзига хослигини ўрганиш.

**Материал ва усуллар.** Тадқиқотга 64 нафар турғун зўриқиш стенокардияси ташхиси қўйилган беморлар жалб қилинди. Тадқиқот учун турғун зўриқиш стенокардияси I ФС ташхиси қўйилган 12 нафар; ўртача ёш  $58,4 \pm 1,05$  йил, турғун зўриқиш стенокардияси II ФС ташхиси қўйилган 30 нафар; ўртача ёш  $62,03 \pm 2,7$  йил, турғун зўриқиш стенокардияси III ФС ташхиси қўйилган 22 нафар; ўртача ёш  $69,7 \pm 1,8$  йил беморлар олинди. Барча беморларда РИКИАТМ да коронарография амалиёти ўтказилди. Тадқиқот давомида тўпланган маълумотлар SPSS-17, STATISTICA 6.0 дастуридан фойдаланиб қайта ишланди.

**Натижалар:** Коронар етишмовчилик индексини баҳолаш орқали ушбу кўрсаткич бўйича гуруҳлар ўртасидаги статистик жихатдан ахамиятли фарқларнинг борлиги аниқланди. Оқклюзияланган коронар қон томирларни коронарография текшируви орқали ўрганганимизда қуйидаги натижалар олинди. Инвазив коронарография натижаларини таҳлил қилганда I гуруҳдаги беморлар орасида коронар артерияларнинг зарарланиши 3-5% ни ташкил этиши аниқланди  $p < 0,05$ . Чап коронар артериянинг олдинги қоринчалар аро тармоғи II гуруҳдаги беморлар орасида кўпроқ зарарланиши аниқланди  $p < 0,05$ . Чап коронар артериянинг айланиб ўтувчи тармоғи зарарланиши II ва III гуруҳлардаги беморларда мос равишда 24,7% ва 22,4% ташкил қилди. Орқа ён тармоқнинг зарарланиши II гуруҳдаги беморлар орасида 17,7% ни ташкил қилди. Ўнг коронар артериянинг зарарланиши барча гуруҳларда патологик жараёнга мос равишда 2,3%, 12,5%, 13,7% ташкил қилди. Орқа қоринчалар аро тармоқнинг зарарланиши

факатгина III гурухдаги беморлар орасида —16,7% ни ташкил қилди. Турғун зўриқиш стенокардияси I,II,III ФС лари коронароангиография маълумотларига кўра бир бири билан солиштирилганда олдинги қоринчаларо тармоқ ва чап коронар артериядан чикувчи бошқа тармоқларнинг зарарланиши ўнг коронар артерия ва ундан чикувчи тармоқларнинг зарарланишига нисбатан кўпроқ учраши аниқланди.

**Хулосалар:** 1. Инвазив коронарография натижаларини таҳлил қилганда I гурухдаги беморлар орасида коронар артерияларнинг зарарланиши ишончли даражада нисбатан кам учраши аниқланди.

2. Чап коронар артериянинг олдинги қоринчалар аро тармоғи II гурухдаги беморлар орасида ишончли даражада кўпроқ зарарланиши аниқланди.

3. Орқа ён тармоқнинг зарарланиши II гурухдаги беморлар орасида I ва III гурухдаги беморларга нисбатан ишончли даражада кўпроқ учраши аниқланди.

4. Ўнг коронар артериянинг зарарланиши барча гурухларда патологик жараёнга мос равишда ишончли даражада нисбатан кам учраши аниқланди.

5. Орқа қоринчалар аро тармоқнинг зарарланиши факатгина III гурухдаги беморлар орасида ишончли даражада нисбатан кўпроқ учраши аниқланди.

6. Турғун зўриқиш стенокардияси I,II,III ФС лари коронароангиография маълумотларига кўра бир бири билан солиштирилганда олдинги қоринчаларо тармоқ ва чап коронар артериядан чикувчи бошқа тармоқларнинг зарарланиши ўнг коронар артерия ва ундан чикувчи тармоқларнинг зарарланишига нисбатан кўпроқ учраши аниқланди.

## **ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЗАТЯЖНЫМ КАШЛЕМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ**

**Жуманазарова Г.У.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Введение.** У детей раннего возраста частота встречаемости патологии органов дыхания остается одной из важных проблем детской пульмонологии. Заболевания органов дыхания сопровождается функциональными нарушениями органов и систем, наименее изученными остаются, вовлеченности в процесс сердечно-сосудистой системы, тесно взаимосвязанной с дыханием и непосредственно участвующей в обеспечении организма кислородом.

**Цель исследования:** изучить особенности функциональных изменений сердечно – сосудистой системы у детей с рецидивирующим бронхитом сопровождающиеся с затяжным кашлем.

**Материалы и методы исследования.** Нами было обследовано 45 больных детей, которые на данный момент находились в отделении детей раннего возраста из них с диагнозом Рецидивирующий Бронхит (РБ) первых 3-х лет жизни, в том числе 25 детей было в возрасте до 1-го года и 12 детей 2х лет и 8 детей 3х лет. Дети были распределены по группам 1 группа- Рецидивирующий бронхит с изменением сердца на ЭКГ -30, 2 группа детей РБ без изменений на ЭКГ -15 детей. Мальчиков было 28, девочек –17. клинико-anamnesticheskie, функциональные и инструментальные-ЭКГ ЭХОКГ исследования Консультации узких специалистов; Лор, невропатолог, окулиста. Опрос – анкетирования родителей.

**Результаты и обсуждения.** У 37 детей отмечалось сочетание ante- и интранатальной гипоксии. Доношенными родились 35%, но с низкой массой тела 2200-2500 и 15% доношенных детей с массой тела 3300-3500гр. Недоношенными родились 65% детей из них с низкой массой тела было 3 детей ( 1200-1500) . При изучении электрокардиографических данных установлено, признаки функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы разной степени выраженности выявилось у детей 1 группы - 90,2% . Основными признаками функциональных нарушений ССС у детей, проявлялся цианозом (86,4%), "мраморностью" кожных покровов (84,7%), изменением

звучности тонов сердца от глухости (37,3%) до акцентирования (30,5%), брадикардией (23,7%) и тахикардией (22,0%), аритмией (22,0%) и нарушением реполяризации желудочков миокарда(100%). Нарушения ритма и проводимости сердца наблюдалось у 80% недоношенных и 85,7% доношенных новорожденных детей в анамнезе у которых было перинатальное поражение ЦНС. Желудочковые экстрасистолы наблюдалось только у недоношенных детей. Структура нарушений ритма сердца была представлена следующим образом: синусовая тахикардия и/или аритмия – 25, синусовая брадикардия – 6, экстрасистолы – 3, суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия – 3, эктопический ритм – 2, синдром слабости синусового узла – 1, синдром WPW – 1, атриовентрикулярная блокада 1 ст. – 1 ребенок. У 2/3 детей отмечались депрессия сегмента ST, инверсия, снижение амплитуды зубца Т, более выраженные в раннем неонатальном периоде.

**Выводы.** Признаки функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы разной степени выраженности выявилось у 90,2% детей 1 группы. Основными признаками функциональных нарушений ССС у детей проявлялся цианозом (86,4%), "мраморностью" кожных покровов (84,7%), изменением звучности тонов сердца от глухости (37,3%) до акцентирования (30,5%), брадикардией (23,7%) и тахикардией (22,0%), аритмией (22,0%) и нарушением реполяризации желудочков миокарда(100%). Нарушения ритма и проводимости сердца наблюдалось у 80% недоношенных и 85,7% доношенных новорожденных детей с перинатальным поражением центральной нервной системы. Вегетативная регуляция сердечного ритма у детей на сегодняшний день остается актуальной проблемой не только педиатров, но и для узких специалистов в целом.

## **РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ В РАЗВИТИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ**

**Закирова У. И.**

**Ташкентская Медицинская Академия**

**Введение.** Из-за гетерогенности синдрома бронхиальной обструкции (СБО) сегодня ведется активный поиск клинико-генетических предикторов заболевания, которое позволяет прогнозировать дальнейшее его течении переход в хроническую форму. Наибольшие трудности для практических педиатров представляет дифференциальный диагноз между рецидивами бронхита с СБО и бронхиальной астмы(БА), поскольку у большинства детей развитие заболевания провоцируют ОРВИ, которые представляют основными факторами обострений рецидивирующего бронхита (РБ) у детей. Исследования молекулярно-генетических основ БЛЗ позволили установить важную роль полиморфизма многих генов, в том числе гена  $\beta 2$  адренергического рецептора (ADRB2) в подверженности организма к развитию болезни

Целью нашей работы явился анализ ассоциации полиморфных локусов rs1042714 (Gln27Glu) гена  $\beta 2$ -адренорецептора ADRB2 у детей узбекской популяции с рецидивирующей бронхиальной обструкцией.

Материалом для исследования было 85 пациентов с РБО узбекской этнической принадлежности в возрасте от 1 года до 15 лет. В группу сравнения вошли дети с ООБ, БА и практически здоровые дети того же возраста и популяции. В молекулярно-генетическом исследовании использован диагностический набор для выявления полиморфизмов в генах человека методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени на оборудовании «Rotor Gene 6000/Q» (Real-time CFX96 C1000 Touch), Bio-Rad. Объектом исследования послужили образцы крови на фильтровальной бумаге.

Результаты молекулярно-генетического исследования полиморфизма аллеля Gln27Glu гена  $\beta 2$ -адренорецептора ADRB2 у детей с рецидивирующим бронхитом, протекающий с СБО показали ассоциацию данного гена с заболеванием. При этом гомозиготный генотип (AA) аллеля Gln27Glu гена ADRB2 у детей с РБО отмечался

достоверно реже (28,2%), чем в группе практически здоровых детей (51,1%) ( $p < 0,001$ ) (рисунок 1). Носители гетерозиготного генотипа (AG) гена ADRB2 у детей в сравниваемых группах отмечались практически одинаково. Мутационный генотип (GG) аллеля Gln27Glu гена ADRB2 у детей с РБО обнаружен достоверно чаще (23,5%), чем в группе здоровых детей (6,6%) ( $p < 0,05$ ). Ранее мы изучали полиморфизм нуклеотида Arg16Gly гена ADRB2 у детей с РБО. Следует отметить, что гомозиготный вариант Gln27Glu с генотипом A/A отмечено у 28,2 % случаев, тогда как при РБ с нуклеотидом Arg16Gly 52,9% ( $p < 0,05$ ), гетерозиготный вариант с генотипом A/G – у 48,2 % и в группе с с Arg16Gly РБ -32,9% случаев. Gln27Glu с генотипом G\G выявлен у 23,5 % детей с РБ, тогда как в группе детей с Arg16Gly нуклеотидом данный генотип отмечался в 14,1 % случаев ( $p < 0,05$ ) (табл. 4.3.1). Результаты полученных исследований показали, что больные с РБО, которые являются обладателем полиморфных вариантов Gln27Glu гена ADRB2 мутационного генотипа G/G, предрасположены к развитию заболевания.

Сравнительный анализ ассоциаций полиморфных локусов rs1042714 (Gln27Glu) гена  $\beta$ 2-адренорецептора ADRB2 в группе детей с ООБ показало, что гомозиготный вариант с генотипом A/A нуклеотида Arg16Gly обнаружено в наибольшем количестве (80,9 %), чем генотипом A/A нуклеотида Gln27Glu (47,0%) (таблица 1). При этом генотипом A/A нуклеотида Gln27Glu в группе детей с РБ отмечался реже (28,2 % против 47,0%;  $p < 0,05$ ), чем в группе детей с ООБ. Гетерозиготный генотип A/G нуклеотида Gln27Glu в обследуемых всех группах отмечался практически с одинаковой частотой. Следует отметить, что случаи мутационного гена G\G нуклеотида Gln27Glu отмечалось достоверно чаще, чем в группе детей с ООБ (23,5% против 11,8 %;  $p < 0,001$ ). В группе детей с БА мутационный ген G\G нуклеотида Gln27Glu отмечался достоверно чаще, чем гомозиготный генотип A/A (35,7 % против 16,1 %;  $p < 0,001$ ). При этом мутационный ген G\G нуклеотида Gln27Glu в группе детей с РБ отмечался реже, чем в группе детей с БА (23,5 % против 35,7 %).

Таким образом, результаты полученных исследований показали, что дети, которые являются обладателем полиморфных вариантов Gln27Glu гена ADRB2 мутационного генотипа G/G, предрасположены к развитию рецидивирующей бронхиальной обструкции у детей. Анализ распространенности полиморфных вариантов Gln27Glu гена ADRB2 у больных с РБО показал, что обладатели мутационного генотипа G/G имеют высокий риск предрасположенности к развитию заболевания. Сравнительное исследование агрегации вариантов Gln27Glu гена ADRB2 в обследованных группах подтвердил, что дети с мутационным геном G\G нуклеотида Gln27Glu относятся к группе риска заболеваемости БА.

## **ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ**

**Зияходжаева Л.У., Маджидова Е.Н., Насирова Д.Ш., Абидова М.А., Хамидова Н.А.,  
Усманов С.А., Якубова З.А.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Введение.** Клинические проявления ОНМК у детей и подростков в общем не отличается от таковых у взрослых, однако его диагностика значительно затруднена, особенно у новорождённых и детей первых лет жизни, которые не способны чётко идентифицировать или описать свои ощущения, и зачастую не находят достаточного понимания своих проблем у родителей. Вследствие этого детский инсульт в большинстве случаев диагностируется поздно или вовсе не устанавливается, клинические проявления заболевания объясняются иными причинами.

**Цель исследования:** изучить факторы риска и клиническое течение ОНМК у детей.

**Материалы и методы исследования.** Сбор материалов проводили в республиканском перинатальном центре, отделении детской неврологии клиники ТашПМИ. Обследовано 41 детей с рождения до 14 лет с диагнозом ОНМК. Диагноз

устанавливали по результатам клинко-неврологических и инструментальных исследований (НСГ, компьютерная и магнитно-резонансная томография).

**Результаты и обсуждение.** Исследования выявили такие факторы риска развития острых нарушений мозгового кровообращения у новорождённых 13 (34%) в пре и перинатальном периоде, как угроза прерывания беременности 2 (15%) , нарушения фетоплацентарного кровообращения 3 (23%), хроническая внутриутробная гипоксия плода 3 (23%), маловодие 1 (8%), преждевременные роды 2 (15%), раннее излитие околоплодных вод 2 (15%). Среднее время клинических проявлений ОНМК составил от 1 до 26 дней. Клинко-неврологические синдромы проявлялись судорожным синдромом (5), нарушением общемозговых симптомов и отёком мозга (2), синдром двигательных нарушений (5). В дошкольном 4 (10%) и младшем школьном возрасте 2 (5%), факторами развития ОНМК явилось болезни крови 1(17%), врождённый порок сердца 2 (33%), разрыв аневризма 3(50%). Клиническая картина характеризовалась, синдромом церебральной возбудимости сменяющейся угнетением встречался у (2) детей, судорожный синдром у (5) детей, синдром двигательных нарушений у (6) детей. У детей пубертатного возраста 14 (34%) факторами развития ОНМК, явилось вегетативно-сосудистая дистония 4 (29%), диффузное заболевание соединительной ткани 2(14%), вторичная артериальная гипертензия 2 (14%), васкулиты 3 (21%), мигрень 1(7%), порок сердца 2(14%). Клинко-неврологические синдромы у детей пубертатного возраста развивались остро, глубоким нарушением сознания и проявлялись судорожным синдромом (11), нарушением общемозговых симптомов и отёком мозга (4), синдром двигательных нарушений (12). Очаговые мозговые симптомы в большинстве были значительно ступёваны. Клиническая картина геморрагического инсульта сразу развилась у 83% детей, у остальных 16% детей в течение 1-2часов. Характерной особенностью ишемического инсульта было постепенное развитие очаговых неврологических симптомов и преобладание их над общемозговыми симптомами. Клиническая картина ишемического инсульта развивалась у 73% детей в течение 1-3 часов, у остальных 17% детей клиника развивалась остро.

#### **Выводы.**

1. Факторы риска ОНМК у детей отличаются от взрослых и неодинаковы на разных этапах развития детей.
2. ОНМК протекает с некоторой стёртостью клинических симптомов, что связано с анатомическими особенностями кровоснабжения головного мозга у детей.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ**

**Ибрагимов А.А., Ахмедова Д.И., Ахмедова Н.Р., Нурматова Д.А.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Введение.** Ювенильный артрит с системным началом отличается выраженной тяжестью общего воспалительного ответа, яркой полисиндромностью, тяжелой функциональной недостаточностью в острый период, и большим риском развития в прогнозе деформирующего артрита. Несмотря на достижения современной медицины, лечение системного варианта ювенильного артрита глюкокортикоидами и иммунодепрессантами не всегда эффективно. Эти препараты не контролируют течение заболевания, не предотвращают прогрессирование костно-хрящевой деструкции, а их длительное применение приводит к развитию тяжелых, часто необратимых последствий. Одним из перспективных направлений является разработка эффективных подходов к назначению генно-инженерной биологической терапии в комплексном лечении больных с юношеским артритом с системным началом.

**Цель исследования:** оценить эффективность генно-инженерного биологического препарата тоцилизумаб в лечении детей с ЮАсСН в зависимости от количества нейтрофилов.

**Материалы и методы.** Нами обследовано 15 детей с ЮАсСН, госпитализированных в кардиоревматологическое отделение Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Возраст детей варьировал от 2 до 16 лет. Методы исследования включали клинико-анамнестические, лабораторные и инструментальные методы (УЗИ внутренних органов и суставов, ЭКГ, рентгенографию суставов и грудной клетки, МСКТ). Все дети получали генно-инженерный биологический препарат тоцилизумаб в следующих дозах: с массой тела до 30 кг - 12 мг/кг, >30 кг по 8 мг/кг. В зависимости от количества нейтрофилов в крови больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 7 (46,7%) больных, с нормальным содержанием нейтрофилов в крови, 2 группа – 8 (53,5%) больных, с низким содержанием нейтрофилов в крови.

**Результаты и их обсуждение.** Оценка эффективности проводимой терапии тоцилизумабом показал значительную разницу эффективности ГИБТ в сравниваемых группах в зависимости от количественного содержания нейтрофилов в периферической крови. Среди обследованных детей 2 группы нейтропения легкой степени (от  $1,5 \times 10^9/\text{л}$ ) зарегистрирована у 75%, средняя степень (от 0,5 до  $0,99 \times 10^9/\text{л}$ ) - у 25% больных. Для оценки эффективности были сравнены сроки уменьшения или исчезновения клинических симптомов заболевания. В 1 группе детей с нормальным количеством нейтрофилов нормализация температуры тела была отмечена на 15-18-й день после применения тоцилизумаба, тогда как во 2 группе детей с нейтропенией нормализация температуры тела наступила в 3 раза быстрее (4-5 дней) ( $p \leq 0,001$ ). Уменьшение болей в суставах (артралгии) и других симптомов артрита имела такую же тенденцию: во 2 группе детей - через 18-22 дня, а в 1 группе – на 35-37 день ( $p \leq 0,001$ ). После получения тоцилизумаба исчезновение кожных высыпаний во второй группе было отмечено в 2 раза быстрее, то есть через 10-13 дней после лечения. У детей с нормальным содержанием нейтрофилов кожные высыпания исчезли только на 22-26 день ( $p \leq 0,001$ ).

**Заключение.** Таким образом, эффективность применения ГИБТ у детей с ЮАсСН зависит от содержания нейтрофилов в крови. У детей с нейтропениями эффект ГИБТ наступает быстрее и клинические признаки заболевания уменьшаются и регрессируют в более короткие сроки.

## **НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ГОМЕОСТАЗА ПРИ АНЕМИИ ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В.**

**Икрамова Н.А., Иноятова Ф.И., Иногамова Г.З., Ахмедова А.Х.,  
Валиева Н.К.**

**Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр педиатрии МЗ РУз**

**Целью** исследования явилось изучение состояния свертывающей системы крови у детей, больных хроническим гепатитом В (ХГВ) в зависимости от варианта течения анемии воспаления.

**Материал и методы.** Обследовано 140 детей, больных ХГВ в возрасте от 7 до 18 лет с сопутствующей анемией. Длительность заболевания составила  $6,83 \pm 1,1$  лет. Из числа обследованных 39,3% детей были с неретрактерным вариантом анемии воспаления (нРА) и раскладкой ферромаркеров, свойственных ЖДА. Остальные 60,7% с ретрактерным вариантом (РА), где выявлялся пере-распределительный дефицит железа. Общий анализ крови проводили на гематологическом анализаторе «Mindray», BC-5800 (Китай), коагулограмму на аппарате Human Huma Clot Duo Plusc использованием наборов ННФ, ННТ-SI, ННА-EL (Германия). Верификация HBV проводилась методами ИФА и ПЦР. Контроль 30 практически здоровых детей.

**Результаты.** В ходе исследования было установлено, что РА протекала значительно тяжелее, пролонгируя период клинического обострения ХГВ с развитием длительной гиперферментемии и вирусной активности (до  $4,7 \pm 0,2$  месяцев), о чем также свидетельствовало превалирование выраженных (78,2%) и прогрессирующих (49,1%) форм заболевания. При сравнительном анализе средних значений тромбоцитов обращало внимание снижение его уровня при РА до  $(107,460 \pm 4,05 \times 10^9/l)$ , что было в более чем 2,3 раза ниже аналогичного показателя детей с нРА и контрольных значений ( $p < 0,001$ ). Такую же картину наблюдали в отношении тромбокрита, ( $p < 0,001$  к контролю). В параметрах среднего объема тромбоцитов и анизацитоза тромбоцитов у детей с РА отмечалось достоверное повышение средних значений до  $9,0 \pm 0,08 \text{ мкм}^3$  и  $17,2 \pm 0,07\%$ , ( $p < 0,001$ ). Учитывая, что нарушение функциональной активности тромбоцитов и снижение их количества ведет к нарушению первичного гемостаза следующим этапом было изучение изменений показателей свертывания крови. Решающее значение в патологии коагуляции при ХГВ придается снижению образования плазменных факторов (I, II, V, VII, IX, X, XI, XII) свертывания крови синтезируемых в гепатоцитах. Так, время рекальцификации плазмы по которой можно судить о фазе активации – протромбинообразование – удлинялось у детей при РА ( $201,5 \pm 7,8 \text{ сек.}$ ), что в более 1,4 раза было выше показателя детей с нРА ( $145,3 \pm 4,43 \text{ сек.}$ ) и в 2,3 раза контроля ( $87,2 \pm 4,62 \text{ сек.}$ ,  $p < 0,001$ ). Такую же картину наблюдали в отношении АЧТВ, который свидетельствовал о гипокоагуляции за счет дефицита плазменных факторов свертывания у детей с РА (36,5 секунд,  $p < 0,001$  к группе детей с нРА и контролю). Также отмечались изменения в ввиде удлинения ПТВ (возможно за счет дефицита факторов II, V, VII, IX, X, в условиях патологии печени) и снижения уровня фибриногена, что соответствовало у детей с РА  $23,7 \pm 0,53 \text{ сек.}$  и  $1,87 \pm 0,08 \text{ г/л}$ ; у детей с нРА –  $21,3 \pm 0,27 \text{ сек.}$  и  $2,4 \pm 0,04 \text{ г/л}$ , при контроле –  $16,5 \pm 1,7 \text{ сек.}$  и  $3,51 \pm 0,36 \text{ г/л}$  ( $p < 0,01-0,001$ ). Толерантность плазмы к гепарину удлинялось до  $6,07 \pm 0,16 \text{ сек.}$  у детей с РА, что в 1,2 раза превышало аналогичный показатель больных с нРА ( $5,04 \pm 0,12 \text{ сек.}$ ) и в более чем 1,5 раза контрольные значения ( $4,25 \pm 0,12 \text{ сек.}$ ,  $p < 0,001$ ).

**Закключение.** У детей больных ХГВ на фоне РА изменения системы гомеостаза приводят к смещению его баланса в сторону гипокоагуляции обусловленной недостаточной активацией прокоагулянтов и тромбоцитопенией, возможно за счет расстройства функционирования калликреин-кининовой системы характерной в условиях патологии печени. HBV-антигениндуцированные патологические стресс-реакции и токсическое действие избыточного железа в совокупности приводят к формированию повреждающих механизмов не только в печени, но и в целом организме.

## **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Илхомова Х.А., Абдуразакова З.К.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Введение.** Врожденные пороки сердца (ВПС) — достаточно распространенная патология среди заболеваний сердечно-сосудистой системы, которая является одной из основных причин смерти детей первого года жизни. Высокая легочная гипертензия (ЛГ) с одной стороны, снижающая качество жизни не оперированных больных приводит к их ранней инвалидизации и преждевременной смерти (А.А. Дюжиков с соавт., 2001; А.В. Иваницкий с соавт., 2001). Около половины всех ВПС составляют пороки с обогащением малого круга кровообращения (МКК). До сих пор малочисленными и недостаточно изученными остаются динамика регресса ЛГ и медикаментозное снижение её в период предоперационной подготовки больных к той или иной коррекции пороков сердца в зависимости от веса и возраста. Основным методом лечения ВПС у детей является хирургическая коррекция порока. Применение современных технологий

в кардиохирургии позволило расширить возможности оперативного лечения детей с высокой легочной гипертензией (Горбачевский С.В., 2008).

**Цель исследования:** частота встречаемости врожденных пороков сердца с легочной гипертензией

**Материалы и методы исследования.** В ходе настоящего исследования нами, был проведен ретроспективный анализ историй болезни 2018-2020 гг. у 120 детей в возрасте от 1 до 5 лет с ВПС. Контингент детей был сформирован методом слепого отбора, в число наблюдавшихся включались все дети с ВПС осложненные с ВЛГ, которые подготавливались к оперативной коррекции порока. В исследовании дети были разделены на возрастные категории 1-3 лет 1 группа 58 (65%), вес которых составлял детей в среднем до 10,6 кг и (35%) детей 2 группа от 4- до 5 лет весовая категория до 16,9 кг. В ходе обследования был выявлен преморбидный фон у детей; Белково-энергетическая недостаточность- 35%, Рахит-25% , Анемия -20%. Синдром раздраженного кишечника – 20%. Это связано с тяжелым клиническим течением порока, выраженной сердечной недостаточностью и, как следствие, наличием дефицита веса у детей с ВПС. При сборе анамнеза у матерей детей что, в 72% случаев имело место неблагоприятное течение беременности, в 79% случаев были указания на патологическое протекание родов, у 11% детей в перинатальном периоде были отмечены признаки повреждения центральной нервной системы (родовая травма, асфиксия). В результате проведенного обследования, из общего количества детей было диагностировано что ЛГ встречалось у 62 пациентов различной степени из них у 38 (20%) пациентов была диагностирована ЛГ 1 степени, у 10 (25%) ЛГ 2 степени, у 12 (50%) ЛГ 3 степени, у 2 (5%) ЛГ 4 степени. Анализ вида порока при развитии ЛГ показал, что врожденные пороки сердца с изолированным шунтом крови на уровне межжелудочковой перегородки в 37% случаев, пороки с шунтом крови на уровне предсердий лишь в 13% случаев, а сочетанные пороки сердца до 40% случаев. В нашей практике больше наблюдалась ЛГ I степени между пациентов с ДМЖП у 44,1%. Мы отметили только у детей с ДМЖП III-IV степень ЛГ в 15 % случаев. В большей части среди пациентов с ДМПП у 3/5 (60%) отмечалось ЛГ I степени. У 2/3 (66,6%) пациентов отмечалось ЛГ II степени. У равных пациентов с ДМЖП+ДМПП отмечалось ЛГ I-II степени. У 5% пациентов с ОАП отмечалось ЛГ I степени.

**Выводы.** Таким образом анализ показал что, развитие ЛГ при ВПС встречалось у детей с изолированным шунтом крови на уровне межжелудочковой перегородки в 37% случаев, пороки с шунтом крови на уровне предсердий лишь в 13% случаев, а сочетанные пороки сердца до 40% случаев.

## **ЗНАЧИМОСТЬ АЛЛЕЛЬНЫХ МУТАЦИЙ ГЕНА HFE В ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ**

**Иноятова Ф.И., Кадырходжаева Х.М., Иногамова Г.З., Абдуллаева Ф.Г.**

**Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр Педиатрии МЗ РУз**

**Цель исследования** - изучить особенности клинического течения хронического гепатита В (ХГВ) в зависимости от носительства генотипа HFE у детей на фоне синдрома перегрузки железом (СПЖ).

**Материал и методы.** Обследовано 50 детей, больных ХГВ с СПЖ, в возрасте от 7 -18 лет. Диагноз ХГВ устанавливался на основании клинико - лабораторных и инструментальных исследований. В диагностике СПЖ использовался «Алгоритм диагностики анемии воспаления у детей, больных ХГВ» [Иноятова Ф.И., 2013].

Методом PCR Real Time определяли мутации гена HFE (C282Y, H63D, S65C). Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей.

**Результаты.** Исследование гена HFE показало, что подавляющее большинство (84,0%) больных детей являлись носителями гетерозиготных мутантных аллелей: H63D (33,3%), S65C (28,6%) и их сочетанных вариаций H63D/S65C (38,1%,  $p < 0,001$  к контролю). И только 16,0% больных детей являлись гомозиготами дикого типа HFE. В контрольной группе отмечалось обратная картина – 93,8% (H63D) имели гомозиготный дикий тип генотипов HFE и, только один ребенок (6,2%) – гетерозиготную мутацию S65C. Сравнительный анализ клинического течения ХГВ в зависимости от носительства фенотипов гена HFE показал, что тяжелое течение заболевания с высокой частотой развития прогрессирующих форм (61,9%) и стойким преобладанием синдромов: астеновегетативного (100%) в виде жалоб на утомляемость, слабость, нарушение сна и головных болей; геморрагического (81,2%) в виде носовых кровотечений (93,7%) и экхимозов (68,7%); холестатического (78,2%) в виде иктеричности кожи и склер и, выраженной гепатоспленомегалии (100%) отмечалось у детей с носительством сочетанной мутации H63D/S65C – ( $p < 0,05-0,001$  к группам детей с H63D – и S65C-мутацией). При изучении гена HFE в зависимости от степени СПЖ было выявлено что, у всех детей, больных ХГВ с тяжелой степенью СПЖ встречалась только сочетанная гетерозиготная мутация H63D/S65C ( $p < 0,001$  к группам детей с H63D – и S65C-мутацией).

Таким образом, носительство фенотипов гена HFE обусловлено особенностями течения ХГВ и СПЖ у детей, среди которых наиболее неблагоприятным фактором в плане прогноза прогрессирования заболевания рассматриваются последствия сочетанной мутации H63D/S65C.

## **ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГЕПАТО-БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ**

**Камилова А.Т., Абдуллаева Д.А., Умарназарова З.Е., Азизова Г.К.,  
Геллер С.И., Нуритдинова Л.Ф.**

### **Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии**

**Введение.** Развитие синдрома мальабсорбции у больных целиакией — полиэтиологический симптомо-комплекс. Атрофические изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки не могут рассматриваться как единственная причина нарушенного всасывания, важным патогенетическим звеном в развитии мальабсорбции является также недостаточное поступление желчи в двенадцатиперстную кишку на фоне билиарной дисфункции. Поэтому улучшение реологии желчи играет существенную роль в коррекции билиарной дисфункции у больных целиакией на фоне исключения глютена.

**Цель исследования.** Изучение функционального состояния гепато-билиарной системы у детей с целиакией.

**Пациенты и методы исследования.** Нами было обследовано 76 детей, находящихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии РСНПМЦП, в возрасте от 1 года до 14 лет с целиакией. Девочек было в 2,4 раза больше чем мальчиков - 54 (71,0%) и 22 (29,0%) соответственно. Средний возраст установления диагноза в группе детей с целиакией составил  $6,1 \pm 0,48$  лет. Целиакия диагностирована в соответствии с критериями ESPGHAN [2012]. Диагноз заболевания был подтвержден на основании увеличения титра антител к ТТГ IgA более 10 норм при нормальных значениях общего уровня IgA. Всем пациентам

проводилась эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта (с помощью эндоскопического оборудования Pentax EG 2930K после ночного голодания). Проводился забор шести биоптатов из постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки. Все биоптаты классифицированы в соответствии с модифицированными критериями Marsh [1991].

Всем пациентам определяли значения АЛТ, АСТ, билирубина, коагулограмма и проводилось ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря, по показаниям выполнялась холецистография. Ультразвуковое исследование осуществлялось утром натощак на ультразвуковом сканере Toshiba APLIO-500 (Япония) конвексным датчиком частотой 3,5 – 12,5 МГц в реальном масштабе времени в В-режиме. В комплекс исследований входили цветовая доплерография (ЦДК), энергетический доплер (ЭД) и импульсно-волновая доплерография. Определялись размеры, эхогенность, контуры, структура печени, поджелудочной железы, желчного пузыря, состояние стенок, характер содержимого.

**Результаты исследования.** Обращает внимание преимущественное повышение АСТ, которое мы наблюдали у 37 (48,6%) пациентов, повышение АЛТ встречалось 2,3 раза реже в 16 (21,0%) случаев. Повышение общего билирубина нами зарегистрировано у каждого четвертого пациента в основном за счет его прямой фракции.

Для оценки состояния печени у детей с целиакией нами также изучено содержание фибриногена в сыворотке крови, установлено снижение данного показателя у 16 (21,0%). Удлинение времени рекальцификации зарегистрировано у 28 (38,2%) больных с целиакией, у 7 (9,2%) выявлена тромбоцитопатия.

Повышение билирубина нами прослежено у каждого четвертого пациента 28 (36,8%), что является косвенным показателем холестаза, особенно конъюгированной фракции билирубина, что было зафиксировано у 30 (39,4%) больных с целиакией.

У большинства детей были отмечены изменения со стороны желчного пузыря. Самой частой патологией желчевыводящей системы у детей с целиакией являлась аномалия развития желчного пузыря, что зарегистрировано у 24 (31,5%) и дискинетические расстройства, которые носили гипомоторный характер. Деформация желчного пузыря наблюдалась у каждого третьего пациента с целиакией 24 (31,5%) и у каждого четвертого установлен билиарный сладж. Повышение эхогенности печени (диффузное повышение эхогенности, «зернистость» паренхимы) встречалось у 15 (19,7%) и умеренное повышение у 60 (78,9%) детей с целиакией. Увеличение печени при ультразвуковом исследовании более чем на 3 см выявлено у 16 (21,0%).

Отмечались изменения сосудистой архитектоники в виде расширения, нечеткости сосудистого рисунка у 23 (30,2%) больных. Уплотнение внутрипеченочных протоков зарегистрировано всего лишь – 8 (10,5%) пациентов.

**Выводы.** В результате исследования установлено, что у больных целиакией наблюдается высокая частота сочетанной гастроэнтерологической патологии и заболеваний желчевыводящих путей, что определяет их общие патогенетические механизмы.

## **ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ ФОРМА ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Камилова А.Т., Султанходжаева Ш.С., Ахмедова И.М.**

**Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр педиатрии  
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников**

**Актуальность.** Гастроинтестинальная форма пищевой аллергии (ПА), которая является иммунопатологической реакцией вызванная приемом пищевых продуктов, в основе которой лежат иммуногенные механизмы: специфический IgE-опосредованный и клеточный ответ (не-IgE-опосредованный) или их сочетание (реакции смешанного типа) развивается только у 6–8% детей и 2–3% взрослых, в других случаях имеет место пищевая непереносимость, которая не связана с иммунными реакциями на пищу. ПА довольно часто ассоциируется с лактазной недостаточностью (ЛН). Разнообразие клинических проявлений болезни, наличие сочетанного течения ПА и ЛН, создают определенные трудности в диагностике пищевой аллергии. Поэтому вопросы диагностики, клинические особенности гастроинтестинальных форм пищевой аллергии при сочетанных состояниях являются актуальными.

**Цель исследования:** диагностика клинико-лабораторных особенностей гастроинтестинальной форм пищевой аллергии у детей с ассоциированной лактазной недостаточностью.

**Материалы и методы исследования.** Нами обследовано 35 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет с гастроинтестинальной формой ПА, находящихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии РСНПМЦП. Среди всех обследованных у 18 детей (51,5%) с гастроинтестинальной формой с ПА выявлена ЛН. В возрастном аспекте, основную группу вошли 8 (44,4%) детей в возрасте от 3 месяцев до года и 10 (55,6%) детей от 1 года до 3 лет с ПА и ЛН. Контрольную группу составили 17 (48,5%) детей с ПА без ЛН. Для установления лактазной недостаточности всем больным в качестве скринингового метода определяли рН кала, для которой характерно снижение рН менее 5,5 ед и углеводы кала методом Бенедикта. В качестве нормы придерживались показателей, согласно которым уровень углеводов в кале до 0,25 мг% – норма, от 0,25 до 0,5 мг%.

**Результаты и обсуждение.** Изучение анамнеза у обследованных пациентов основной группы у 3 (16,6%) детей в возрасте от 3 месяцев до 1 года и у 10 (55,5%) старше 1 года наследственность была отягощена по аллергоанамнезу. Рвота является одним из основных клинических проявлений гастроинтестинальных форм ПА. В основной группе детей у 13 (72,2 %) случаях заболевание сопровождалось рвотой кратностью более чем 5 раз. В контрольной группе данный симптом регистрировалась в 1,3 раза реже, не более 3–4 раз. У 6 (33,3%) пациентов первой группы и у 3 (17,6%) второй группы рвота появлялась в течение 1,5–2 часов после еды. В первой группе детей у 4 (22,2%) рвота принимала упорный характер, которая имитировала ацетонемическую. Синдром диареи, которая является одним из основных клинических симптомов для ПА и ЛН возникала в среднем через 4–6 часов после употребления предполагаемого аллергена и сопровождалась беспокойством, сменяющимся слабостью. В основной группе детей частота стула в среднем  $8,4 \pm 1,1$  раза и в контрольной  $5,8 \pm 0,9$  раз соответственно ( $P < 0,05$ ). Симптомы кишечной колики наблюдалась у 100% основной группы. Выраженное вздутие живота чаще наблюдалась в основной группе у 6 (33,3%), в контрольной группе в 2,0 раза реже.

**Заключение.** У детей раннего возраста нередко наблюдается сочетание пищевой аллергии и лактазной недостаточности, что требует дифференцированной диетической коррекции.

## **КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ФЕНОТИПЫ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ**

**Каримжанов И.А, Закирова У.И., Миррахимова М.Х.**

**Ташкентская Медицинская Академия**

Введение. Рецидивирующий бронхит (РБ) представляет собой распространенное заболевание органов дыхания, которая является социально-экономической проблемой, и относится к одним из самых частых, особенно у детей, патологий и составляют от 50 до 70% всех воспалительных заболеваний бронхов. На сегодняшний день рецидивирующий бронхит, протекающий с СБО(РБО), и бронхиальная астма(БА) у детей имеют схожие клинико-функциональные проявления. При этом ранний возраст и манифестация на фоне ОРВИ с затрудняют проведение дифференциальной диагностики между ними. Исследование функции внешнего дыхания у детей с БЛП необходимо для оценки наличия и тяжести обструкции дыхательных путей, совершенствования ранней дифференциальной диагностики и правильной терапии.

Целью нашего исследования явилось определение факторов риска формирования рецидивирующей бронхиальной обструкции у детей на основе клинико-функциональных показателей

Нами проведено клинико-функциональное исследование 85 детей с РБ, протекающий с СБО, и 76 пациентов с БА в возрасте от 6 до 15 лет. Контрольную группу составили 45 детей того же возраста. Результаты исходных исследований показали, что у обследуемых групп детей с РБ и БА при спирометрии отмечались признаки нарушения ФВД, характерное для СБО. Такие показатели возможно обусловлены отеком слизистой бронхов, гиперсекрецией слизи, нарушением реологических свойств бронхиального секрета и десквамацией клеток эпителия бронхов, что согласуется с другими авторами. Указанные факторы в совокупности со снижением дренажной функции бронхов приводят к сужению просвета бронхов, то есть их обструкции. В основной группе детей с РБ нарушение дыхания проявлялось снижением ниже 80 % от должного: ФЖЕЛ (61,4±2,8%), ОФВ1(62,3±2,3%), максимальных объемных скоростей, соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ (ИТ-индекс Тиффно) (72,5±5,1%). При этом умеренные нарушения МОС50 и МОС25 определены у 72,9% детей, а по МОС75- у 26,4% обследуемых с РБ ( $p<0,05$ ). Полученные результаты указывают на то, что у больных РБ в стадии обострения отмечаются умеренные, а у части больных и выраженные проявления обструкции в средних и крупных по калибру бронхах. По показателям МВЛ умеренные нарушения отмечались у 35,3 %, ФЖЕЛ и ПОС - у 1/4 больных с РБ. Сравнительный анализ спирометрических показателей детей с РБ и БА показал, что показатели ФВД были выше в группе пациентов с РБ. Так, показатели ОФВ1(62,3±2,3% против 50,2±3,3%;  $p<0,05$ ) и ИТ (72,5±5,1 против 61,5±4,4;  $p<0,05$ ) были ниже в группе детей с БА по сравнению с показателями детей с РБ. Наблюдения показали, что в группе детей с РБО и БА показатели спирометрии были значительно ниже, чем в группе контроля. В контрольной группе детей спирометрические показатели соответствовали возрастной норме. Так, у детей с РБ ФЖЕЛ 61,4±2,8%, тогда как в группе контроля 82,3±5,4 ( $p<0,05$ ); ОФВ1 с 62,3±2,3% по сравнению с группой с БА 50,2±3,3% ( $p<0,05$ ), ИТ 72,5±5,1 % по сравнению с группой с БА 61,5±4,4% ( $p<0,05$ ), ПОС с 61,2±2,1% по сравнению с группой контроля 94,1±1,6% ( $p<0,05$ ), МОС25 с 53,5±2,4% по сравнению с группой контроля 89,4±4,3% ( $p<0,05$ .) Наиболее характерными спирографическим признаком у детей с БА является снижение ОФВ1, причем ОФВ1 снижался быстрее, чем показатель ФЖЕЛ. Это привело к падению коэффициента ОФВ1/ФЖЕЛ ниже 70% должного. Результаты исследований показали снижение показателей ФЖЕЛ (52,4%) и ОФВ1(50,3%), соответственно понижения индекса Тиффно (61,5%). В группе детей с БА нарушения ФВД легкой степени по обструктивному типу выявлены у 9,2% детей, умеренные — 47,36%, тяжелая-31,57% и нормативные показатели у 11,84%. У детей с РБ легкая степень БО отмечалась у 16,5%, умеренная-21,2%, значительна-9,4% и норма у 52,9%. По сравнению с группой детей с РБ у детей с БА достоверно чаще наблюдалась тяжелая степень БО (31,6% против 9,4%)

Таким образом, функциональные показатели детей с РБ, протекающий с СБО, и пациентов с БА имеют различия в степени тяжести БО и его обратимости. Степень выраженности бронхиальной обструкции у детей с БА было более тяжелое, чем в группе детей с РБО. При сопоставлении клинических симптомов с результатами

функционального обследования пациентов была отмечена хорошая информативность разработанных критериев. В процессе положительной клинической динамики детей с РБ и БА, показатели спирометрии указывали на улучшения ФВД.

## **ERTA YOSHDAGI BOLALARDA SHIFOXONADAN TASHQARI PNEVMONIYADA IMMUNOMODULYATORNI QO'LLASH SAMARADORLIGI**

**Karimjonov I.A., Fayzieva U.R.,  
Toshkent tibbiyot akademiyasi  
Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali**

**Muammoning dolzarbligi.** Shifoxonadan tashqari pnevmoniya pediatriya amaliyoti uchun dolzarb muammodir. So'nggi yillarda bolalarda shifoxonadan tashqari pnevmoniya bilan kasallanishning ko'payishi kuzatilmoqda, bu kasallikdan o'lim darajasi nisbatan yuqori bo'lib qolmoqda. So'nggi 5 yil ichida pnevmoniya bilan bog'liq ko'plab klinik va epidemiologik tadqiqotlar o'tkazildi va jahon ilmiy adabiyotlarida taqdim etildi. Pnevmoniya - o'pkaga mikroorganizmlarning kirishi bilan bog'liq yuqumli kasallik. Bunda yuzaga keladigan yallig'lanish reaksiyasi o'pka parenximasida mikroorganizmlarning soni va virulentligiga, nafas yo'llarining, umuman tananing himoya mexanizmlarining holatiga bog'liq. Polioksidoniy preparati yaqqol immunomodulyatsion faollikka ega, tug'ma immunitet tizimiga ta'sir qiladi, yallig'lanishga qarshi sitokinlar (IL-1 va interferon alfa) ishlab chiqarishni kuchaytiradi.

**Tadqiqot maqsadi.** Polioksidoniy preparatining erta yoshdagi bolalar pnevmoniyasida samaradorligini o'rganish.

**Materiallar va tadqiqot usullari.** Tadqiqot Surxondaryo viloyati bolalar tibbiyot markazi pulmonologiya bo'limida o'tkazildi. Bizning nazoratimizda 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan 35 nafar bola bo'ldi, shu jumladan, o'g'il bolalar - 18, qizlar - 17 nafar. Barcha bemorlar 2 guruhga bo'lingan: birinchi guruhga polioksidoniy + pnevmoniya uchun bazis terapiya olgan bolalar kiritilgan (n = 35). Ikkinchi guruhga faqat bazis terapiya olgan bemorlar kiritildi (n = 25).

**Tekshiruv natijalari.** Polioksidoniy - liyofilizat, tarkibida azoksimer -3 mg, flakonlarda chiqariladi, in'ektsiya uchun 1 ml suvda eritiladi. Immunomodulyator polioksidoniy bemorlarga kasalxonaga yotqizilganining 3-4-kunidan boshlab, 6 oydan keyin bolalarga har kuni 5-7 kun davomida 50-100 mkg/kg vaznda buyurildi. Nojo'ya ta'siri kuzatilmadi. Polioksidoniy qo'llash natijasida quyidagi ijobiy ko'rsatkichlar qayd etildi: bemorlar ahvoli keskin yaxshilandi, bemorlarda tana harorati 2-5 kun ichida normal holatga qaytdi; intoksikatsiya alomatlarining pasayishi; laboratoriya ma'lumotlariga ko'ra, leykotsitoz kamaydi, tayoqcha yadroli neytrofillar chapga siljishi kamaydi, qon formulasi normal holatga qaytdi. Polioksidoniy antibiotiklar, mukolitiklar, simptomatik dorilar, vitaminlar bilan birgalikda qabul qilgan bolalar kasalxonada qolish muddatini 20-25 foizga qisqardi.

**Xulosa.** Xulosa qilib aytishimiz mumkinki, polioksidonium detoksifikatsiya qiluvchi va antioksidant ta'sirga ega bo'lib, etiotropik terapiya bilan bir vaqtda qo'llanilganda, Shifoxonadan tashqari pnevmoniya da tanlangan dorilarga tegishli bo'lishi mumkin. Reabilitatsiya va kasallikning oldini olish uchun dorini monoterapiya sifatida buyurish mumkin. Shuningdek, polioksidoniy aniq antitoksik faollikka ega, dorilar va kimyoviy moddalarning toksikligini pasaytiradi.

## **БОЛАЛАРДА УРАТЛИ НЕФРОПАТИЯ ҲАҚИДА ШИФОКОРЛАРНИНГ АНОНИМ СЎРОВНОМА НАТИЖАЛАРИ**

**Каримова Б Н  
Тошкент Тиббиет Академияси**

Бугунги кунда болалар саломатлигига сезиларли даражада хавф солувчи уратли нефропатия ривожланишига турли хил хавф омиллари сабаб бўлмоқда. Болалар соғлигига таъсир қилувчи омиллар - исътемом қиладиган озиқ-овқат махсулотлари, атроф-муҳитнинг ўзгаришлари энг сезиларли кўрсаткичлардан бири ҳисобланади.

Уратли нефропатия моддалар алмашинуви натижасида келиб чиқувчи касаллик бўлиб, вақтида даволаш олиб борилмаса, интерстициал нефрит, иккиламчи пиелонефрит, сурункали буйрак етишмовчилиги, буйрак тош касаллиги ривожланишига олиб келиши мумкин.

Уратли нефропатияларнинг клиник белгилари кам намоён бўлиши билан кечувчи бошланғич босқичининг мавжудлиги шифокорлардан ушбу касалликни эрта ташхислаш ва даво-реабилитация ва профилактик чораларни ўз вақтида олиб бориш кераклилигини талаб қилади.

**Мақсад:** Уратли нефропатия ва уни амалиётда эрта ташхислаш тўғрисида бирламчи тизимдаги шифокорларнинг фикрларини аноним сўровнома орқали ўрганиш.

**Материал ва усуллар.** Тошкент шаҳар оилавий поликлиникалари. Сўровномада иштирок этган шифокорларнинг иш тажрибаси бўйича тақсимланиши: 5 йилгача бўлганлар 22 % ни, 5-10 йилгача 28,4 % ни, 10-15 йилгача 24,6 % ни, 15 йил ва ундан ортиқ иш стажи бўлганлар 25 % ни ташкил қилди.

“Уратли нефропатия нималигини биласизми?” деган саволга 82,1%, шифокорлар ижобий жавоб, “ха биламан бу тўғрида билимга эгаман” -15.5%, “Қизикмаганман” дея 3.4% жавоб берганлар.

Сўровномада қатнашган шифокорларнинг 42,6 % (70 нафари) уратли нефропатияларни даволашда антибиотиклардан, 31,0 % (51 нафари) диуретиклар, 17,6 % (29 нафари) фитопрепаратлар комбинациясини белгилашган ва 8,8 % диуретиклар, фитопрепаратлар ва диетотерапия билан биргаликда қўллашган. Натижадан шунини кўриш мумкинки, кўпчилик шифокорлар болаларда уратли нефропатияларни даволашда антибиотиклар, диуретиклар ва фитопрепаратлар билан биргаликда пархезни, 15,6 % эса фақат пархез билан чекланишларини қайд этишган.

Уратли нефропатияси бўлган болаларни диспансер кузатуви ўтказасизми деган саволга “Йўқ” жавобини 62,3% шифокорлар белгилашган. Шифокорларнинг 76,4% уратли нефропатия билан оғриган болаларга реабилитацион чоралар ўтказмасликларини қайд этишган.

Шифокорлар 58,9 % уратли нефропатияда овқатланиш характериға эътибор берганмисиз деган саволга нотўғри жавоб белгилашган.

**Хулоса.** Ўтказилган аноним сўровнома шунини кўрсатдики бирламчи тизимда фаолият кўрсатаётган шифокорлар болалардаги уратли нефропатия ташхисига тўлиқ ёндашмайдилар, лаборатор текширишларда касаллик аниқланган ҳолда ҳам болаларга даволаш ва реабилитацион чораларни ўз вақтида олиб боришмайди. Уратли нефропатиялар бу модда алмашинуви бузилиши билан кечадиган касаллик ҳисобланиб, буйрак касалликларини келиб чиқишига замин бўлади ва шу сабабли жиддий эътиборни талаб қилади.

## **ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ**

**Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии**

**Введение.** Согласно современной концепции, патогенетической основой бронхиальной астмы (БА) является хроническое аллергическое воспаление бронхов. Психосоциальные стрессы оказывают влияние на тонус бронхов через вегетативную нервную систему. Под влиянием психосоциального стресса повышается чувствительность бронхов к гистамину и ацетилхолину. Кроме того, эмоциональное напряжение вызывает гипервентиляцию, стимуляцию ирритативных рецепторов

бронхов внезапным глубоким вдохом, кашлем, смехом, плачем, что ведет к рефлекторному спазму бронхов. Комплексное изучение биохимических, функциональных исследований, а также оценка иммунного статуса, вегетативного и психологического состояния при бронхиальной астме (БА) у детей, обуславливает актуальность проведения данных исследований.

**Цель:** определить некоторые прогностические аспекты у детей, больных бронхиальной астмой.

**Материалы и методы.** Было обследовано 15 детей с бронхиальной астмой (БА) и 15 больных обструктивным бронхитом рекуррентного течения (ОБРТ), в возрасте от 7 до 14 лет, получавших стационарное лечение в РСНПМЦП в отделении пульмонологии в 2019-2020 гг. Контрольную группу составили 15 детей с обструктивным бронхитом (ОБ) аналогичного возраста. Для постановки диагноза учитывались анамнестические данные, результаты клинических, лабораторных, функциональных и иммунологических методов исследования.

**Результаты.** При анализе биохимических данных в группе детей с БА и ОБРТ определялось усиление перекисного окисления липидов – малоновый диальдегид, диеновые конъюгаты, отмечалось достоверное падение уровня супероксиддисмутаза и каталазы в лимфоцитах по сравнению с показателями больных ОБ. Результаты исследований иммунного статуса детей с БА и ОБРТ выявили снижение содержания CD3+, CD4+, CD8+- лимфоцитов и фагоцитарная активность нейтрофилов по сравнению с показателями больных ОБ. Количество CD16+ и CD20+ - лимфоцитов было достоверно повышенным по сравнению с показателями больных ОБ. При оценке вегетативного статуса результаты показали возрастание частоты гиперсимпатикотонических вариантов исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности - у 93,3% детей с ОБРТ и - у 86,7% больных БА, что характеризовало максимальное напряжение адаптивных процессов. При оценке психологического состояния детей с ОБРТ и БА при гиперсимпатикотонических вариантах исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности - у 66,7% отмечается раздражительность. При анализе системы гемостаза у детей с БА и ОБРТ выявлены повышение гемокоагуляционной активности, то есть усиление времени рекальцификации, фибриногена, толерантности плазмы к гепарину, уменьшение свободного гепарина в сыворотке.

**Заключение.** Проведенные исследования показали, что у детей, больных бронхиальной астмой отмечается усиление перекисного окисления липидов, снижение некоторых показателей иммунного статуса, увеличение гиперсимпатикотонических вариантов исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности. Подобные изменения являются прогностическими в развитии бронхиальной астмы у детей, которые необходимо учитывать в лечении и дальнейшей тактике ведения.

## ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Кодиров А.М., Мирзаев Н.Ж., Мирова З.Б.

### Навоийский областной детский многопрофильный медицинский центр

**Введение.** По данным судебно-медицинской экспертизы, 27,7-32,2% в структуре общей смертности детей составляет смерть в результате черепно-мозговой травмы. В структуре травм у детей, черепно-мозговые травмы составляют от 21% до 75% от общего числа травм, требующих стационарного лечения. Особенности детского организма, особенно у детей раннего возраста, проявляются в том, что симптомы поражения головного мозга не зависят от его степени тяжести.

**Цель:** сравнительный анализ результатов лечений черепно-мозговых травм у детей.

**Материалы.** В 2019 году в отделение травматологии, ортопедии и нейрохирургии Навоийского областного детского многопрофильного медицинского центра оказана помощь 1732 детям с различными травмами. Из них 296 больных с черепно-мозговой

травмой проходили стационарное лечение. Из данных пациентов 38 (66,7%) мальчики и 19 (33,3%) девочки. Больные лечились от 7 до 27 дней (в среднем 9,3 дня). Возраст пациентов с черепно-мозговой травмой разной степени тяжести составил 32 детей - 1-5 лет, 13 детей - 5-7 лет, 9 детей - 7-14 лет, 4 детей - 14-18 лет (средний возраст  $6,7 \pm 0,6$  лет). Всем пациентам проводились ЭЭГ, Эхо ЭГ, краниография в двух проекциях и компьютерная томография головного мозга в дополнение к стандартным рутинным методам обследования.

**Обсуждение.** Изучение механизма травм 57 пролеченных пациентов с поражением головного мозга разной степени показало, что травмы были получены в результате автомобильной аварии (29% случаев), бытовых травм (66% случаев) и в 5% случаев - в результате падения с разной высоты на аттракционах. 39 детей обратились в первый день после травмы, 11 детей - на второй день и 5 детей - на третий день. Больные поступили в средней степени тяжести (67% случаев) и в тяжелой (33% случаев). Анализ нозологической структуры выявил, что у 6 из них - открытые черепно-мозговые травмы, у 49 - закрытые черепно-мозговые травмы. В результате обследования у 40 детей диагностированы переломы черепа различной степени, из которых у 31 ребёнка (54,4%) - теменной, 17 больных (29,8%) - лобных и 9 пациентов (15,8%) - затылочной области, из которых у 6 детей (10,5%) линия перелома с продолжением к основанию черепа, а у 12 больных (21%) наблюдались -сдавленные переломы.

У 13 детей (22,8%) проведено оперативное вмешательство. Интраоперационно в 7 случаях обнаружены интраоперационные переломы, в 1 случае - субдуральная гидрома, в 1 случае - субарахноидальное кровоизлияние и в 2 случаях - эпидуральная гематома, которые были устранены. 44 пациентов (77,2%) пролечены консервативно. Все 296 детей прошли ЭЭГ и Эхо ЭГ обследования на основании рецептов и инструкций нейрохирурга и невропатолога в течение 10-28 дней после лечения. У 287 детей (96,9%) жалоб и осложнений не выявлено. У 9 детей выявлены симптомы синдрома легкой гипертонии и даны рекомендации по лечению в домашних условиях.

**Вывод.** У детей с черепно-мозговыми травмами открытые черепно-мозговые травмы встречаются реже, чем закрытые. Своевременная организация специализированного экстренного обследования и методов лечения открытых и закрытых черепно-мозговых травм позволяет предотвратить осложнения.

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**

**Кошимбетова Г.К., Шомансурова Э.А.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Введение.** Одним из функциональных расстройств органов пищеварения у детей и подростков является синдром раздраженного кишечника (СРК). В последнее десятилетие отмечается не только отсутствие тенденции к снижению распространенности патологии пищеварительного тракта у детей, но и ее неуклонный рост. При этом подчеркивается, что в 90% случаев боли в животе у детей обусловлены функциональными нарушениями и только в 10% - органическими. Истинная частота синдрома раздраженного кишечника у детей неизвестна, однако эпидемиологические исследования свидетельствуют, что характерные синдром раздраженного кишечника жалобы предъявляет более половины детей, страдающих рецидивирующим абдоминальным синдромом. Распространенность синдрома раздраженного кишечника во взрослой популяции составляет 15-25%, и справедливо считается, что в большинстве случаев формирование синдрома раздраженного кишечника происходит еще в детском возрасте. Эти обстоятельства делают проблему синдрома раздраженного кишечника у детей, заслуживающей пристального внимания со стороны педиатрии и детской гастроэнтерологии.

**Цель:** изучить клиническую картину течения синдрома раздраженного кишечника у детей в зависимости от клинического варианта заболевания, возраста, пола.

**Методы исследования.** Основную группу составили 56 детей, страдающих синдромом раздраженного кишечника в возрасте 7–14 лет (средний возраст  $10,0 \pm 0,69$  лет), из них 30 девочек и 26 мальчиков. Группу сравнения составили 100 больных заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта без синдром раздраженного кишечника.

**Полученные результаты.** Включенные в исследование дети относились к младшей ( $42,2 \pm 4,6\%$ ) и старшей ( $57,8 \pm 4,6\%$ ) возрастным группам. Установлено, что в младшей возрастной группе заболевание чаще выявляется у мальчиков ( $57,4 \pm 7,2\%$  против  $42,6 \pm 7,2\%$ ,  $p < 0,05$ ), а в старшей возрастной группе – у девочек ( $68,1 \pm 5,6\%$  против  $31,9 \pm 5,4\%$ ,  $p < 0,05$ ). При анализе клинического течения заболевания установлено, что основные симптомы заболевания, соответствующие «Римским III критериям», с высокой частотой выявляются в старшей и младшей возрастных группах: связь болей с актом дефекации отмечается у  $89,8 \pm 4,3\%$  детей в младшей и у  $92,5 \pm 3,2\%$  – в старшей возрастной группе ( $p > 0,05$ ). Связь болей с изменением частоты стула по типу диареи отмечена у  $30,6 \pm 6,6\%$  и  $31,3 \pm 5,7\%$  больных соответственно группам ( $p > 0,05$ ). Связь болей с нарушением частоты стула по типу запоров выявлена у  $42,9 \pm 7,1\%$  и  $26,9 \pm 5,4\%$  больных соответственно группам ( $p > 0,05$ ). Диагностическая тактика основывается, главным образом, на исключении органических заболеваний желудочно-кишечного тракта. В связи с этим после оценки жалоб больного и физикального обследования устанавливается связь клинической манифестации синдром раздраженного кишечника у детей с диареей со стрессовыми ситуациями, сменой питьевого режима и характера питания.

**Выводы.** Наиболее выраженная клиническая симптоматика синдрома раздраженного кишечника выявляется у больных с клиническим вариантом с преобладанием диареи в старшем школьном возрасте у девочек, а в младшем школьном возрасте – у мальчиков. Профилактические мероприятия носят неспецифический характер и включают предупреждение и адекватное лечение диареи, создание комфортной психосоциальной обстановки вокруг ребенка, соблюдение режима и принципов рационального питания, достаточной физической активности.

## **КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ**

**Маджидова Я.Н., Хидоятова Д.Н., Азимова З.Б.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Введение.** По данным современных исследователей отмечается тенденция к увеличению частоты встречаемости такого нарушения развития как различные формы детского аутизма, которое встречается в 4 - 26 случаях из 10000, что составляет  $0,04 - 0,26\%$  от общей детской популяции. Актуальность проблемы на социальном уровне определяется за последние десятилетия неуклонным ростом количества детей с аутизмом и расстройствами аутистического спектра (РАС).

**Целью исследования** явилось исследование особенностей клинико-неврологических проявлений детского аутизма.

**Материалы и методы исследования.** Обследуемые составили 50 детей с детским аутизмом получавшие помимо традиционной терапии, сеансы микротоковой рефлексотерапии. Отбор детей производился с учетом диагностических критериев детского аутизма по МКБ-10 – F 84.0. Согласно распределению по полу среди 50 обследованных установлено преобладание мальчиков над девочками 34 (68%) против 16 (32%) соответственно. Средний возраст детей обследуемой группы составил 4,3 года.

**Результаты исследования.** Детский аутизм сопровождался разнообразными жалобами поведенческого характера со стороны родителей. Дебют заболевания начинался постепенно с падения активности у 32 детей (64%) и угасания реакции на родных у 42 детей (84%), исчезали творчество в играх, дети переставали интересоваться окружающим, отзываться на свое имя, теряли словарный запас, не смотрели в глаза, т.е. не имели зрительного контакта. Большую часть времени они

начинали проводить в одиночестве, устремив безразличный взгляд в пустоту, забивались в углы, избегали контактов. Необходимо отметить, что для всех детей с аутизмом были характерны стереотипные движения, например катать машинку туда и обратно, постукивать ей или переключать из руки в руку, бегать по кругу или от препятствия к препятствию. При оценке неврологического статуса были выявлены некоторые особенности. При исследовании черепных нервов определялась микросимптоматика в виде лёгкого нарушения конвергенции, горизонтального установочного нистагма в крайних отведениях, не резко выраженного косоглазия, лёгкой асимметрии лица при оценке лицевого нерва, девиации языка у 42% детей с аутизмом. При исследовании двигательной сферы у 18 детей (36%) отмечался изменённый мышечный тонус, чаще в виде диффузной мышечной гипотонии. При неврологическом осмотре у 26 детей (52%) выявлена анизорефлексия. Неустойчивость при выполнении позы Ромберга, неуверенность и легкая интенция при выполнении координаторных проб, особенно в усложненных вариантах положения Ромберга, нистагм в крайних отведениях отмечались у детей в 22% наблюдений и характеризовали синдром легкой мозжечковой и подкорковой недостаточности.

**Вывод.** При неврологическом осмотре детей с аутизмом мы отмечаем рассеянную органическую симптоматику, которая сопровождается поведенческими нарушениями.

## **МАЛЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ**

**Маджидова Ё.Н., Мамбеткаримова М.С., Юлдашева М.М., Насирова Д.Ш.,  
Азимова Н.М., Усманов С.А., Джаббарова С.Б., Темирова М.Т.,  
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Актуальность проблемы.** В тесной связи с течением беременности и родов у больных эпилепсией находится вопрос о влиянии приступов и принимаемых противоэпилептических препаратов на плод и состояние новорожденного. Перечисленные проблемы подтверждают высокую значимость вопросов для практической медицины и требуют дальнейшего изучения.

**Цель исследования:** изучить особенности неврологического статуса и нейросонографических показателей новорожденных у женщин с эпилепсией.

**Материалы и методы.** В основу проспективного исследования были положены данные 25 беременных женщин с эпилепсией и рожденных от них детей. Всем новорожденным было проведено общепринятое клинико-неврологическое обследование.

**Результаты исследования.** Согласно полученным данным у 4% женщин с эпилепсией рождались недоношенные дети. В остальных случаях были рождены доношенные дети (96%). Одним из важных методов оценки состояния новорожденных является оценка по шкале Апгар. Так у новорожденных, рожденных от матерей с эпилепсией средний балл по данной шкале на 1-ой минуте составил  $7,8 \pm 0,29$ , на 5-ой минуте  $8,2 \pm 0,33$ . В 14% случаях отмечалось состояние легкой асфиксии, в 2% случаев - средняя тяжесть асфиксии. В остальных случаях 84% асфиксия не наблюдалась. Средний вес доношенных детей составил  $3450,2 \pm 153,2$  гр, а недоношенных –  $2233,3 \pm 218,3$  гр.

При сравнении показателей перинатальных исходов прослеживается высокая частота рождения новорожденных с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР), поражением ЦНС и другие, особенно в группе женщин с эпилепсией, которые не были под наблюдением соответствующих специалистов. В результате частого развития у беременных с эпилепсией фетоплацентарной недостаточности (52%) наиболее частыми осложнениями со стороны плода являются: хроническая внутриутробная гипоксия -

40%, синдром ЗВРП — 12%. Гипоксические изменения нервной системы были выявлены у 28% новорожденных, рожденных от матерей с эпилепсией.

Согласно нашим исследованиям у 10 (40%) обследованных детей выявлялись стигмы дизэмбриогенеза: гипертелоризм, короткопалость, гемангиома, низко расположенные ушные раковины, сходящееся косоглазие, паховая грыжа, короткая шея, дефект межпредсердной перегородки.

Среди врожденных пороков развития у 4% новорожденных встречались: расщепление верхней губы и неба, пороки сердца (дефекты межжелудочковой перегородки), дефекты нервной трубки и мочеполовой системы.

Микроаномалии в виде лицевого дизморфизма обнаружены у 4 новорожденных; в единичных случаях выявлены: дополнительная хорда в предсердии, незаращение межжелудочковой перегородки, папилома ушной раковины; у 1 новорожденного — сочетание лицевого дизморфизма и гемангиомы (на фоне приема матерью во время беременности вальпроатов 1500 мг/с). Частота микроаномалий у новорожденных составила 10% от всех родивших женщин с эпилепсией.

**Заключение.** Прием противосудорожных препаратов во время беременности, вероятно, вносит свой вклад в развитие плода и стигм дизэмбриогенеза. Так у 10% новорожденных была зарегистрирована ЗВУР, а у 28% гипоксические изменения нервной системы. У детей, рожденных от матерей, страдающих эпилепсией, имеется больший риск развития соматических мальформаций или аномалий и достигает в наших исследованиях 10%. Врожденные пороки развития встречались у 4% новорожденных.

## **ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИСКУЛЬТАТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

**Максудова Х.Н., Нурмухамедова М. А., Бахрамов М.С., Абдуллаев З.Х., Бахриев Б.Р., Юлдашева М.М., Гафуров М., Закиров М.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Андижанский медицинский институт**

**Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии**

**Введение.** Наиболее ранним и распространенным проявлением дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) является нарушение когнитивных функций. Так, по данным А.Б. Локшиной и Н.Н. Яхно, когнитивные расстройства присутствуют почти в 90% случаев уже на I- II стадии ДЭ. При этом нарушения когнитивных функций являются достаточно воспроизводимым симптомом ДЭ, то есть при повторных исследованиях они имеют одинаковые проявления. Поэтому в настоящее время складывается твердое убеждение, что именно выявление расстройств когнитивных функций, характеризующихся рядом специфических особенностей, имеет наибольшее диагностическое значение у пациентов с ДЭ.

**Цель исследования:** изучение особенностей показателей когнитивной сферы у пациентов с ДЭ на фоне артериальной гипертензии.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 100 пациентов (средний возраст  $54,5 \pm 0,7$  года) с ДЭ, развившейся преимущественно на фоне артериальной гипертензии (АГ). Контрольную группу составили 30 практически здоровых людей (средний возраст  $52,2 \pm 0,9$  года) без объективных проявлений ДЭ, не предъявлявших жалобы на состояние здоровья. Исследование проведено в центральной клинической больнице Государственной Акционерной Железнодорожной Компании «Ўзбекистон темир йўллари». С целью оценки когнитивной сферы мы использовали тест Шульте, тест Бурдона.

**Результаты и обсуждение.** Исследование темпа сенсомоторных реакций и внимания, которое проводилось по таблицам Шульте, выявило, что среднее затраченное время в контрольной группе равнялось  $33,0 \pm 0,4$  с. У пациентов с ДЭ затраченное время составило  $50,7 \pm 0,5$  с ( $P < 0,001$ ).

Темп сенсомоторных реакций и внимания по таблицам Шульте у больных с ДЭ на фоне АГ был замедлен, по сравнению с показателем контроля.

Далее мы провели анализ темпа сенсомоторных реакций и внимания у пациентов с ДЭ в зависимости от степени АГ, который показал, что у пациентов с АГ I степенью скорость равнялась  $49,2 \pm 0,6$  с., с АГ II степенью -  $52,2 \pm 0,7$  с., при АГ III степени -  $58,5 \pm 0,5$  с. соответственно. Больным с АГ III степенью требовалось более продолжительное время на выполнение задания, они чаще совершали ошибки из-за рассеянности внимания и ухудшения способности запомнить полученную информацию. Далее мы исследовали концентрацию и устойчивость внимания в группе контроля и у пациентов с ДЭ с помощью корректурной пробы Бурдона.

Исследование показало, что у лиц контрольной группы концентрация внимания составила  $435,4 \pm 20,9$ , устойчивость внимания -  $4,5 \pm 0,04$ . У пациентов с ДЭ группы концентрация внимания равнялась  $95,3 \pm 3,7$ , а устойчивость внимания  $3,2 \pm 0,03$  ( $P < 0,001$ ), показатели были значительно ниже, по сравнению с контролем. Это связано с ранним и прогрессирующим поражением преимущественно белого вещества головного мозга, которое наблюдается при АГ.

В ходе работы мы проанализировали показатели внимания у пациентов с ДЭ в зависимости от степени АГ, у пациентов АГ I степени концентрация внимания равнялась  $102,9 \pm 5,6$ , устойчивость внимания -  $3,2 \pm 0,05$ . У больных АГ II степенью  $71,7 \pm 3,0$  и  $3,17 \pm 0,07$  – соответственно. А у пациентов АГ III степенью концентрация и устойчивость внимания составили  $66,5 \pm 3,7$  и  $3,6 \pm 0,51$  соответственно. Отмечено, что в группе с АГ III степенью показатели внимания значительно снижены.

#### **Выводы.**

1. В основе когнитивных расстройств при ДЭ лежит наблюдаемый в подавляющем большинстве клинических случаев феномен корково-подкоркового и корково-коркового разобщения.

2. По мере нарастания степени АГ отмечается снижение показателей когнитивной сферы, т.е. у пациентов с ДЭ на фоне АГ III степенью показатели внимания и темп сенсомоторных реакций были значительно снижены по сравнению с группами пациентов с ДЭ АГ I и II степени.

## **ПРИНЦИПЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПИТАНИЯ В ОСТРУЮ ФАЗУ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

**Назарова И.Д., Салихова М.З.**

**Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников**

На современном этапе, по-прежнему, самой тяжелой формой гнойно-воспалительных заболеваний у детей раннего возраста является сепсис, который характеризуется системной воспалительной реакцией организма в ответ на бактериальную агрессию. Вовлечение в процесс ряда внутренних органов требует определенного подхода и внимания не только патогенетической терапии, но и питанию детей, особенно в острую фазу процесса. Нутритивная поддержка имеет большое значение на всех этапах септического процесса и является неотъемлемой частью комплексного лечения детей.

**Целью работы** явилось оптимизация результатов проводимой диетотерапии у детей грудного возраста в острую фазу сепсиса.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 60 детей с септикопиемической формой заболевания в возрасте от 2 месяцев до 1 года. Диагноз ставился на основании анамнестических, клинических

и лабораторных исследований. Давность заболевания составляла от 2 недель до нескольких месяцев. 25% детей старше 6 месяцев госпитализировались повторно. У 50% была БЭН легкой и средней тяжести, анемия у 70% и признаков рахита у 80% больных. Отмечалось вовлечение в септический процесс от одного до трех органов и систем. Чаще всего диагностировались очаговая пневмония и энтероколит с нарушением микрофлоры кишечника. Только 60% детей до 6 месяцев были на грудном вскармливании.

**Результаты исследования.** На высоте клинических проявлений у детей отмечалось заметное снижение толерантности к пищевым нагрузкам и парэнтеральные явления от неустойчивости стула до развития энтероколита сопровождалось нарушением процессов пищеварения и признаками дисбактериоза. В острую фазу заболевания питание было снижено адекватно ферментным системам организма и соответствовало аппетиту ребенка. Это требовало особого подхода к лечебному питанию детей. Суточный объем пищи зависел от состояния ребенка и был уменьшен на 30-50% с увеличением кратности кормлений от 7 до 10 раз в сутки. Недостаток суточного объема пищи восполнялся оральной регидратацией. Идеальным продуктом питания на этом этапе было грудное молоко, а при его отсутствии адаптированные базисные смеси. При необходимости временно вводились лечебно-профилактические и лечебные смеси вместо базисных. Чаще всего это кисломолочные, безлактозные и содержащие пробиотики, пребиотики, нуклеотиды и ПНЖК. При БЭН средней тяжести в питание вводились смеси ПРЕ..., как содержащие повышенное количества белка и калорий. У детей старше 6 месяцев в разгар заболевания прикормы временно отменялись. Сроки возвращения к полному суточному объему такого питания были строго индивидуальны и в среднем составляли 5-7 дней. Лечебные смеси назначались на 10-15 дней с дальнейшим переводом детей на базисные. Проводимая диетотерапия позволила в периоде разгара болезни сохранить исходный вес у 60 (77,5%) детей, у 8 (10%) отмечалась прибавка веса 100-200 г. за период нахождения ребенка в стационаре (15-18 дней). 5 (6,2%) детей с тяжелым течением сепсиса имели потерю веса из которых 3 были переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии.

**Выводы.** Результаты проведенного исследования свидетельствовали об эффективности комплексного подхода к питанию детей в острую фазу сепсиса, которое является неотъемлемой частью патогенетической терапии этого тяжелого заболевания. Комбинированное лечебное питание с использованием адаптированных смесей различной направленности и оральной регидратацией способствовало улучшению общего состояния, аппетита, уменьшению интоксикации и перэнтеральных явлений у детей

## **СОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ ДЮШЕННА У ДЕТЕЙ.**

**Омонова У.Т., Эргашева Н.Н., Джаббаровва С.Б., Бахриев Б.Р., Якубова З.А.,  
Темирова М.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Цель исследования:** изучение клинико-диагностических особенностей мышечной дистрофии Дюшенна у детей.

**Материал и методы исследования.** Ретроспективно и проспективно были проанализированы 47 детей с диагнозом прогрессирующая мышечная дистрофия (ПМД) Дюшенна. Возраст детей варьировал от 3 до 15 лет, средний возраст составлял  $7,8 \pm 0,48$  лет. Возраст к началу заболевания в среднем составлял  $4,3 \pm 0,36$  лет и варьировал в пределах от рождения до 8 лет. Диагноз установлен на основании клинических

проявлений заболевания, биохимических исследований (определение уровня активности креатинфосфокиназы (КФК) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в сыворотке крови) а также проводилась электронейромиография с использованием концентрических игольчатых электродов и электрокардиографическое исследование. Оценка двигательных функций проводилась с использованием шкалы MRS (Modified Rankin Scale).

**Результаты и обсуждения.** При клиническом осмотре группы больных с ПМД/Дюшенна мышечная сила составила в: 5 баллов – 1,6 % (1); 4 балла – 49,2% (31); 3 балла – 30,1 % (19); 2 балла – 14,3% (9); 1 балл – 4,7% .

Для уточнения характера поражения и уточнения степени денервации 32 больным было проведено игольчатая ЭНМГ. У всех пациентов длительность ПДЕ (потенциалы двигательных единиц) составлял меньше 10 мс и по гистограмме соответствовало II стадии денервационно-реиннервационного процесса (ДРП).

В соматическом статусе у обследованных детей с миодистрофией Дюшенна выражена костная патология на ранних стадиях заболевания типичными нарушениями являются: поясничный лордоз (100%), кифосколиоз (94,6%), сколиоз (5,4%), деформации грудной клетки по типу "килевидной" или "ладьевидной" груди (32,4%), высокий свод стопы (100%). По мере прогрессирования процесса развивается эквиноварусная деформация стоп и контрактуры крупных суставов. Сердечно-сосудистые расстройства клинически проявлялись лабильностью пульса, АД, глухостью тонов сердца. На ЭКГ регистрировались изменения миокарда, блокада ножек пучка Гиса. Наиболее частыми нарушениями со стороны сердца среди обследованных больных являлись: выраженная тахикардия, аритмии и развитие сердечной недостаточности. На ЭКГ у больных с миодистрофией Дюшенна регистрировался глубокий зубец Q в отведениях 2, 3, aVF, V6. и высокий зубец в отведении V6. Полученные данные свидетельствуют о поражении миокарда в области задне-нижней и латеральной стенок левого желудочка. У больных в развернутой стадии заболевания наиболее часто выявляется гипертрофическая кардиомиопатия (51,4%) и дилатационная (27%), реже встречались - пролапс митрального клапана и миксома левого желудочка (21,6%). У 40,5% больных наблюдались нейроэндокринные нарушения, из них у 53,3% регистрировался синдром Иценко-Кушинга и у 46,7% адипозогенитальная дистрофия.

**Выводы.** Проанализировав данные клинических и биохимических обследований на момент первичного обращения была выявлена прямая корреляция только между возрастом и степенью поражения мышечного аппарата, в тоже время уровень КФК в сыворотке крови отражал уровень двигательных нарушений только в терминальных стадиях заболевания и не являлся маркером эффективности проводимых лечебных мероприятий. У больных с ПМД/Д характерные изменения ПДЕ и выраженность спонтанной активности отражает характер и степень остроты процесса, а также возможность прогноза качества жизни и исхода заболевания. Проведения тщательного соматического обследования пациентов с ПМД/Д с целью как можно раньше выявить нарушения и принять меры для своевременной коррекции и поддержания функции жизненно важных органов.

## **ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ 7 ЛЕТ**

**Попенков А.В.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Введение.** Ожирение — это хроническое заболевание сопровождающееся накоплением избыточного количества жировой ткани. Основными факторами, которые могут приводить к избыточной массе и ожирению могут быть заболевания эндокринной системы, генетическая предрасположенность, избыточное потребление продуктов с высоким гликемическим индексом, а также низкая физическая активность. Избыточный вес и ожирение связаны с избыточным потреблением энергии при низком расходе. Не

смотря на большое количество проведенных исследований избыточный вес и ожирение остаются одними из основных проблем педиатрии. Ожирение может приводить к серьезным патологиям во взрослом возрасте, в том числе со стороны сердечно-сосудистой системы.

**Цель:** оценить гармоничность развития детей в возрасте 7 лет и определить факторы, способствующие развитию избыточной массы тела и ожирению.

**Методы исследования.** Нами были обследованы 103 карт развития ребенка в возрасте 7 лет. Для оценки состояния питания использовалась программа BO3 Anthro plus. Были рассчитаны данные индекса массы тела к возрасту, а также взяты данные опроса родителей.

**Полученные результаты.** Из обследованных детей, мальчики составили - 51.2%, девочки – 48.8%. На основании данных оценки индекса массы тела получены следующие результаты: Недостаточность питания ( $< -2$  SDS) наблюдалась у 16 детей (5,5%) из них мальчики составили 5 (3.3%), девочки – 11 (7.7%), Нормальные показатели ( $-2$ – $+1$  SDS) отмечались у 174 детей (59.4%), из них: мальчики 88 (58.8%), девочки – 86 (60,1), Избыточная масса тела ( $+1$ – $+2$  SDS) была выявлена у 66 (22.6%), мальчики составили 35 (23.3%), в то время как девочки составили 31 (21.7%), Ожирение ( $> +2$  SDS) наблюдалось у 37 (12.6%) из них мальчики - 22 (14.6%), девочки - 15 (10.6%).

По полученным данным одним из важных факторов избыточного веса и ожирения является наследственная отягощенность, которая в нашем исследовании составила 63%. При оценке питания были получены следующие данные: 39 детей употребляли продукты с высоким содержанием сахара, в 26.2% случаев родители утверждали, что основная часть дневного рациона состоит из пищи, содержащей большое количество жиров. Помимо избыточного употребления продуктов, также отмечалось недостаток употребления растительной пищи у – 15 детей (14.5%), а также продуктов с высоким содержанием белков у 17 детей (16.5%). Также было отмечено, что дети с избыточным весом и ожирением имеют низкую физическую активность в 31%.

**Выводы.** Учитывая полученные данные можно сделать вывод, что высокие показатели избыточного веса и ожирения у детей в возрасте 7 лет могут быть связаны с генетической предрасположенностью, неправильным питанием детей с употреблением избыточного количества сахара и жирной пищи, а также низкая физическая активность. В связи с этим на сегодняшний день есть необходимость обратить внимание врачей и родителей на вопросы профилактики избыточного веса и ожирения у детей.

## **ПРОБЛЕМЫ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ГРИППА У ДЕТЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ**

**Рахимов Р.Р., Рахимов Р.А.**

**Научно-исследовательский институт вирусологии МЗ РУз**

Сложности в выборе этиотропной терапии против гриппа для практического врача связаны в клинко-лабораторной диагностике, выбором среди большого количества препаратов, имеющих как узконаправленный спектр активности за счет прямого противовирусного действия, так и более широкий спектр, обусловленный чаще опосредованным иммуностропным эффектом. Но отсутствие этиологического диагноза в первые дни заболевания, высокая стоимость противовирусных препаратов, ограниченный выбор препаратов, приверженность практических врачей антибиотикотерапии, ограничивают их применение. У детей этиотропная терапия гриппа наиболее сложна, так как выбор препарата определяется не только этиологией заболевания, диагностика которой требует времени и лабораторного подтверждения, но и наличием возрастных ограничений у многих препаратов и отсутствие детских возрастных дозировок, что тем самым ограничивает применение препаратов.

Проблемы широкого применения этиотропной терапии гриппа у детей в Республике Узбекистан на сегодняшний день состоит в следующем:

- отсутствие постановки диагнозов – «грипп». Без диагноза, не назначается целевое этиотропное лечение. По данным лабораторного контроля методом ПЦР, удельный вес гриппа среди ОРВИ составляет около 50%, по статистическим отчетам – около 1%;
- ограниченное применение экспресс тестов и ПЦР для диагностики гриппа, что может способствовать бесконтрольному применению специфических противовирусных препаратов, которая в свою очередь может вызвать развитие резистентности, а также необоснованному назначению антибиотиков;
- отсутствие на фармацевтическом рынке страны специфических этиотропных препаратов (ингибиторов нейраминидазы) в детских дозировках;
- превалирование препаратов, представленных как противовирусные, с низкой доказательной базой;
- запоздалое назначение (после 48 часов с начала заболевания) противовирусных препаратов, что снижает их эффективность;
- применение препаратов (амантадина, римантадина) с высоким уровнем резистентности (до 90%), не рекомендованных к использованию ВОЗом;
- отсутствие практики заблаговременного закупа противовирусных средств до начала сезона.

Для решения вышеуказанных проблем необходимо:

1. Разработка и внедрение в учебные программы подготовки врачей современных подходов к диагностике и лечению гриппа, с привлечением к учебному процессу ведущих специалистов.
2. Формирование годовых бюджетов ЛПУ с учетом необходимости приобретения средств профилактики и лечения гриппа в осенне-зимний период.
3. Производство отечественных экспресс-тестов на грипп, и ингибиторов нейраминидазы (с учетом возрастных дозировок).

Широкое внедрение этиотропной терапии гриппа у детей позволит снизить частоту случаев тяжелого течения гриппа, его осложнений и летальных исходов, снизит бремя расходов на систему здравоохранения, улучшит качество жизни населения, особенно детского возраста

## **ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ МОЗГА У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА.**

**Садикова Г.К., Бердиева Х.У.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Больные с последствиями менингоэнцефалита представляют диагностические трудности, так как очаговые неврологические симптомы при них схожи с множественными неврологическими заболеваниями так же как ДЦП, последствие ОНМК, арахноэнцефалита и т.д. В связи с чем МРТ имеет ценное значение при постановке правильного диагноза.

**Цель исследования.** Изучить клиника МРТ корреляция последствия менингоэнцефалитов у детей

Обследовано 32 больных с острым менингоэнцефалитом вирусной, менингококковой и поствакцинальной этиологии. Количество больных возрасте до 1 года составили 6 (18.7%) детей, старше года (1-3 года) 14 (43.8%), 4-7 года составили 12 (37.5%) детей. Нарушение сознания различной степени (сопор, кома) отмечались в 86.2% случаев. Синдром поражения ЧМН в виде амавроза, акузии, бульбарных симптомов, центрального пареза VII и XII пар ЧМН отмечался у 100% больных. Синдром двигательных нарушений в виде геми- или тетрапареза был выявлен у всех 100% больных. Судорожный синдром также отмечался у 75% больных.

МРТ было проведено 28 больным с острым менингоэнцефалитом в режимах T1 и T2. Выявлено расширение желудочковой системы мозга и субарахноидального ликворного пространства у 100% больных. Уменьшение в размерах адено- и нейрогипофиза наблюдалось у 35.7 % больных. Расширение и углубление борозд височных долей, возникшей, повидимому, как следствие нейродегенеративных процессов в мозге, наблюдалось у 42.86% больных. Изменений со стороны базальных ядер в обследуемой группе больных не наблюдались.

Следовательно, МРТ исследование головного мозга и выявление дегенеративных изменений его структур является ценным диагностическим критерием, спотогсобствующим прижизненной верификации и распознаванию сложных патогенетических механизмов развития острого менингоэнцефалита у детей младшего возраста.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ВЫСОКОГО РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЙ У ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ**

**Саидова Н., Насырова У.Ф.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Введение.** Гипербилирубинемия является одним из самых распространенных заболеваний, требующих оказания медицинской помощи новорожденному ребенку. Ежегодно в мире до завершения 34- 37-й недели гестации, рождаются почти 60% от доли всех недоношенных новорожденных. Недостаточность ферментативной активности печени и замедленный пассаж мекония по кишечнику в разы повышает вероятность возникновения гипербилирубинемии у данной категории пациентов. Избыточное накопление билирубина в крови новорожденного вследствие несовершенства системы очищения от пигмента опасно для ребенка, так как может вызвать поражение центральной нервной системы и другие, не менее опасные осложнения и последствия.

**Цель исследования:** выявить факторы высокого риска в формировании гипербилирубинемии у поздних недоношенных новорожденных.

**Материалы и методы.** Всего в ходе работы нами было обследовано 56 новорожденных с гипербилирубинемией и желтушным синдромом. Все новорожденные были разделены на две группы. В 1 группу вошли 32 поздних недоношенных новорожденных с гестационным возрастом 34-37 нед, составившие основную группу и 2 группа контроля составили 24 доношенных новорожденных с гестационным возрастом 38-40 нед.

**Результаты.** Мы проанализировали факторы, влияющие на возникновение, тяжесть и исход гипербилирубинемии новорожденных. Сравнительный анализ частоты встречаемости факторов риска формирования гипербилирубинемии у поздних недоношенных новорожденных выявил отличия между основной и контрольной группами по ряду показателей. Всего проанализировано несколько факторов, которые включили в себя патологии во время беременности и во время родовой деятельности.

В основной группе отмечена более частая встречаемость перинатальных факторов риска. Угроза прерывания беременности на I и II триместрах встречалась у 12 (37,5%) женщины, состояние преэклампсии встречалось у 6 (19%), анемия 1-й и 2-й степени наблюдалась у 13 (41%), гестационная гипертензия – у 6 (19%), приём лекарственных препаратов матерью во время беременности зафиксирован у 18 (56%) женщин, инфицированность герпетическими инфекциями была диагностирована у 14 (44%) матерей, наличие холестатических заболеваний печени наблюдалось у 6 (2%), тугое обвитие пуповины встречалось у 15 (47%), медикаментозная стимуляция родовой деятельности проводилась у 17 (53,5%) женщин, преждевременное излитие околоплодных вод – у 9 (28%). В то время, когда в контрольной группе встречаемость факторов риска

была значительно ниже. Угроза прерывания беременности на I и II триместрах встречалась у 4 (17%) женщины, состояние преэклампсии встречалось у 2 (8%), анемия 1-й и 2-й степени наблюдалась у 6 (25%), гестационная гипертензия – у 2 (8%), приём лекарственных препаратов матерью во время беременности зафиксирован у 9 (37,5%) женщин, инфицированность герпетическими инфекциями была диагностирована у 5 (21%) матерей, наличие холестатических заболеваний печени наблюдалось у 1 (4%), тугое обвитие пуповины встречалось у 8 (33%), медикаментозная стимуляция родовой деятельности проводилась у 9 (37,5%) женщин, преждевременное излитие околоплодных вод – у 4 (17%)

**Выводы.** Ранняя выписка новорожденных, определила необходимость пересмотра подходов к оценке факторов высокого риска в прогнозировании угрожающей гипербилирубинемии у поздних новорожденных. Исходя из результатов исследования можно сделать вывод, что подавляющее большинство матерей с преждевременными поздними родами имели в своем акушерско-гинекологическом анамнезе анемию, холестаз, различные заболевания почек, сердечно-сосудистой системы, гестационную гипертензию, а также наличие угрозы прерывания беременности и преэклампсии. Что послужило основанием к последующему выводу, что поздние недоношенные новорожденные — это группа высокого риска развития гипербилирубинемии.

## **ОЦЕНКА ГАРМОНИЧНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ**

**Салихова К.Ш., Умарова Л.Н., Агзамходжаева Б.У.**

**Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр педиатрии  
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Цель:** изучение гармоничности физического развития у детей с задержкой внутриутробного развития.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 236 с задержкой внутриутробного развития, которая была разделена на 2 группы: 1 группа - 146 доношенные дети и 2 группа - 90 недоношенные дети с ЗВУР, а также 40 практически здоровых детей.

**Результаты и их обсуждения.** Определение гармоничности физического развития проводится на основании результатов процентильных оценок соответствия массы тела его росту. Развитие гармоничное – при отнесении параметров ребенка от 10 до 90-го процентиля; дисгармоничное – от 3 до 10-го и от 90 до 97-го процентиля. Рост и массу тела в соответствии с возрастом и полом ребенка можно определить по процентильным шкалам. Результаты измерения ниже 3-го процентиля указывают на «очень низкий» показатель физического развития (встречается примерно у 3% детей); от 3 до 10-го процентиля – на «низкий» (примерно у 7%), от 10 до 25-го процентиля – на «ниже среднего» (у 15%). Значения от 25 до 75-го процентиля принимаются за «средние» или «условно нормальные величины» (у 50%). Область от 75 до 90-го процентиля указывает на «выше среднего» (у 15%), от 90 до 97-го процентиля – на «высокий» (у 7%) и от 97-го процентиля и выше – на «очень высокий» рост (у 3%).

Дисгармоничность физического развития отмечается большинства у 39,5% доношенных детей и у 65 (72,2%) недоношенных с ЗВУР. Резко дисгармоничное развитие во 2 группе было в 3 раза больше, чем в 1 группе.

Выявленные особенности физического развития внутриутробной задержки роста у детей позволят в дальнейшем определить критерии ранней диагностики нарушений адаптационно-резервных возможностей.

Оценка антропометрических показателей маловесных детей к сроку гестации показала необходимость тщательного мониторинга состояния здоровья у данной категории детей с оптимальной организацией структуры питания, проведением необходимой коррекции рационов, назначением лечебно-оздоровительных мероприятий.

Выявленные особенности физического развития внутриутробной задержки роста у детей позволят в дальнейшем определить критерии ранней диагностики нарушений адаптационно-резервных возможностей.

**Вывод.** Оценка гармонических показателей маловесных детей к сроку гестации показала необходимость тщательного мониторинга состояния здоровья у данной категории детей с оптимальной организацией структуры питания, проведением необходимой коррекции рационов, назначением лечебно-оздоровительных мероприятий.

## **НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИЕЙ**

**Салихова К.Ш., Хакимова М.А.**

**Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр педиатрии  
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Введение.** В последние годы большой интерес вызывает состояние сердечно-сосудистой системы у новорожденных после перенесенной ими хронической внутриутробной, интранатальной или сочетанной (перинатальной) гипоксии (транзиторная постгипоксическая ишемия миокарда). Неблагоприятное влияние перинатальной гипоксии проявляется развитием гемодинамических и метаболических нарушений в миокарде. Гипоксия плода приводит к нарушению вегетативной регуляции коронарных сосудов, ухудшению энергетического обмена и служат причиной снижения сократительной функции миокарда и нарушения нормального функционирования синусового узла.

**Материалы и методы исследования.** Нами проанализированы результаты 34 новорожденных с клиническими проявлениями поражения сердечно-сосудистой системы, манифестировавшими в периоде новорожденности нарушениями ритма сердца. Мальчиков было 21, девочек –13.

Использовались следующие методы исследования: клинико-anamnestические, функциональные и инструментальные. Клинический диагноз кардиопатии подтверждался данными электрокардиограммы (ЭКГ), в ряде случаев Эхо-КС. Регистрация ЭКГ проводилась в 12 стандартных отведениях при поступлении ребенка в стационар и в динамике.

**Результаты и обсуждение.** В анамнезе у 34 новорожденных детей отмечалась хроническая внутриутробная гипоксия, обусловленная анемией, урогенитальной инфекцией, угрозой прерывания беременности в различные сроки, вегетососудистой дистонией матери, отягощенным акушерским фоном.

Во время родов состояние острой гипоксии, обусловленное преждевременной отслойкой плаценты, обвитием пуповины вокруг шеи, родостимуляцией, применением акушерских пособий, испытали 11 детей, оценка по шкале Апгар у которых составила – 0-4 балла – 5 детей, 5-6 баллов – 6 детей. Малая масса при рождении является одним из факторов риска развития патологии сердечно-сосудистой системы в последующие возрастные периоды. новорожденных.

В большинстве случаев тяжесть состояния детей была обусловлена гипоксическим и травматическим поражением центральной нервной системы, проявляющемся

общемозговыми нарушениями, угнетением нервной системы, повышенной нервно-рефлекторной возбудимостью, двигательными расстройствами, вегето-висцеральными дисфункциями, гипертензионно-гидроцефальным синдромом. У 18 детей морфологическим субстратом поражения центральной нервной системы были внутрижелудочковые кровоизлияния. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы проявлялись, наряду с аритмиями, бледностью кожных покровов, часто в сочетании с акроцианозом, приглушенностью тонов сердца, шумами функционального характера.

Структура нарушений ритма сердца была представлена следующим образом:

синусовая тахикардия и/или аритмия – 13, синусовая брадикардия – 7, экстрасистолия – 6, суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия – 3, эктопический ритм – 2, синдром слабости синусового узла – 1, синдром WPW – 1, атриовентрикулярная блокада 1 ст. – 1 ребенок. У 2/3 детей отмечались депрессия сегмента ST, инверсия, снижение амплитуды зубца T, более выраженные в раннем неонатальном периоде. Отмечались также признаки

нарушения проводимости по правой ножке пучка Гиса, в 25% – повышение электрической активности правых отделов сердца. С целью улучшения метаболических и гемодинамических нарушений назначались антигипоксанты, витамины, кардиопротекторы, сосудистые препараты и дезагреганты. Положительный эффект был получен без назначения антиаритмических препаратов.

**Выводы:** Полученные нами данные об определяющем влиянии изменений центральной нервной системы на развитие аритмий позволили сделать акцент в проводимой терапии на нейротропные препараты. Вместе с тем важно помнить, что нарушения ритма сердца в период новорожденности часто носят транзиторный характер, но приводят к формированию стойкого патологического процесса.

## **ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ С АРИТМИЕЙ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ**

**Салихова М.З., Назарова И.Д.**

### **Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников**

Актуальность выбранной темы обусловлена высокой распространенностью данного синдрома у детей и подростков, а также тем фактом, что показатели состояния ВНС имеют большое значение для оценки состояния адаптационных способностей, достоверно характеризую компенсаторные возможности ребенка на уровне целостного организма.

**Цель:** разработка комплексного подхода к диагностике и лечению синдрома вегетативной дистонии (СВД) у детей, с учетом психовегетативных особенностей, имеющих дизритмические изменения сердца.

**Материалы и методы:** обследованы 34 детей, от 12 до 15 лет с синдромом вегетососудистой дистонии, из них 17 детей - группа контроля, а 17 детей обследуемая группа с нарушениями ритма сердца, которые включали в себя синусовые тахи- и брадиаритмии, миграции водителя ритма, различными вариантами внутрисердечных блокад. Больным проводилась оценка характерологического, психологического и вегетативного статуса по методикам адаптированным к детскому возрасту (опросники Айзенка, Спилбергера-Ханина; таблицы А.М.Вейна в модификации Н.А.Белоконов; клиноортостатическая проба), а также общеклинические обследования.

**Результаты:** для детей с СВД характерно большое количество жалоб (по 8 жалоб на обследуемого в среднем), сопутствующих заболеваний (у 53% детей с дизритмиями и у 68% детей без нарушений ритма сердца). Среди наиболее часто встречающихся сопутствующих заболеваний у подростков исследуемой группы

выявлены изменения в эндокринной системе в 10% случаев, в нервной -19%, ЛОР - 9%, в ЖКТ - 23%, тогда как у детей группы контроля это число в 2 раза меньше и было представлено в основном эндокринной патологией (54%). Определение типов исходного вегетативного тонуса (ИВТ) по жалобам и объективным данным не выявлено существенного различия между детьми с СВД с различными клиническими вариантами. При изучении нейрогуморальной регуляции и реакции ВНС на минимальные нагрузки по данным КОП установлено, что у детей с дизритмическими нарушениями дизадаптивные варианты реагирования (гипердиастолический, астеносимпатический и др.) определяются в 65% случаев, а у детей без нарушений ритма сердца, но с СВД - в основном реакции асимпатикотонического типа (60%). Проведен анализ психотравмирующих факторов в зависимости от синдромов. Больные с дизритмическим вариантом течения СВД более дезадаптированы, высоко тревожны, интравертированы, чем дети с СВД, но без нарушений ритма сердца. У них ярко выражены страхи за здоровье, исход заболевания.

**Вывод:** выявленные конституциональные и приобретенные психологические особенности личности детей свидетельствуют о готовности возникновения у них тревожных состояний, что, в свою очередь, может спровоцировать приступы нарушения ритма сердца. Это диктует необходимость включения на фоне базисной терапии синдрома вегетативной дистонии специфических лекарственных средств.

## **ВНЕДРЕНИЕ ОБЪЁМНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ В НАВОЙСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Саттаров Х.А., Худайбердиев Ш.Г., Бозоров Т.П., Назаров А.Э.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр педиатрии**

**Навоийский областной детский многопрофильный медицинский центр**

**Введение.** В лечении мочекаменной болезни и гидронефроза в современной детской урологии были достигнуты значительные результаты. Однако известно, что в детском контингенте хирургическое лечение этих заболеваний до сих пор проводится в Республиканских центральных медицинских центрах. Учитывая, что некоторые районы страны являются эндемичными по мочекаменной болезни и поэтому внедрение хирургического лечения заболеваний детской урологии в регионах имеет актуальное значение.

**Цель:** проведение и внедрение сложных, объёмных урологических операций у детей в Навоийской области.

**Материалы и методы.** В 2019 году при участии урологов Республиканского Научно-практического Медицинского Центра Педиатрии в хирургическом отделении Навоийского областного детского многопрофильного медицинского центра были проведены сложные хирургические операции на почках и мочевыводящих путях у 12 детей в виде мастер-классов. Возраст детей от 3 до 12 лет (в среднем - 5,3 года). Пациенты были в плановом порядке подготовлены к хирургическим операциям, у них были взяты все стандартные рутинные анализы и проведены специальные обследования, такие как: УЗИ почек и мочевого пузыря, обзорная урография, экскреторная урография, цистограмма и микционная цистограмма.

**Результаты.** В результате обследований у 4 пациентов с диагнозом «Мочекаменная болезнь. Камень почки» были осложнения вторичный гидронефроз. Первичный гидронефроз II и III степени выявлен у 6 больных. У 2 пациентов не выявлена функция левой почки.

У 4 детей выполнена операция - пиелолитотомия, у 6 больных - пиелопластика, у 2 пациентов – нефруретерозэктомия, после предварительной деривации мочи с определением функциональной способности почки. Следует отметить, что данные комплексные операции у детей до сих пор проводились в Республиканских медицинских

центрах (III уровень) и не налажены во многих регионах. Послеоперационный период у всех пациентов протекал гладко, получены хорошие результаты. Контрольное обследование через месяц у всех пациентов жалоб не отмечалось. Улучшение функции почек наблюдалось у всех пациентов. У 4 детей, перенесших пиелопластику, выявлена пиелозктазия, у оставшихся детей, перенесших пиелолитотомию, отмечено нормальное состояние почки и мочевыводящих путей.

**Выводы.** Внедрение сложных, объёмных операций, как, пиелолитотомия, пиелопластика, нефруретерозктомия у детей в регионах является показателем повышения качества, уровня и объёма детской урологии. Проведение этих объёмных операций на местах принесет пациентам целый ряд экономических и социальных выгод.

## **ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОСНОВЕ ИНГАЛЯЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ**

**Сатвалдиева Э.А., Юсупов А.С., Маматкулов И.А.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Введение.** На современном этапе комбинированные методы анестезии на основе ингаляционного анестетика севофлюрана отвечают всем должным требованиям. В офтальмологической практике данный способ имеет свои преимущества управляемостью анестезии, снижением внутриглазного давления (ВГД), обеспечением гладкого течения анестезии.

**Цель:** определить эффективность применения обезболивания севофлюраном, как основного компонента комбинированной анестезии при офтальмологических операциях у детей.

**Материал и методы.** Для обеспечения анестезии у 42 детей при офтальмологических операциях была использована комбинация севофлюрана с малыми дозами фентанила. После премедикации, начинали ингаляцию севофлюрана в дозе 3,0 об%, на фоне внутривенного введения фентанила (2 мкг/кг), производилась интубация трахеи тест дозой ардуана (0,2%-0,06 мг/кг), анестезия поддерживалась ингаляцией севофлюрана (1,0–1,6 об%). Оценка эффективности анестезии проводилась по клиническим параметрам, мониторингом основных гемодинамических показателей с помощью метода ЭхоКГ.

**Результаты обсуждения.** Анализ проведенных исследований показал, что применение ингаляционной анестезии севофлюраном в комбинации с наркотическим анальгетиком фентанилом при офтальмологических операциях у детей характеризуется гладким клиническим течением анестезии, относительной стабильностью основных гемодинамических показателей и снижением внутриглазного давления (ВГД). Одним из условий данной анестезии является поддержание ВГД на низких цифрах. Отмечалось снижение ВГД на 12,8%. Регистрируемые показатели сатурации кислорода не указывали на кислородную задолженность, удерживаясь в пределах 97-99 % в течении всего периода анестезии. Подача севофлюрана прекратилась за 10-13 минут до окончания операции. Послеоперационный период характеризовался ранним пробуждением ( $8,2 \pm 0,6$  минут) пациентов, без признаков гипотонии, послеоперационной рвоты и тошноты. Сознание возвращалось на  $17,6 \pm 1,1$  минуте, с относительным восстановлением нормальных рефлексов.

**Заключение.** Комбинированная анестезия на основе севофлюрана, обеспечивает эффективное обезболивание и неподвижность глаза при сохранении низкого ВГД, что является методом выбора анестезии при офтальмологических операциях у детей.

## **ВОЗБУДИТЕЛИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ, СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ**

**Таджиханова Д.П., Шамсиев Ф.М., Шамсиева Л.А.**

**Актуальность.** Проблема пневмонии сохраняется во всем мире из-за её большой распространённости, несмотря на применение новейших антибактериальных препаратов. Высокий уровень диагностических ошибок при внебольничной пневмонии, обусловленных недооценкой тяжести состояния больного, несвоевременным началом адекватной антибактериальной терапии, как следствие – рост числа больных с осложненным течением и летальным исходом, низкая информативность существующих прогностических шкал диктуют необходимость поиска современных маркеров для прогнозирования течения и тяжести пневмонии на ранних сроках.

Непрофессиональный подход к АБТ, нерациональный, бесконтрольный прием препаратов нередко приводят к резистентности микроорганизмов, хронизации заболеваний. У детей в возрасте 6 мес. – 5 лет в основном отмечается доминирующая роль бактериальных возбудителей в этиологии ВП, в первую очередь пневмококка (в 70–90% случаев). *Haemophilus influenzae* типа В выявляются реже (до 10%). У детей старше 5 лет пневмококковые пневмонии составляют 35–40% случаев, атипичные пневмонии, вызванные *M. pneumoniae* и *C. pneumoniae*, – 23–44 и 15–30% соответственно. В связи с тем, что именно пневмококковая инфекция остаётся лидирующей в этиологии внебольничной пневмонии (ВП) и приводит к тяжелому течению заболевания, разработка этого вопроса актуальна в совершенствовании тактики лечения больных.

**Цель исследования:** разработать комплексное лечение внебольничной пневмонии затяжного течения у детей с учетом возбудителей заболевания и показателями С-реактивного белка и цитокинов.

**Материалы и методы.** В процессе исследования наблюдались 140 больных пульмонологического отделения РСНПМЦП МЗ РУз с ВП в возрасте от 1 года до 15 лет. Контролем являлись данные 20 практически здоровых детей того же возраста. Использовались клинические, биохимические, микробиологические и иммунологические данные. В зависимости от проводимой терапии были сформулированы следующие группы наблюдения: в I группе было 100 больных ВП, получавших базисную терапию (БТ); во II группе – 40 больных ВП затяжным течением, получавших БТ, антибиотики соответственно установленной этиологии (защищенные цефалоспорины III поколения в течении 10 дней) + бронхомунал П по схеме. Данные обработаны методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту.

**Результаты исследования.** Динамика изменений концентрации С- реактивного белка позволяла объективно решить вопрос эффективности проводимой терапии больных ВП. У детей II группы отмечалось достоверное снижение воспалительного маркера в 1,6 раза по сравнению с I группой больных. При традиционном лечении данный показатель на 10-й день заболевания также снижается, не имея достоверных различий.

Положительный эффект разработанного лечения больных ВП подтверждается и показателями цитокинового статуса, прослеживается положительная динамика в содержании про-и противовоспалительных цитокинов ( $P < 0,01$ ). В II группе уровень ИЛ-1 $\beta$  был снижен в 1,3 и 1,6 раза по сравнению с данными I группы ( $P < 0,01$ ). Значение ИЛ-4 снизилось в 1,4 и в 1,8 раза по сравнению с данными I группы ( $P < 0,01$ ). Показатели ИЛ-8 снизились в 1,2 и в 1,6 раза по сравнению с данными I группы ( $P < 0,01$ ). Динамика уровня TNF $\alpha$  показала достоверное снижение показателей по сравнению с данными I группы ( $P < 0,01$ ). Значение IFN $\gamma$  достоверно повысилось в 1,4 и 1,5 раза по сравнению с данными I группы ( $P < 0,01$ ).

Катамнестические исследования показали, что после традиционной терапии, у перенесших ВП детей, в течение года наблюдались повторные случаи ОРИ с их осложнениями, рецидивирующий бронхит и пневмонии. У детей II группы частота

повторных ОРИ и их осложнения снизились в 2,2 раза, частота рецидивирующего бронхита и пневмонии уменьшилась в 1,7 раза.

**Заключение.** У детей с внебольничной пневмонией затяжного течения в схеме терапии целесообразно использовать защищенные цефалоспорины III поколения в сочетании с иммуномодулирующими препаратами. Обоснованное рациональное использование антибиотиков предупреждает развитие резистентности и осложнений, способствует уменьшению продолжительности заболевания.

## **ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПИРОМЕТРИИ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ**

**Узакова Ш.Б., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Атажанов Х.П.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии**

**Целью** нашего исследования явилось – изучить показатели функции внешнего дыхания у детей с муковисцидозом.

**Материалы методы.** В настоящей работе представлены данные обследования 42 детей старше 6 лет находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. В соответствии с циркадными колебаниями бронхиальной реактивности исследование проводилось 42 детям в одинаковое время – в 11.00. Детям, поступившим до 11 часов, спирография проводилась в тот же день, при условии отмены бронхолитиков:  $\beta$ -агонисты короткого действия отменены за 6 часов до исследования,  $\beta$ -агонисты длительного действия за 12 часов. Регистрация легочных объемов проводилась на оборудовании SHILLER. В качестве группы сравнения обследованы 35 детей с рекуррентным течением обструктивного бронхита.

**Результаты.** При анализе спирометрических данных у больных с МВ независимо от возраста выявлены различные нарушения ФВД. У больных с МВ выявлены нарушения ФВД по рестриктивному типу – у 10 (22,73%) детей, по обструктивному типу – у 7 (15,91%) детей и комбинированный тип у 25 (56,82%) детей школьного возраста.

У детей с МВ, выявленный комбинированный тип нарушений ФВД характеризовался преобладанием рестрикции, подтверждением чему является снижение жизненной емкости легких (ЖЕЛ) и параллельное снижение ОФВ<sub>1</sub>, что свидетельствует о снижении растяжимости легких и развитии фиброза. У большинства детей определялось снижение и ЖЕЛ и индекс Тиффно, что говорит о нарушении бронхиальной проходимости. Чаще всего это происходит за счет воспалительных изменений в бронхах и легких. При МВ чаще встречается комбинированный тип нарушения вентиляции легких.

Результаты исследований ФВД у обследованных больных позволили установить нарушения различной степени выраженности. У больных МВ в фазе обострения заболевания выявлены следующие отклонения: достоверное снижение уровня ОФВ<sub>1</sub> в 1,63 раз, по отношению к контрольной группе ( $54,03 \pm 0,9$  % при  $88,62 \pm 1,7$  % у детей контрольной группы, и в 1,1 раз по отношению к группе сравнения (при  $60,88 \pm 0,86$  % у детей с ОБРТ). В свою очередь у детей с ОБРТ отмечается достоверное снижение уровня ОФВ<sub>1</sub> в 1,47 раз, по отношению к контрольной группе. При изучении уровня ЖЕЛ было выявлено его достоверное снижение в 1,2 раза у детей с МВ по отношению к контрольной группе ( $69,52 \pm 1,05$  % при  $83,05 \pm 2,0$  % у детей контрольной группы) и в 1,1 раз по отношению к группе сравнения (при  $63,59 \pm 1,01$  % у детей с ОБРТ). В свою очередь у детей с ОБРТ отмечается достоверное снижение относительного числа ЖЕЛ в 1,3 раз, по отношению к контрольной группе. Уровень индекса Тиффно, у детей с МВ оказался также сниженным в 1,45 раз по сравнению с показателями практически здоровых детей. Отмечалось достоверное снижение индекса Тиффно у детей с МВ

( $55,04 \pm 1,03\%$  при  $80,29 \pm 2,1\%$  у детей контрольной группы), и недостоверное снижен в 1,1 раз по отношению к группе сравнения ( $59,66 \pm 1,12\%$ ). У больных ОБРТ также отмечалось достоверное снижение в 1,35 раз относительного числа индекса Тиффно по сравнению с практически здоровыми детьми.

**Заключение.** Таким образом, при спирометрических исследованиях у детей с МВ наблюдается снижение как объёмных (обструкция), так и скоростных (рестрикция) показателей. По мере прогрессирования хронического бронхолегочного процесса отмечается снижение объема форсированного выдоха (ОФВ 1) и ЖЕЛ.

## **СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С АТИПИЧНОЙ ЦЕЛИАКИЕЙ.**

**Умарназарова З.Е., Нуритдинова Л. Ф., Азизова Г.К.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии. Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Актуальность.** Современной особенностью клинической картины целиакии является преобладание малосимптомных атипичных форм. Атипичная целиакия чаще манифестирует в младшем школьном и подростковом возрасте с минимальными и неспецифичными гастроинтестинальными проявлениями, субклиническими дефицитными синдромами и внекишечными проявлениями (П.В. Шумилов и соавт. 2016, Камилова А.Т. 2013 и соавт.).

**Цель исследования.** Изучение гепатобилиарной системы и состояния кровотока в системе воротной вены у детей с атипичной целиакией.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 400 историй болезни пациентов с впервые выявленной целиакией, госпитализированных в отделение гастроэнтерологии РСНПМЦ Педиатрии за период с 2018 по 2021 гг. в возрасте от 1,5 до 17 лет (средний возраст составил  $6,6 \pm 0,27$  лет). Из них у 64 (16,0 %) выявлена атипичная форма заболевания, типичная форма диагностирована у 336 (84,0%). В группе пациентов с атипичной целиакией мальчиков было 24 (37,5%), девочек – 40 (62,5%). Для подтверждения диагноза целиакия использовались следующие специфические лабораторные исследования: первым этапом было определение антител к тканевой трансглутаминазе IgA и общего IgA. При повышении значений антител к тканевой трансглутаминазе IgA выше 100Е/мл, диагноз устанавливался сразу на основании новых критериев ESPGHAN (2012).

**Результаты исследования.** Обращает внимание преимущественное повышение АСТ, которое мы наблюдали у 29 (45,3%) пациентов, повышение АЛТ встречалось 2,2 раза реже в 13 (20,3%) случаев. Повышение общего билирубина нами зарегистрировано у каждого четвертого пациента в основном за счет его прямой фракции 23 (35,9%), что является косвенным признаком холестаза.

Для оценки состояния печени у детей с атипичной формой целиакии нами также изучено содержание фибриногена в сыворотке крови, установлено снижение данного показателя у 14 (21,9%). Удлинение времени рекальцификации зарегистрировано у 25 (39,0%) больных с атипичной формой целиакии, у 6 (9,3%) выявлена тромбоцитопатия.

Увеличение печени при ультразвуковом исследовании более чем на 3 см выявлено у 14 (21,9%), что возможно связано с длительностью и поздним выявлением целиакии из-за атипичного течения заболевания. Наиболее частой ультразвуковой находкой со стороны печени явились изменения, характерные для стеатоза. Повышение эхогенности печени (диффузное

повышение эхогенности, «зернистость» паренхимы) встречалось у 13(20,3%) и умеренное повышение у 45 (70,3%) детей с целиакией. Жировой гепатоз нами зарегистрирован у 14(21,9%) детей с целиакией. Стеатоз, по данным разных авторов, развивается в 24–59% случаев, часто находясь в ассоциации с нарушениями со стороны нутритивного статуса, дефицитом эссенциальных жирных кислот, карнитина и холина (Chen A.H. и соавт. 2015). Отмечались изменения сосудистой архитектоники в виде расширения, нечеткости сосудистого рисунка у 19(29,7%) больных. Уплотнение внутрипеченочных протоков зарегистрировано всего лишь - 6(9,3%) пациентов. У большинства детей были отмечены изменения со стороны желчного пузыря. Самой частой патологией желчевыводящей системы у детей с целиакией являлась аномалия развития желчного пузыря, что зарегистрировано у 20(31,3%) и дискинетические расстройства, которые носили гипомоторный характер. Деформация желчного пузыря наблюдалась у каждого третьего пациента с целиакией - 20 (31,3%) и у каждого четвертого установлен билиарный сладж. При доплерографическом исследовании состояния кровотока в системе воротной вены у детей с диффузным повышением эхогенности печени установлено расширение диаметра воротной вены в среднем  $6,1 \pm 0,02$  мм. В этой группе детей отмечалось уменьшение скорости линейного кровотока на 17,6 см/сек. У детей с умеренным повышением эхогенности печени диаметр воротной вены в среднем составил  $4,6 \pm 0,03$  мм. При оценке постпрандиальной реакции кровотока по воротной вене у детей с признаками диффузного повышения эхогенности печени выявлено отсутствие прироста скорости линейного кровотока и скорости объемного кровотока менее чем на 30,2 %. В группе детей с умеренным повышением эхогенности прирост скорости линейного и объемного кровотока был 44,7%.

**Заключение.** Таким образом, симптомы поражения гепатобилиарной системы, чаще проявлялись в виде увеличения, повышения эхогенности печени, стеатоза и повышение печеночных ферментов за счет нарушения структурной целостности гепатоцитов. Состояние кровотока в системе воротной вены зависит от выраженности повышения эхогенности печени.

## **МУКОВИСЦИДОЗНИНГ АРАЛАШ ШАКЛИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ГЕПАТОБИЛИАР ТИЗИМДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИ ЛАБОРАТОР ВА ИНСТРУМЕНТАЛ ХУСУСИЯТЛАРИ.**

**Умарназарова З.Е., Умарова М.Д., Шакирова Р.А.**

**Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази**

**Долзарблиги.** Турли муаллифларнинг маълумотларига кўра муковисцидозда гепатобилиар тизимдаги ўзгаришлар 20%дан 80%гача учрайди. [Colombo C. liver disease in cystic fibrosis. 2017]. Муковисцидозда ўлим сабаби бўйича гепатобилиар тизимнинг асоратлари ўпка асоратларидан сунг 2-ўринда туради. [Efrati O. Barak A. liver cirrhosis in cystic fibrosis. 2003]. Шунинг учун Муковисцидоз касаллигида жигар зарарланишини эрта ташхислаш ва ўз вақтида даволаш ўта долзарб хисобланади.

**Тадқиқот мақсади:** муковисцидознинг аралаш шакли бўлган болаларда касалликнинг ешига кўра гепатобилиар тизимда юзага келадиган ўзгаришларни клиник-лаборатор хусусиятларини ўрганиш.

**Тадқиқот материаллари ва услублари** 2020 – 2021 йиллар давомида “РИПИАТМ” Гастроэнтерология булимида Муковисцидоз аралаш шакли ташхиси билан даволанган 40 нафар бола кўрикдан ўтказилди. Бир ешгача бўлган беморлар сони 18 ва 1 ешдан катта бўлганлар сони 22 нафарни ташкил қилди. Гепатобилиар тизимдаги ўзгаришларни аниқлаш учун анамнестик маълумотлар, клиник, лаборатор-инструментал текширув натижалари хисобга олинган. Касалликни

ташхислашда Муковисцидозга хос бўлган клиник белгилардан ташқари тердаги хлоридлар синамасига асосландик.

**Тадқиқот натижалари** Ташхис қўйиш учун кузатилган болаларни 57.5% ни ўғил болалар ва 42,5% киз болалар ва ушбу болалар орасида клиник ташхис қўйиш ўртача ёши  $2,8 \pm 0,3$  ёшни ташкил этади. Беморларни 16(40%) оғир ва 24 (60%) ўрта оғир ҳолатда шифохонага етказилди.

1 ёшгача бўлган беморларда ўта оғир оксил энергетик етишмовчилиги (-4СЧ) 4(22,2 %), 1 ёшдан катта беморларда эса ушбу кўрсаткич 1,2 марта кам учради 4(18,2%). Оғир оксил энергетик етишмовчилиги (-3СЧ) э ҳар иккала гуруҳда бир хил кузатилиб, улар ўртасида ишончли фарқ аниқланмади. Вазн/бўй индекси 100% беморларда кузатилди. Муковисцидозда оғир оксил-энергетик етишмовчилигини асосий сабаби ошқозон ости безининг экзокрин етишмовчилиги ҳисобланади, бу ҳолат эса, ўз навбатида еғ, оксил, крахмалларни ўзлаштириш ҳолатини бузилишига ва керакли озуқаларни ахлат билан йўқатилишига олиб келади. Ўтиборни жалб қилувчи кўрсаткич АСТ ни кўпайиши бўлиб, 1 ёшгача бўлган беморларда 5(27,7%), 1 ёшдан катта беморларда эса, 12(54,5%) учради. АЛТ ни ошиб кетиши эса, ушбу беморларда АСТ миқдориغا нисбатан 2,0 марта камроқ аниқланди. Умумий билирубин миқдори ҳар иккала гуруҳда деярли бир хил кўрсаткични ташкил қилиб, улар ўртасида ишончли фарқ кузатилмади 5(27,7%) ва 7(31,8%). Қон зардобидаги фибриноген миқдорини аниқлаш жигар ҳолатини баҳолашни асосий факторларидан ҳисобланиб, 1 ёшгача бўлган беморларда ушбу кўрсаткични камайиши 3(16,6%) ва 1 ёшдан катта болаларда 6(27,3%) да кузатилди. Рекальцификация вақтини узайиши 1 ёшгача бўлган беморларда 5(27,7%) ва 1 ёшдан катталарда эса 7(31,8%) болаларда кузатилди. Тромбоцитопатия 3(16,7%) 1 ёшгача ва 5(22,7%) 1 ёшдан катта болаларда кузатилди. УТТ натижасига кўра жигарни 3 см дан кўпроқ катталашуви 1 ёшгача бўлган беморларни 6(33,3%) ва 1 ёшдан катталарда эса, 10(45,5%) да учради, бундай ҳолатни касалликни давомийлиги билан боғлаш мумкин. Жигар эхогенлигини 1 ёшгача бўлган гуруҳда 18 та бемордан 12 тасида ошган яъни 66,6%да. Шулардан 3(25,0%) да диффуз ўзгаришлар ва 9(75,0%) да ўрта меъёردаги эхогенликни ошиши кузатилган, 1-3 ёшгача бўлган гуруҳдаги беморлар орасида 22 та бемордан 18(81,8%) тасида жигар эхогенлигини ошганлиги аниқланган. Жигар паренхимаси эхогенлигини диффуз ўзгариши ушбу гуруҳда, биринчи гуруҳга нисбатан 1,8 марта кўпроқ учраган 8(44,4%) ва 3(25,0%) мосликда.

Стеатоз ҳар хил муаллифларни тахлиliga кўра 23–67% гача аниқланган, (Alessio Fasano 2007). Стеатоз 1 ёшгача бўлган беморлар гуруҳида 10(55,6%) ва 1-3 ёшгача бўлган беморлар гуруҳида 17(77,3%) да аниқланди, ушбу ҳолатни касалликни давомийлиги билан асослаш мумкин. Шунинг таъкидлаб ўтишни лозим топдик, оғир оксил-энергетик етишмовчилиги бўлган барча 100% беморларда стеатоз аниқланган. Жигар томири расмини хиралиги иккинчи гуруҳ беморларда биринчи гуруҳга нисбатан 1,8 марта кўпроқ учради 11(50,5%) ва 5(27,5%) мосликда. Жигар ичи йўллари каттиклашиши 1 ёшгача бўлган болаларда 5(27,8%), 1 ёшдан катталарда 1,3 марта кўпроқ кузатилди 5(27,8%) ва 8(36,4%). Муковисцидозни аралаш турида энг кўп учрайдиган ҳолат ўт пуфаги аномалияси кузатилди, ушбу ҳолат 15 (37,5 %) болаларда учради, дискинетик ўзгаришлардан гипомотор тури ҳар бештадан биттасида кузатилди 8(20,0%), чўкма (сладжа) ва ўт пуфаги деворини қалинлашиши 8(20,0%), ва 10(25,0 %) беморларда аниқланди. Жигар эхогенлиги диффуз ошган беморларни Дарвоза вена тизимида қон оқиш доплерографик ўрганиш натижасида, Дарвоза вена диаметрини кенгайганлиги аниқланди ўртача  $6,1 \pm 0,02$  мм. тенг бўлди. Ушбу болаларда чизикли қон оқиш тезлиги эса 17,6 см/сек камайди. Жигар эхогенлиги ўртача ошган беморларда Дарвоза вена диаметри ўртача  $4,6 \pm 0,03$  мм. тенг бўлди. Жигар эхогенлиги диффуз ошган беморларни Дарвоза венасида қон оқишни постпрандиал реакцияси шунинг кўсатди, тизимли қон оқишни ўсишини йўқлиги ва қон оқиш ҳажмини 30% камлиги аниқланди. Жигар эхогенлиги ўртача ошган беморларда қон оқишни ўсиши ва ҳажми 45% ташкил қилди.

**Хулосалар.** Тақдим этилаётган клиник кузатув маълумотлари муковисцидозда гепатобилиар тизимдаги ўзгаришлар ва касалликнинг кечиши орасидаги боғлиқлик борасида фикр юритишга имкон беради. Касаллик белгиларининг вақтли бошланиши гепатобилиар тизимдаги ўзгаришларнинг яққол намоён бўлишига ва касалликнинг оғир кечувига олиб келади. Касалликни эрта ташхислаш ва рационал даволаш беморнинг ҳаёт сифатини яхшиланишига олиб келади, кеч ташхис қўйиш эса, оғир асоратлар ривожланиш хавфини оширади.

## **АТИПИЧНАЯ ЦЕЛИАКИЯ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ**

**Умарназарова З.Е., Шодиева С.И., Азизова Г.К.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии**

**Введение.** В настоящее время установлено, что соотношение между диагностированными и не диагностированными случаями целиакии составляет от 1:5 до 1:13. Несвоевременная постановка диагноза целиакии значительно увеличивает риск бесплодия, остеопороза, лимфомы кишечника. (И.Н. Захарова и соавт. 2007, П.В. Шумилов и соавт. 2016).

**Цель:** изучение клинико-лабораторных особенностей атипичной целиакии.

**Материалы и методы исследования.** За период с 2018 по 2021 гг. Проведен ретроспективный анализ 400 истории болезни в возрасте от 1,5 года до 17 лет, средний возраст составил  $6,6 \pm 0,27$  лет, впервые диагностированных и госпитализированных детей в отделении гастроэнтерологии РСНПМЦ Педиатрии с диагнозом целиакия из них у 64 (16,0 %) выявлено атипичная форма заболевания, типичная форма диагностировано у 336(84,0%). Для подтверждения диагноза целиакия использовались следующие специфические лабораторные исследования: первым этапом было определение антител к тканевой трансаминазе IgA и общего IgA. При повышении значений антител к тканевой трансаминазе IgA выше 100Е/мл, диагноз устанавливался сразу на основании новых критериев ESPGHAN (2012). Мальчиков было 24 (37,5%), девочек – 40 (62,5%).

**Результаты исследование.** Средний возраста типичной формы целиакии составил  $6,6 \pm 0,27$  лет. Тяжелая и среднетяжелая форма течения заболевания наблюдалась у 28(43,7) и 36(56,3%) соответственно. У 4(6,3%) детей диагноз целиакия было установлено после 12 лет от начало заболевания из-за атипичного течения, из них у одного ребенка была эпилепсия, у второго упорный запор и низкорослость, у двоих детей наблюдалась резистентная к терапии анемия полидефицитного характера и герпетиформный дерматит с отставанием в половом развитии (в 17 лет отсутствие менструации и вторичных половых признаков). У них развивались тяжелые вторичные метаболические нарушения, которые выходили на первый план, маскируя симптомы основного заболевания. Чаще всего они выражались внекишечными проявлениями такими как, нарушениями фосфорно-кальциевого обмена с развитием тяжелого рахитоподобного синдрома деформацией костей, болями в ногах 16(25%) низкорослостью - 2СО 25(39,0%), -3СО-17(26%), -4СО-2(3,1%) и анемией. Анемия наблюдалась у 56(87,5%) детей, из них у 35(62,5%) установлено полидефицитная и у 29(51,8%) железодефицитного характера анемия. У каждого пятого ребенка 13(20,0%) установленотяжелая форма белково-энергетической недостаточности детей. Отставание в половом развитии нами выявлено у 12(18,8%) больных детей с атипичной формой целиакии. Самым частым признаком атипичной формы целиакии был хронический запор, который наблюдался у 25(39,0%)детей. Нарушения питания при объективном обследовании детей проявлялись в виде полигиповитаминоза в основном такими трофическими расстройствами, как сухость кожи, снижение эластичности и тургора кожных покровов 13(20,3%) истончение, выпадение и тусклость волос 25(39,0%) афтозный стоматит 14(21,9%). У 5(7,8%) детей нами зарегистрированы приступы эпилепсии, которые исчезли после строгой аглутеновой диеты.

Неврологическая симптоматика (агрессивность, беспокойный сон, раздражительность, повторяющиеся мышечные судороги установлено у 39(60,9%) детей.

Обращает внимание преимущественное повышение АСТ, которое мы наблюдали у 28 (43,7%) пациентов, повышение АЛТ встречалось 1,6 раза реже в 18(28,1%)случаев. Нарушение структурной целостности гепатоцитов приводит развитию нарушений метаболизма, и дезактивации продуктов обмена печени, часто сопровождающееся нарушением синтеза белков и гипокоагуляцией. Повышение общего билирубина нами зарегистрировано у каждого четвертого пациента в основном за счет его прямой фракции 16 (25,0%). что является косвенным показателем холестаза, особенно конъюгированной фракции билирубина. Содержание фибриногена в сыворотке крови, установлено снижение данного показателя у 14(21,8%). Удлинение времени рекальцификации зарегистрировано у 25(39,0%) больных с целиакией, у 6(9,3%) выявлена тромбоцитопатия. У всех обследованных нами детей с атипичной формой целиакии наблюдался снижение количества общего белка, выраженное снижение нами прослежено у детей с поздней первичной диагностикой. Нами прослежено снижение гидролиза углеводов в результате повреждения ферментов углеводного обмена: В-глюкозидаз (лактазы). Анализ полученных гликемических кривых выявил зависимость снижения всасывательной функции тонкой кишки от тяжести течения ( $P<0,01$ ).

Небольшой прирост гликемии после нагрузки глюкозой, являющийся показателем степени всасывания в тонкой кишке, установлен у всех больных с атипичной формой целиакии  $0,98\pm0,16$  (норма  $1,7\pm0,1$ ).

**Выводы.** Наши наблюдения и данные литературы позволяют говорить о сложности патогенеза целиакии и неоднозначности клинических симптомов комплексов при атипичной форме целиакии, что значительно затрудняет своевременную диагностику. Поздняя диагностика целиакии, отсутствие адекватной своевременной диетотерапии значительно увеличивают риск формирования серьезных осложнений и существенно ухудшают прогноз и качество жизни больных детей.

## **ИММУННЫЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ**

**Умарова Л.Н., Салихова К.Ш., Ишниязова Н.Д, Абдурахманова Ф.Р.**

**Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр педиатрии**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Цель:** изучение иммунного статуса детей с задержкой внутриутробного развития.

**Методы и материалы.** Исследование основано на иммунологическом исследовании 276 новорожденных из них: 236 с задержкой внутриутробного развития, которая была разделена на 2 группы: 1 группа - 146 доношенные дети и 2 группа - 90 недоношенные дети с ЗВУР, а также 40 практически здоровых детей (контроль), отобранных по принципу «случай–контроль» в неонатальном периоде.

**Результаты и их обсуждение.** Иммунная система ребенка формируется внутриутробно, а врожденный иммунитет обеспечивается факторами естественной резистентности. Дисбаланс показателей иммунитета у детей имеющих низкую массу тела к сроку гестации, вызывается непосредственным действием низкого гестационного возраста на формирования и иммунной системы, связи с «поздним» стартом. На современном этапе недостаточно изучено функциональное состояние иммунитета данной категории детей в зависимости от срока гестации и степени задержки развития. При изучении этой проблемы мы поставили задачу выявления закономерностей развития иммунитета и выработки

к их лечению в плане повышения эффективности профилактических мероприятий. По результатам частотного анализа у недоношенных детей с ЗВУР при рождении выявлено снижение как Т-лимфоцитов (59%) так и В-лимфоцитов (93%) на уровне второй степени. Количество СД4 было снижено в пределах первой степени у 95% обследуемых, что является транзиторным состоянием у данной категории детей. Уровень СД8 второй степени и СД16 третьей степени были достоверно понижены у 49% и 89% детей основной группы соответственно. Следует отметить, что фагоцитарная активность нейтрофилов была низкой в пределах второй степени иммунной недостаточности у недоношенных маловесных детей с ЗВУР при рождении (100%). При исследовании иммуноглобулинов выявлено достоверное снижение IgG в пределах второй степени у 31% детей основной группы. Отмечался транзиторный дефицит иммуноглобулинов А и М в обеих основных группах детей с ЗВУР при рождении.

У детей с ЗВУР при рождении в первой половине жизни дополнительную информацию дает выстраивание рейтинга изменений параметров из расчета коэффициента диагностической ценности, на основании которого определена формула расстройств иммунной системы (ФРИС) позволяющая выявить ключевые показатели гипо- и гиперфункции иммунной системы по звеньям иммунитета у доношенных детей с ЗВУР:  $Вл^2-ФАН^2-Тл^2-IgG^2-CD8^2+Лимф^2-CD16^2+Лимф^2-Лейк^2+СД4^1-IgM^1-IgA^1-$ .

у недоношенных детей с ЗВУР:  $Вл^3-ФАН^2-Тл^3-IgG^2-CD8^2+Лимф^2-CD16^2+Лимф^3-Лейк^3+СД4^1-IgM^1-IgA^2-$ . Ведущими параметрами, составляющими исходную формулу расстройств иммунной системы в группе маловесных детей с ЗВУР соответствующий сроку гестации, оказались  $Вл^2-ФАН^2-Тл^2$ -характеризующие наличие у больных с данным состоянием дисбаланса иммунной системы в виде уменьшения количества В-лимфоцитов 2 степени, ФАН 2 степени и недостаточности Т-лимфоцитов на уровне 2-й степени. В группе недоношенных детей с ЗВУР  $Вл^3-ФАН^2-Тл^3-Лейк^2-IgA^2$  была выявлена гипофункция показателей гуморального показателя В-лимфоцитов и Т-лимфоцитов-3 степени, показателей лейкоцитов, фагоцитарной активности лейкоцитов, а также иммуноглобулинов А – 2 степени по итогам частотного анализа.

**Вывод.** Обследование детей с ЗВУР выявило серьезные нарушения иммунного статуса, выражающиеся в дефиците или гиперфункции Т-клеточной системы, фагоцитоза и диссиммуноглобулинемии.

## РОЛЬ ЦИТОКИНОВ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Файзиева У.Р., Нормуродов Д.Х.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

**Введение.** Внебольничная пневмония продолжает занимать лидирующее положение среди болезней органов дыхания в связи с высоким уровнем заболеваемости и смертности, как среди пожилых людей, так и среди лиц молодого возраста. Изучение роли провоспалительных цитокинов в иммунном и воспалительном ответе представляет собой важное направление современной иммунологии. Взаимодействия между различными типами клеток обеспечивают стабильность тканей организма в норме и определяют исход патологических процессов. Важную роль в поддержании нормального тканевого гомеостаза и при воспалении играют цитокины. Несмотря на большое количество исследований роли цитокинов при воспалительных процессах в легких, в литературе мало сообщений, касающихся изучения продукции цитокинов при заболеваниях пневмонии у детей. Для того чтобы, выявить зависимость локальной продукции цитокинов от активности и тяжести заболевания, в данной работе проводили измерение цитокинов в сыворотке периферической крови у больных

детей с внебольничной пневмонией. Недостаток цитокинов может отражать иммунодефицитное состояние, а избыток — гиперактивацию иммунного ответа, также потенциально опасную для легких.

**Цель исследования** – изучить роль цитокинов при внебольничной пневмонии у детей.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось в областном детском многопрофильном медицинском центре г. Термеза с декабря 2020 года по апрель месяцев 2021 г в отделение пульмонологии. В основу исследования положены данные обследования 35 детей больных с пневмонией, возраст детей составляло от 1 года до 3-х лет. Контрольная группа составили практически здоровые дети, в количестве – 25 детей.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Иммунологическое исследование проводилось в лаборатории Научно-диагностическом центре при институте Иммунологии и геномика человека АН РУЗ. Исследовали содержание интерлейкин -1 (ИЛ-1), интерлейкин - 4 (ИЛ-4), интерфероновой статус: -интерферон-альфа, Интерферон-гамма - $\beta$ , интерферон-гамма в сыворотке крови больных детей определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Принцип работы набора «ИФА-4IL» основана «сэндвич» - варианте твердофазного иммуноферментного анализа.

Полученные результаты свидетельствуют о дисбалансе в продукции цитокинов при внебольничной пневмонии у детей. Повышенный уровень - цитокины (РАИЛ- IL - 1) и интерферон-гамма  $\gamma$  в сыворотке крови позволяет считать их маркерами воспаления. У больных детей с острой пневмонией, независимо от формы заболевания, в периоде начальных проявлений отмечалось снижение содержания интерферон-гамма - $\beta$  в сыворотки крови ( $P < 0,001$ ) при очаговой форме болезни по сравнению с контролем. Статистическую обработку результатов исследование выполняли при помощи пакета программ statistica 10,0. Данные представлены в виде средних арифметических значений с ошибкой среднего. Разницу значений считали значимой при  $p < 0,05$ .

В заключение можно сказать что, дисбаланс любого из цитокинов может свидетельствовать о недостаточно сильной или об избыточно сильной реакции иммунной системы, в обоих случаях можно ожидать менее благоприятных исходов пневмонии. Изучение роли провоспалительных и противовоспалительных цитокинов при внебольничной пневмонии у детей позволяет взглянуть на протекающие патологические процессы уже не на тканевом, а на клеточном и в молекулярном уровнях.

## **ВИТАМИН D (АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛ) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

**Хаитов К.Н., Абидов Х.А.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Цель исследования:** изучить эффективность витамина D в комплексном лечении детей с атопическим дерматитом (АтД).

**Материалы и методы.** Было исследовано 62 детей с АтД в возрасте от 3 до 15 лет, из них 29 (46,8%) мальчиков и 33 (53,2%) девочек. Исследование было проведено на базе дерматологического отделения клиники Ташкентского педиатрического медицинского института. При проведении объективной оценки тяжести состояния больных по индексу SCORAD нами установлено, что 21 больных были легкой степени, 22 больных – среднетяжелой и 19 – тяжелой степени тяжести.

Для выполнения поставленных перед нами целей мы разделили наших больных на 2 группы: Контрольная группа (КГ) ( $n=25$ ) - больные АтД с уровнем  $25(\text{ОН})\text{D} < 30 \text{ нг/мл}$ , которым проводилась традиционная терапия (левоцетиризин по 5 мг в сутки, наружно

мометазона фураат 1мг (глюкокортикостероид в виде лосьона, крема или мази) 2 раза в день тонким слоем, церамид - содержащий эмолиент, Тиосульфат натрия 30%-10 мл в/в медленно №10 ежедневно, энтеросорбент, содержащий 355 мг гидролизованного лигнина и 120 мг лактулозы); Основная группа (ОГ) (n=37) – больные АтД с уровнем 25(ОН)D<30нг/мл, которым проводилась комплексная терапия с использованием традиционных методов лечения и альфакальцидола по 0,5 мкг 2 раза в сутки. Курс лечения в группах проводился в течение 30 дней. Оценка эффективности лечения производилась на основании регистрации индекса SCORAD.

**Результаты исследования.** В результате проводимой терапии клиническая эффективность была достигнута в обеих группах больных. Однако, была определена достоверная разница в динамике индекса SCORAD. Достоверное уменьшение клинических симптомов АтД было установлено уже через неделю проводимой терапии в КГ на 41,0%, в ОГ – на 35,3%, через 2 недели в КГ – на 59,1%, в ОГ – на 72,3%. Через три недели было установлено, что в КГ наблюдалась наименьшая динамика средних значений индекса SCORAD – на 65,4%, по сравнению с показателями в ОГ – на 82,5% ( $p \leq 0,05$ ). К окончанию курса лечения средние значения индекса SCORAD в КГ составили  $16,6 \pm 1,5$  баллов (снижение на 69,2%), в ОГ –  $5,5 \pm 0,2$  баллов (снижение на 89,3%).

**Вывод.** Использование витамина D (альфакальцидол) в комплексном лечении детей с атопическим дерматитом является эффективным методом лечения, оказывающий положительный клинический эффект.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИОКСИДОНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

**Хаитов К.Н., Абидов Х.А.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Цель исследования:** изучить эффективность полиоксидония в комплексном лечении детей с атопическим дерматитом (АтД).

**Материалы и методы.** Было исследовано 51 детей с АтД в возрасте от 7 до 15 лет, из них 25 (49%) мальчиков и 26 (51%) девочек. Исследование было проведено на базе дерматологического отделения клиники Ташкентского педиатрического медицинского института. При проведении объективной оценки тяжести состояния больных по индексу SCORAD нами установлено, что 18 больных были легкой степени, 17 больных – среднетяжелой и 16 – тяжелой степени тяжести.

При лечении осложненных вторичной инфекцией форм АтД у детей применяли комплекс с парентеральным введением антибиотиков, антигистаминных препаратов, системных глюкокортикостероидов (ГКС), применяемых с целью купирования обострения (контрольная группа – 22 детей), а также 29 ребенка (основная группа), помимо комплекса терапии получала препарат полиоксидоний. Дозу полиоксидония выбирали из расчета 70–150 мг/кг, в зависимости от тяжести процесса, препарат вводили в/м или в/в, через 1–2 дня общим курсом 5–7 инъекций или в форме суппозитория (6 мг) первые 3 дня, а затем – с интервалом 48 часов, курс № 10–15. Эффективность лечения проводили по больным по индексу SCORAD и иммунологическим показателям.

**Результаты исследования.** Результаты исследования показали, что после лечения у больных получавших полиоксидоний произошло достоверное увеличение общего содержания лимфоцитов на 42% (с  $1755,4 \pm 48,3$  до  $2492,66 \pm 51,8$  тыс. в мм<sup>2</sup>), увеличение Т-лимфоцитов (CD8+) на 23% (с  $21,9 \pm 1,8$  до  $26,9 \pm 1,9$ ), увеличение иммуноглобулина G на 42% (с  $4,6 \pm 0,3$  до  $6,5 \pm 0,2$  г/л), увеличение иммуноглобулина M на 60% (с  $1,1 \pm 0,3$  до  $1,8 \pm 0,3$  г/л), увеличение иммуноглобулина A на 70% (с  $0,34 \pm 0,3$  до  $0,58 \pm 0,3$  г/л), уменьшение иммуноглобулина E на 10% (с 461 МЕ/л до 415 МЕ/л), снижение иммунорегуляторного индекса на 22% (с  $1,6 \pm 0,1$  до  $1,25 \pm 0,1$ ). У пациентов,

получавших лечение без полиоксидония существенных изменений в иммунологическом статусе, не выявлялось.

При анализе эффективности лечения по индексу SCORAD было выявлено достоверно лучшие результаты в группе больных получавших полиоксидоний. Так, в контрольной группе до лечения индекс SCORAD равнялся  $44.7 \pm 2.9$ , а после –  $22.8 \pm 3.4$ ; а в основной группе –  $43.9 \pm 3.1$  и  $16.2 \pm 2.4$  соответственно.

Таким образом, препарат полиоксидоний, являющийся синтетическим высокомолекулярным иммуномодулятором оказывает многогранное воздействие на иммунную систему, активизирует клеточный и гуморальный иммунитет и незначительно снижает аллергизацию.

**Вывод.** Использование полиоксидония в комплексном лечении детей с атопическим дерматитом является эффективным иммуномодулирующим средством, оказывающим активизирующее влияние на клеточный и гуморальный иммунитет и незначительно снижающий аллергизацию организма и тем самым оказывающий положительный клинический эффект.

## СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИДА ҲАРАКАТ ФАОЛЛИГИНИНГ ЎРНИ

Хасанова М.И., Эшдавлатов Б.М., Файзиева М.Ф.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

**Кириш.** Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар натижасида қатор ютуқлар кузатилмоқда, бу айниқса соғлиқни сақлашда бирламчи тиббий ёрдам тизимини такомиллашувига таълуқли. Ўзбекистон республикаси президентининг ПФ- 6099 30.10. 20 “Соғлом турмуш тарзини кенг тадбиқ этиш ва оммавий спортни янада ривожлантириш чоратадбирлари” фармони жисмоний тарбия, оммавий спорт билан мунтазам шуғулланиш ҳамда соғлом тарзи бўйича ҳаётий кўникмаларни шакллантириш орқали ҳар бир фуқарода касалликка қарши кучли иммун тизими пайдо бўлишини таъминлаш, зарарли одатлардан воз кечиш, тўғри овқатланиш таъминланишига амал қилишга қаратилган.

Бирламчи бўғинда шифокор вазифаларидан бири аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини тарғиб қилишдан иборат. Жисмоний зўриқиш саломатликни яхшилаётган бўлиб, лекин жисмоний фаолликни етишмаслиги саломатлик учун зарар ҳисобланади. Ўтган юз йилликларга нисбатан ҳозирда организмга нисбатан жисмоний юклама 100 маротаба камайган.

**Мақсад:** соғлом турмуш тарзи элементларидан бири бўлмиш ҳаракат фаоллигининг инсон саломатлигидаги ўрнини ўрганиш.

**Текширув услублари.** Адабиёт маълумотларидан, анкета сўров усулларида фойдаланилди. Олинган маълумотларни статистик ишлов бериш асосида таҳлил ўтказилди. 279-сонли умумтаълим мактаби 7 ва 10-11синф ўқувчилари ва Тошкент педиатрия тиббиёт институти 1 курс талабари жами 120 тани ташкил этди.

Жамиятнинг ривожланишини ҳозирги босқичида объектив сабаблар боис кўпчилик болаларда мушакларга бўлган юкламани камайиши кузатилмоқда: кўпчилик ота оналар ўз фарзандларини интеллектуал ривожланишига боланинг келгуси ҳаётида ҳаракат фаоллигини ўрнини ҳисобга олмаган ҳолда ҳаддан ташқари (компьютер ўйинлари, турли тўғарақларга бориш каби) эътиборни қаратишлари кўзга ташланмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан ўтказилган сўров натижаларига биноан 146 турли мамлакатларда 1,6 млн 11-17 ёшли орасида 80% кўп ўсмирлар жисмоний юкламани тавсия этилган «кунига 1 соатдан кам бўлмаган» даражасини бажармайдилар. Ўзбекистонда ўқувчилар касалликлар структурасида биринчи ўринда гиподинамия ва шунингдек суяк мускул тизими, қадди қомат бузилиши, миопия ва

бошқа касалликлар кузатилади. Масалан 1000 болага қадди қоматни бузилиши 195,6, сколоиз 85,2 ни ташкил қилади.

**Тадқиқот натижалари.** Мактаб ва талабалар ўртасида анкета сўров натижалари ижтимоий тармоқ ҳамма ёшдагилар учун асосий мулоқот усулига айланганини кўрсатди. 1 курс талабалари ижтимоий тармоқдан фойдаланиши 3 йилдан кўп, юқори синф ўқувчилари ва 7 синф ўқувчиларининг 50 фоизи ўртасида 1 йилни ташкил қилди. Интернетга боғлиқлик билан ҳаракатнинг чекланиши талабалар орасида-24%, юқори синф ўқувчилари-18% ва 7 синф ўқувчиларида 6% ни ташкил қилиши аниқланди. Лекин танани тонусда ушлаш учун эса 10 дақиқа жисмоний фаоллик, ҳар куни эрталабки жисмоний машқни бажариш етарли бўлиб, қайсики болаликдан бошлаш зарур ҳисобланади. Болалар орасида энг кам ҳаракат фаоллик спорт билан ёки жисмоний тарбияни бошқа турлари билан шуғулланмайдиганлар орасида кузатилади. Айниқса кескин(50%) ўқув жараёни бошланиши билан камаяди.

Хулоса қилиб айтганда жисмоний юklamани инсон организмга ижобий таъсири чексиз. Соғлом турмуш тарзи асосларини етказиш, замонавий талабларга жавоб берувчи шароитларни яратиш, кенг масштаби ишларни олиб борилиши ҳар бир фуқаро онгида соғлом турмуш тарзи фалсафасини шакллантиради.

## **ДЕМЕНЦИЯНИ ТАШҲИСЛАШ ВА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШҲИСЛАШ ҲАМДА ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ МАСАЛАЛАРИ**

**Хидоятова Д.Н., Усманова Д.Д., Жўраев Ш.Ж.**

**Тошкент Давлат стоматология институти**

**Тошкент педиатрия тиббиёт институти**

**Кириш.** Деменция - бу бош миянинг органик шикастланиши натижасида юзага келадиган ва хотира, нутқ, ориентация, мавҳум фикрлаш ва праксис каби когнитив бузилишлар билан тавсифланадиган патологик ҳолат ҳисобланади. Когнитив бузилишларнинг асосий сабаблари Алцгеймер касаллиги, цереброваскуляр касалликлар, дисметаболик жараёнлар, алкоголизм, мия шиши узоқ давом этишига олиб келувчи ҳолатлар, оғир бош мия жароҳатлари, марказий асаб тизимининг юқумли касалликлари, камроқ Паркинсон касаллиги ҳисобланади.

**Илмий ишнинг мақсади:** деменцияларнинг клиник кўринишини ўрганиш ҳамда когнитив ва руҳий бузилишларни тузатиш имкониятларини аниқлашдир.

Шуни инобатга олган ҳолда деменциянинг энг аҳамиятга молик турларидан ҳисобланган Альцгеймер касаллиги, қон томир деменцияси, пешона-чакка деменцияси, Леви таначали деменциялар ва аралаш деменцияларининг клиникасидаги ўзига хос хусусиятларини ўрганиш, когнитив бузилиш даражаларини махсус шкалалар орқали баҳолаш, уларни ташхислаш ва даволашдаги ўзаро ўхшаш ва фарқли жиҳатларни таққослаш илмий ишнинг асосий мақсади ҳисобланади.

**Натижа ва мулоҳазалар:** Биз ушбу татқиқотни давом эттирган ҳолда яна 20 та бемордан иборат гуруҳ ташкил этдик. Беморларимизнинг асосий қисмини Тошкент темир йўллари клиник шифохонаси ҳамда бошқа хусусий клиникаларда кўрикдан ўтказдик. Ушбу беморларнинг 3 нафари Алцгеймер касаллиги, 4 нафари Леви таначалари билан кечувчи деменция ва 13 нафари қон томир деменция ташхиси билан даволанишмоқда. Биз уларда КТ ва МРТ текширувларини ўтказдик ва бош миядаги ўзгаришларни солиштириб чиқдик. Натижалар куйидагича:

**Хулоса.** Органик ўзгаришларнинг намоён бўлиш даражаси юқоридаги касалликларда бир-биридан тубдан фарқ қилади ва ҳар бир касалликка ўзига хос ёндашишни талаб қилади.

# **ПРОВЕДЕНИЕ И ВНЕДРЕНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ В НАВОИЙСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Худайбердиев Ш.Г.**

**Навоийский областной детский многопрофильный медицинский центр**

**Введение.** На сегодняшний день эндоскопическая хирургия в детском контингенте развивается одновременно с аналогичной отраслью хирургии взрослых. Детские хирурги не только применяют уже существующие хирургические методы для взрослых в педиатрической практике, но также разрабатывают и внедряют свои специфические хирургические методы. Введены такие высокотехнологичные методы, как, лапароскопические операции при острой кишечной непроходимости, лапароскопическая аппендэктомия, лапароскопическая дезинвагинация кишечника, лапароскопическая дивертикулэктомия, развитие лапароскопической практики при первичном пельвиоперитоните в экстренной хирургии у детей. Данные методы являются примерами развития данного раздела медицины.

**Цель:** проведение и внедрение в детской практике высокотехнологических лапароскопических операций в Навоийской области.

**Материалы и методы.** На протяжении 2018 и 2020 годов в хирургическом отделении Навоийского областного детского многопрофильного медицинского центра проведены различные экстренные и плановые операции 123 детям. Возраст детей от 5 до 17 лет, (в среднем 8,3 года), из них девочек - 71 пациент, мальчиков - 52 пациента. В качестве предоперационного обследования им были проведены стандартные анализы и методы осмотра.

**Результаты исследования.** У 97 детей были проведены классические объёмные операции, такие как аппендэктомия - в 84 случаях, закрытая эхинококэктомия печени – в 3 случаях, Иванисевич и Мармар – в 10 случаях. Положительные результаты были получены у 92 детей. Симптомы частичной кишечной непроходимости наблюдались у 2 пациентов, вторичное заживление ран - у 3 пациентов. Пациенты были госпитализированы в срок от 5 до 12 дней, средний день госпитализации составлял - 6,8 дня. На раннем осмотре через месяц после операции у всех пациентов был сформирован послеоперационный косметический рубец от 5,0х0,5 см до 10,0х0,5 см (в среднем 8,0х0,5 см) по средней линии тела, правому боку или левой паховой области.

Высокотехнологические лапароскопические операции выполнены у 26 пациентов; в 2 случаях лапароскопическая холецистэктомия, в 10 случаях - лапароскопическая перевязка коронарных артерий и вен, в 14 случаях лапароскопическая аппендэктомия. У данных пациентов были получены хорошие результаты. В отличие от операций открытого типа, эта группа пациентов сохраняла активность с первых суток после операции. Пациенты были госпитализированы в сроки от 3 до 8 дней, средний день госпитализации составлял - 4,1 дня. Раннее обследование менее чем через месяц после операции не выявило послеоперационного рубца у большинства, т.е. 22 пациентов, а у 4 пациентов появился послеоперационный поверхностный косметический рубец, напоминающий царапину размером 0,5х0,2 см на средней линии или правом боку тела.

**Выводы.** Проведение высокотехнологических лапароскопических операций в регионах - один из главных показателей развития местных медицинских услуг, что является одним из актуальных требований правительства к медицине. Лапароскопические операции считаются минимально инвазивными операциями, и их выполнение приводит к лучшим результатам после хирургического вмешательства, более быстрой активности пациентов, сокращению количества койко-дней и минимализации внутренних и внешних послеоперационных рубцов.

## **ОПЕРАЦИИ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С ОЖОГАМИ В НАВОИЙСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Худайбердиев Ш.Г., Астанов А.И., Сайидов Э.И.**

**Навоийский областной детский многопрофильный медицинский центр**

**Введение.** Актуальными вопросами в практике лечения детей с ожогами по сей день являются длительность местных и общих сроков лечения ран, тактика при образовании пост ожоговых рубцов. Лишь в немногих медицинских центрах проводится метод аутодермопластики как способ лечения пост ожоговых рубцов, что указывает на определённую сложность данного метода.

**Цель:** проведение и внедрение операций аутодермопластики и некроэктомии у детей с ожогами в Навоийской области.

**Материалы.** В 2019-2020 гг. Навоийский областной детской многопрофильный медицинский центр обратились 163 ребёнка с ожогами. Из них 78 пациентов проходили стационарное лечение, в том числе 29 мальчиков и 49 девочек. При анализе структуры пролеченных пациентов 37 из них были в возрасте 1-5 лет, 29 - в возрасте 5-10 лет, 12 - в возрасте 10-18 лет. Средний возраст составил  $5,6 \pm 0,7$  лет. Двенадцать пациентов поступили в реанимацию в критическом состоянии. Из всех пациентов 62 обратились в первый день после травмы, на 7, 9 и 14-й день.

**Результаты.** Раны обрабатывали местно раствором Бетадина и мазью Левомеколь. Благодаря комплексному лечению антибактериальной, инфузионной, антиагрегантной, гормональной терапии, антиферментных, диуретических и коллоидных растворов у всех больных наблюдался положительный эффект. Стоит заметить, что при организации своевременной экстренной помощи можно достичь хороших результатов, так как лишь у 12% пациентов появились келоидные рубцы в этой области.

С 2019 года внедрен метод кожной пластики - аутодермопластика с использованием дерматома при некроэктомии. Операция аутодермопластика в плановом порядке после определенной подготовки была проведена у 14 детей с ожогами различной степени. В частности, аутодермопластика выполнена у 3 пациентов с диагнозами: термический ожог лба, правого верхнего уха, правого лица, шеи, передних поверхностей грудной клетки II-IIIАВ степени (ШВ-6%), на лбу, в правом ухе, правая часть лица и область шеи. Пациенту переместили 600-700 см дерматомы на глубину 0,3 мм. С передней поверхности области левого бедра. С помощью электродерматомы был получен аутоотрансплантат, который трансплантировали пациенту на лоб, выше правого уха, правую часть лица и область шеи. Послеоперационный период прошел гладко, больные на 8-10 сутки выписаны в удовлетворительном состоянии.

**Выводы.** Этапное проведение операций некроэктомии у детей с ожогами является подготовительным шагом к аутодермопластике, так как позволяет определить объём пластики. Проведение таких сложных операций как некроэктомия и аутодермопластика на местах является одним из ключевых показателей развития отрасли педиатрической хирургии.

## **ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕГИОНА ПРИАРАЛЬЯ**

**Худайназарова С.Р., Алиева Н.Р.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Введение.** Последствия кризиса Аральского моря для Центрально-Азиатских государств определены международными экспертами как глобальная экологическая катастрофа XXI века. Экология человека остро нуждается в критериях и методах

позволяющих оценить не отдаленный, а непосредственный эффект воздействия неблагоприятных условий среды на организм. Оценка уровня здоровья на современном этапе невозможна без учёта региональных особенностей, отражающих разнообразие этнического состава населения, особенностей уклада жизни, климатических условий. Физическое развитие и здоровье детей данного региона во многом влияет от экологического неблагополучия, так как взаимосвязь почвы воды и воздуха играет основную роль в жизни человека.

**Цель исследования:** изучение физического развития детей младшего школьного возраста, проживающих в регионе Приаралья (Хорезмская область – г. Ургенч и районы области).

**Материалы и методы исследования.** Нами были обследованы 240 детей в возрасте от 7-10 лет, проживающих в Хорезмской области. Отбор детей осуществлялся методом сплошной случайной бесповторной выборки.

**Результаты и их обсуждение.** При оценке физического развития детей в возрасте от 7-10 лет проживающих в регионе Приаралья, было выявлено различие в их физическом развитии. По нашим исследованиям во всех возрастных группах гармоничный тип физического развития выявлен в 56,7% случаев от всех обследованных детей, с достоверным преобладанием девочек (61,6% и 38,4% соответственно,  $p < 0,001$ ). Гармоничное развития 7-8 лет -17%, умеренно-дисгармоничное-71%, дисгармоничное-12%. 9-10 лет гармоничное развития-37%, умеренно-дисгармоничное-33%, дисгармоничное-30%. При анализе показателей физического развития и оценке физического развития выявлено следующее распределение темпов физического развития, 55% от всех обследованных детей составил стабильный темп физического развития, 27% случаев — отстающий темп физического развития, 18% — опережающий темп физического развития. В группе детей с гармоничным типом развития преобладал стабильный темп физического развития. Количество детей с опережающим темпом как среди мальчиков, так и среди девочек, увеличивалось от младшей к средней возрастной группе, а затем значительно снижалось в старшей возрастной группе. Отстающий и стабильный темп физического развития преобладал у мальчиков ( $p < 0,001$ ), а опережающий темп доминировал у девочек ( $p < 0,001$ ). В нашем исследовании городские дети со стабильным темпом физического развития составили -20,0%, отстающий темп физического развития не выявлено по половым различиям, опережающий темп физического развития -25%, а у сельских детей стабильный темп физического развития -33,0%, отстающий темп физического развития-22%, опережающий темп физического развития не выявлено.

**Выводы.** Физическое развитие — это динамичный процесс, характеризующий процессы роста и развития ребенка в настоящее время, которые рассматриваются как один из основных и информативных критериев здоровья детского населения. Эти показатели являются ведущим критерием состояния здоровья подрастающего поколения и требуют систематического наблюдения, в том числе в сфере социально-гигиенического мониторинга. Наличие у ребенка отклонений в физическом развитии и биологическом созревании является абсолютным показанием для постановки его на диспансерный учет.

## **ЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ВОЛОС У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕГИОНА ПРИАРАЛЬЯ**

**Худайназарова С.Р., Алиева Н.Р.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Введение.** Проблема ухудшения состояния здоровья населения региона Приаралья в нашей страны не теряет своей актуальности. Особенно тревожна эта тенденция среди детского населения. Биологическая и физиологическая роль химических элементов (МЭ) огромна, так как они принимают участие в различных процессах обмена веществ, адаптации организма в патофизиологических условиях. В условиях нарастающего

экологического неблагополучия Приаралья появляется все больше сведений, демонстрирующих нарушение содержания различных химических элементов в детском организме.

**Цель исследования.** Изучение элементного состава волос практически здоровых детей младшего школьного возраста методом нейтронно-активационного анализа.

**Материал и методы.** Для определения содержания элементов были исследованы волосы практически здоровых детей, возрастом от 7 до 11 лет, проживающих в районах Хорезмской области. Изучение микроэлементного статуса организма детей проводили в лаборатории экологии и биотехнологии Института ядерной физики АН Республики Узбекистан инструментальным нейтронно-активационным анализом (ИНАА) по количественному определению содержания микроэлементов.

**Результаты и обсуждения.** Проведенное исследование микроэлементного статуса детей младшего школьного возраста, проживающих в Хорезмской области, показало, что экологическая неблагоприятная обстановка во многом отразилось на элементном составе волос практически здоровых детей. Согласно полученным данным содержание  $\text{Na}(1000 \pm 530 \text{ мкг/г})$  и  $\text{Cl}(5000 \pm 2500 \text{ мкг/г})$  повышено относительно референтных значений во всех районах области. Такая ситуация возможна вследствие употребления высокоминерализованной питьевой воды, согласно данным Мамбеткаримова Г.А. (2016 г.) помимо этого, в 2-х районах (Ургенчский и Багатский районы) понижено содержание калия. Известно, что повышенное содержание натрия и хлора может приводить к функциональным нарушениям в организме в дальнейшем к гипертонической болезни, заболеваниям мочеполовой и сердечно-сосудистой системы. Дети с избытком натрия обычно легко возбудимы, впечатлительны, гиперактивны. Во всех районах наблюдается пониженное содержание по сравнению с референтными значениями содержание кобальта ( $0.025 \pm 0.0028 \text{ мкг/г}$ ), меди ( $6.8 \pm 1.1 \text{ мкг/г}$ ) и хрома ( $0.12 \pm 0.012 \text{ мкг/г}$ ). Нехватка меди в организме может привести к повышенному риску развития инфекционных заболеваний, остеопороза, нарушений неврологических функций и роста. Недостаточное содержание меди может привести к нейтропении, то есть, к снижению уровня нейтрофилов в крови и это больше вероятность развития инфекций. Не менее важным микроэлементом является кобальт. При нехватке кобальта часто развиваются различные виды анемий, обострение нервных заболеваний, утомление и раздражительность.

В нашем исследовании у детей младшего школьного возраста выявлено пониженное содержание кобальта и хрома в волосах, которое оказывало прямое воздействие на учебный процесс, дети становились раздражительными, с быстрыми перепадами настроения, утомляемостью, у детей пропадал интерес к окружающим.

**Выводы.** Полученные данные выявили повышенные содержания хлора и натрия и пониженные содержания калия, меди, кобальта и хрома. Такой дисбаланс макро и микроэлементов может привести к нарушениям физиологических процессов, которые по мере роста детей могут привести к различным заболеваниям.

## **ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ**

**Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д., Каримова Н.И.,  
Каримова М.Х., Арипова Ш.Х., Ишратова Ш.Д.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр педиатрии**

**Введение.** Хронические заболевания легких остаются серьезной проблемой здравоохранения во всех странах мира и достигают 10–40% среди всей патологии бронхолегочной системы. Основное место в структуре хронических болезней нижних дыхательных путей принадлежит хроническому бронхиту (ХБ). Иммунологические дисфункции являются важным фактором, способствующие формированию хронического бронхита у детей. Несостоятельность иммунной системы может быть обусловлена генетическими факторами, иммунодефицитным состоянием, а также

неблагоприятным экзогенным влиянием окружающей среды Сформировавшийся иммунологический дисбаланс сопровождается длительными и вялотекущими обострениями заболевания, что приводит к ухудшению прогноза и качества жизни больного [

**Цель работы** – изучить особенности состояния иммунитета у детей с хроническим бронхитом.

**Материалы и методы.** В исследование включено 35 больных, детей с ХБ в возрасте от 7 до 15 лет, наблюдавшиеся и получавшие лечение в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. В качестве группы сравнения обследованы 25 детей с острым бронхитом (ОБ), контрольную группу составили 20 практически здоровых детей. Обследование детей проводилось общепринятыми методами: анализ данных анамнеза, оценка объективного статуса и лабораторно-инструментальные и иммунологические исследования. Иммунологические исследования проводили путем определения показателей иммунного статуса:  $CD3^{+}$ -,  $CD4^{+}$ -,  $CD8^{+}$ -,  $CD16^{+}$ -,  $CD20^{+}$ -лимфоцитов, концентрации иммуноглобулинов классов А, М, G, фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН). Цитокиновый статус оценивал - IL-1 $\beta$ , IL-4 и IL-8 в сыворотке крови.

**Результаты и обсуждение.** У больных ХБ в фазе обострения заболевания выявлено достоверное снижение относительного числа  $CD3^{+}$ - лимфоцитов ( $44,6 \pm 0,8\%$ ) по отношению к группе сравнения ( $52,5 \pm 2,3\%$ ,  $p < 0,01$ ) в 1,2 раза. Количество  $CD4^{+}$ -лимфоцитов было в дефиците ( $26,3 \pm 0,6\%$ ) по отношению к группе сравнения ( $p < 0,01$ ) в 1,4 раза. Количество  $CD8^{+}$ -лимфоцитов, у детей с ХБ оказалось увеличенным в 1,3 раза. Отмечалось достоверное повышение  $CD16^{+}$ -лимфоцитов, что составило  $18,6 \pm 0,9\%$  и увеличение  $CD20^{+}$ -лимфоцитов. Уровень  $CD23$  лимфоцитов был повышен в 1,4 раза по отношению к группе сравнения.

Имуноглобулины являются протеинами, которые выполняют функцию специфических антител в ответ на стимуляцию антигеном и ответственны за гуморальный иммунитет. В наших исследованиях у больных ХБ уровень IgG был достоверно ниже значений детей контрольной группы в 1,2 раза, IgA достоверно повышен в 2,1 раз, IgM был достоверно повышенным в 2,0 раза. При оценке цитокинового статуса было выявлено, что уровень провоспалительных цитокинов был высоким. ИЛ-1 $\beta$  повысился в 6,8 раза, ИЛ-4 повысился в 4,0 раза, ИЛ-8 в 5,0 раз был выше по сравнению с данными детей контрольной группы, и составил в среднем  $90,2 \pm 9,8$  пг/мл, по отношению к группе сравнения показатель повысился в 4,0 раза.

**Выводы.** В развитии патологии органов дыхания важная роль принадлежит функциональному состоянию иммунной системы. У детей, больных ХБ школьного возраста определяется значительный дисбаланс в иммунной системе, также характерно снижение уровня иммуноглобулина G при повышенном уровне IgA и IgM. При ХБ у детей установлены наиболее информативные диагностические маркеры, проявляющиеся гиперпродукцией цитокинов (ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-4 и ИЛ-8), указывающие на хроническое воспаление.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Шамисев Ф.М., Эсаханов Ш.Н.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр педиатрии

**Актуальность.** Рост инфекционных заболеваний респираторной системы является актуальной проблемой современной педиатрии. Большую часть из них вызывают вирусы, тропные к эпителию респираторного тракта, поражающие как верхние, так и нижние дыхательные пути. Более чем у 25 % детей респираторная инфекция

осложняется обструктивным бронхитом, часто принимает затяжное, волнообразное или рецидивирующее течение. В качестве этиологических факторов, вызывающих обструктивный бронхит, на первом месте стоят вирусы, имеющие тропность к эпителию дыхательных путей (респираторно-синцитиальный вирус, риновирус, вирус парагриппа, аденовирус. Среди бактериальных инфекций, преобладают стрептококки – от 32 до 40 % случаев, реже гемофильная инфекция и моракселла – 12–15 % случаев. Одновременное коинфицирование несколькими возбудителями приводит к более тяжелому течению заболевания. Поэтому целью бактериологического обследования при ОРВИ у детей является обнаружение бактериальных очагов, не определяемых клиническими методами.

**Цель исследования:** выявить этиологические и клинические особенности течения обструктивного бронхита у детей раннего возраста.

**Материалы и методы исследования.** Нами были обследованы 65 детей, в возрасте 1-3 лет, госпитализированных в 2020–2021 гг. в отделение пульмонологии РСНПМЦП с диагнозом острый обструктивный бронхит. В ходе исследования оценивались показатели перинатального, аллергологического анамнеза и тип вскармливания.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Среди обследованных детей (65) обструктивный бронхит у мальчиков встречался в 2 раза чаще – 44 (67,7%), у девочек было соответственно – 21 (32,3%). Преобладание у мальчиков в 1,9–2,6 раза количественно сохранялось в выделенных возрастных группах, хотя достоверность преобладания, статистически не подтвердилась ( $P > 0,05$ ), возможно из-за небольшого количества наблюдений. При анализе анамнеза выявлено, что из 65 детей 58 (89,2%) родились доношенными и 7 (10,8%) от преждевременных родов. При этом из 58 доношенных пациентов 10 (17,2%) имели отягощенный анамнез по аллергическим заболеваниям, а из 7 недоношенных – 3 (42,9%), различия в аллергической отягощенности среди доношенных и недоношенных не были значимы. Среди детей, госпитализированных с обструктивным бронхитом, достоверно преобладали дети, находящиеся на искусственном вскармливании 40 (61,5%). Даже из детей с отягощенным аллергическим анамнезом (13 детей; 20,0 % от общего количества) на грудном вскармливании находились только 4 (6,2%) пациентов, а на искусственном в 2 раза больше – 9 (13,8%). Госпитализация осуществлялась в среднем на 2-й день от начала заболевания. Были дети, госпитализированные позже 7-го дня от начала болезни – 9 (13,8%), из них у половины – выявлены вирусно-микробные ассоциации с участием RSV, HMPV, AdnV, HBoV со *Staphilococcus aureus*. Клиническое течение таких бронхитов характеризовалось постепенным началом с длительного сухого кашля и дальнейшим нарастанием синдрома бронхиальной обструкции. В мазках из зева и носа были выделены в порядке убывания: метапневмовирусная инфекция – 20 %, риновирусная инфекция – 3,1%, аденовирусная инфекция – 3,1%, РНК респираторно-синцитиальной инфекции – 1,5%, бокавирусной инфекции – 1,5%. Из бактериальных патогенов в носоглотке присутствовали – *Staphilococcus aureus* (23,1%), встречались реже – *Streptococcus epidermidis* (10,8%), *Streptococcus anginosus* (4,6%), *Enterobacter aerogenes* (3,1%). Этиологическими лидерами вирусно-микробных ассоциаций при обструктивном бронхите в 26,2% случаев достоверно являлись метапневмовирус и аденовирус в ассоциации с микоплазмой пневмонии или золотистым стафилококком ( $P < 0,05$ ).

**Выводы.** Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что среди госпитализированных детей раннего возраста обструктивный бронхит встречается в 2 раза чаще у детей мужского пола, находящихся на искусственном вскармливании.

Выявлены ведущие этиологические агенты острого обструктивного бронхита в осенне-зимнем сезоне 2018/2019 гг. – метапневмовирус, аденовирус, риновирус. Обструктивный бронхит у детей раннего возраста в 26,1 % случаев вызывается вирусно-микробными ассоциациями. Этиологическими лидерами вирусно-микробных ассоциаций обструктивного бронхита достоверно являлись метапневмовирус и аденовирус в сочетании с микоплазменной или стафилококковой инфекцией, что существенно утяжеляло течение обструктивного бронхита и вызывало необходимость применения антибактериальных препаратов.

## **КАМ ВАЗНДА ТУҒИЛГАН БОЛАЛАРДА ЎТКИР БРОНХИТ КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШ ҲУСУСИЯТЛАРИ**

**Шомансурова Э.А., Атабекова У.А.**

**Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази  
Тошкент педиатрия тиббиёт институти**

**Долзарблилиги.** Эрта ёшли кам вазнда туғилган болалар касалликлари орасида етакчи ўринни нафас олиш касалликлари эгаллайди,бу болаларнинг 60% дан -90% гача нафас йўллари касалликлари: ўткир респиратор касалликлар,ўткир бронхит, ўткир ларинготрахеит,бронхопневмония,пневмония учрамоқда ва касал болалар сонининг тез фурсатларда ,касалланиш тенденциясининг ортишига олиб келмоқда.

**Тадқиқот мақсади:** эрта ёшли кам вазнда туғилган болаларда ўткир бронхитнинг замонавий кечиш хусусиятларини ўрганиш, шунингдек ,ўткир бронхитни енгиллаштиришнинг асосий тамойилларини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари.** Таҳлил учун РИПИАТМ бўлимлари-пульмонология, эрта ёшли болалар хасталиклари бўлимларида даволанган 2 ойликдан 2 ёшгача бўлган кам вазнда туғилган болаларнинг 20 та касаллик тарихи танланди.Ташхис клиник-анамнестик,лаборатор ва инструментал (рентгенография) ёрдамида қўйилди.

**Тадқиқот натижалари.** Олинган таҳлил натижалари шуни кўрсатадики,касаллик ўғил болалар орасида кўпроқ учрайди 60%,қиз болаларда эса 40%.Ёш жиҳатдан 2 ойликдан 6 ойгача булган болалар устунлик қилади-55%,6 ойдан 1 ёшгача бўлган болалар – 27%, 1 ёшдан 2 ёшгача -18%.Анамнестик маълумотлар ўрганилганда, бу болаларнинг деярли 100%и тез-тез вирусли ва бактерияли касалликлар билан хасталанган.Болаларнинг 28%ида аллергия анамнез аниқланган:50%ида –озик-овқат аллергияси,40%ида- дори-дармонлар,10%ида эса бошқа турдаги аллергия.Барча текширилган болаларнинг оналарининг асосий шикоятлари: йўтал, тана ҳароратининг ортишига, нафас олиш сонинг ортишига, иштахасининг пасайиши,ҳолсизликка.Шунингдек, бу болаларнинг 24%и шифохонага ётқиздирилгунга қадар 44%и антивирусал препаратлар, 36%и антибиотиклар, 20%и глюкокортикоид препаратлари олганлиги аниқланди.Касалликнинг оғирлигига кура 98% ўртача оғирликда, 1-2% эса оғир обструкция ҳолатлари кузатилди.Болаларнинг 24 %ида касаллик шифохона ичи пневмонияси шаклига ўтган. 16% ида қайталанувчи шаклида,60 % бемор соғайган.Аускултацияда 75% беморларда симметрик дағал нафас асосида нам хириллашлар эшитилди. 24% беморларда ўпка рентген текшируви ўтказдирилди.Рентгенограммада илдиз олди ўпка суратининг кучайиш белгилари аниқланди.Беморларнинг 42% ида асосий касалikka қўшимча равишда ўрта даражадаги камқонлик (27%), ва рахит(15%)белгилари аниқланди. Кам вазнда туғилган болаларнинг вазн ва буй қўшиш ҳолати баҳоланди. Унга кўра :1800гр дан-2100гр гача туғилган болаларнинг ўртача вазн қўшиши ойига 250 гр дан,2100гр дан -2500 гр гача туғилган болаларнинг ўртача вазн қўшиши ойига 265 гр ни ташкил этди.

**Хулоса.** Кам вазн билан туғилган болаларда бронхитни кечиш хусусиятлари қуйдагича:бронхитни ўрта оғир даражада кечиши, қайталанувчи шакли ва обструкция ҳолатлари кузатилиши, камқонлик ва рахит фониди кечиши.

## ИЗУЧЕНИЯ ПИЩЕВЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ

Эшдавлатов Б.М., Хасанова М.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт  
Общественное здоровье и управление здравоохранением

**Введение.** Питание занимает особое место в жизни человека, являясь единственным из многочисленных природных факторов внешней среды, который в организме превращается во внутренний фактор – энергию физиологических функций и структуры тела. Чем моложе организм, тем интенсивнее в нем протекают процессы роста и развития и более выражена потребность в необходимых питательных веществах, в особенности их незаменимых (эссенциальных) компонентах.

**Цель:** изучить пищевые предпочтения и их влияние на состояние физического развития у школьников и обосновать пути оптимизации питания детей школьного возраста.

**Материал и методы.** Стереотипы пищевого поведения и состояние здоровья были изучены у 54 школьников г. Ташкента в возрасте 10-17 лет. Изучение пищевого поведения проводилось анкетное-опросным методом. Состояние здоровья оценивалось по данным морфофункционального статуса (длина и масса тела). Среди обследованных было 21 девочек (52,3%) и 19 мальчиков (47,7%).

**Результаты.** В каждом живом организме постоянно происходят процессы ассимиляции и диссимиляции, и если распад химических веществ в организме может происходить без поступления их извне, то для ассимиляции и обеспечения всех жизненных процессов необходимо постоянное поступление с пищей биологически ценных пищевых веществ – белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных веществ. В течение всей жизни человек потребляет около 2,5 тонны белка, 3 тонны жира, 10 тонн углеводов, 250 кг поваренной соли. Известно, что показатели здоровья населения находятся в тесной связи с его питанием. От качества питания зависит физическое развитие детей, уровень работоспособности человека, его резистентности к отрицательным факторам, уровень заболеваемости населения, продолжительность жизни людей. При неправильном питании тяжело протекают многие заболевания, учащается их хронизация, замедляется выздоровление. Результаты проведенных исследований показали, что для большинства современных школьников характерна «углеводная модель питания». Мальчики достоверно чаще (от  $p \leq 0,05$  до  $p \leq 0,001$  в зависимости от категории обследованных), чем девочки предпочитают хлеба-булочные изделия, вторые блюда и напитки. Среди обследованных школьников около 1/3 имеет избыточную массу тела. Количество мальчиков с избыточной массой тела практически во всех возрастных группах, за исключением 7-8 классов, превышает количество девочек. Среди подростков актуальной является и проблема дефицита массы тела, который чаще встречается у девочек. Количество девочек с дефицитом массы тела достигает максимума в 11-м классе – 57,14%.

**Выводы.** Совершенствование организации школьного питания требует активизации гигиенического воспитания и обучения среди работников пищеблока, родителей, школьников, с учетом возраста и пола. Основной мерой профилактики алиментарных заболеваний является рациональный подбор продуктов, в связи с чем рекомендованный в СанПиНе среднесуточный набор пищевых продуктов имеет особое значение, так как приведенные в нем количества конкретных пищевых продуктов позволяют обеспечить физиологическую потребность организма в пищевых веществах и энергии.

## **ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ КАТАРАКТЫ У ДЕТЕЙ**

**Юсупов А.С., Маматкулов И.А., Файзиев О.Я.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт.**

**Введение.** Наиболее ответственным этапом анестезиологического обеспечения является период индукции в наркоз, который требует контроля и регуляции центральной гемодинамики и вегетативных сдвигов, которые создают условия обеспечения гладкого течения индукции и последующих этапов анестезии при оперативном лечении катаракты у детей.

**Цель:** оценить эффективность анестезии с применением пропофола, фентанила и ингаляцией севофлурана при оперативном лечении катаракты у детей.

**Материал и методы.** Исследование проведено у 36 детей в возрасте 3-14 лет при офтальмологических операциях (по поводу катаракты). Больные были разделены на две группы: В первой группе больных индукция в наркоз осуществлялась применением пропофола (2,5 мг/кг) и фентанила (2,0 мкг/кг). Во второй группе больных индукция осуществлялась с применением пропофола (2,5 мг/кг) и кетамина (4 мг/кг в/в).

Изучали клиническое течение анестезии с мониторингом показателей АДс, АДд, сатурации кислорода. На всех этапах анестезиологического обеспечения проведены исследования состояния центральной гемодинамики методом эхокардиографии (ЭхоКГ), вегетативного баланса методом кардиоинтервалографии (КИГ).

**Результаты и обсуждение.** Результаты проведенных исследований показали, что показатели гемодинамики у детей первой группы характеризовались относительной стабильностью, при этом отмечалась определенная тенденция к повышению показателей АДс – на 11%; АДд – на 13% чем от исходных аналогичных данных детей второй группы. У пациентов 1 группы отмечено изменение показателей центральной гемодинамики - повышение сердечного индекса (СИ) на 8,2%; уменьшение общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС) – на 14,1%. Однако, течение основного этапа наркоза у пациентов 1 группы характеризовалось относительным уменьшением АДс купированное проведением гемодилюции. Данное состояние было выявлено у детей с продолжительным течением операции, травматичностью и относительной кровоточивостью. У больных первой группы наблюдалось относительное увеличение симпатической активности регуляции ритма сердца и выход из состояния наркоза после операции характеризовался ранним пробуждением.

**Заключение.** Пропофол в сочетании с субнаркотической дозой фентанила и севофлурана может являться препаратом выбора для анестезиологической защиты при хирургическом лечении катаракты у детей. Полученные данные изменений показателей центральной гемодинамики и КИГ свидетельствуют об обеспечении эффективной анестезии с сохранением гемодинамической стабильности при умеренной стимуляции симпатической активности.

## **5 ЁШГАЧА БЎЛГАН БРОНХИАЛ АСТМА БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

**Юнусова Р.Т., Нурмаматова С.У.**

**Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази  
Тошкент педиатрия тиббиёт институти**

**Тадқиқотнинг долзарблиги.** Бугунги кунда бронхиал астма билан оғриш ҳам ёш, ҳам катта ёшдаги болаларда учрайди, хусусан, 1997 йилдан 2004 йилгача 1,5-2 марта кўпайди. Эрта ёшдаги болалар танасининг юқори репаратив имкониятларига қарамасдан, болаларда патологик жараёнларни ўрганишда турли ички органлардаги ўзгаришлар ва ўсиш мувозанатининг бузилишига олиб келади.

5 ёшгача бўлган давр болаларда жисмоний ривожланиш муҳим давр ҳисобланади, аммо бронхиал астма таъсирида бу даврда ўзига хос ўзгаришлар юзага келиши мумкин, шунинг учун астматик болаларда жисмоний ривожланишнинг бронхиал астма патоген микроблар спектрига боғлиқлиги алоҳида қизиқиш уйғотади.

**Тадқиқот мақсади:** 5 ёшгача бўлган болаларда бронхиал астманинг кечиш хусусиятларини кузатиш ва уларнинг жисмоний ривожланишдан ортда қолмаслик чораларини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари.** Таҳлил учун РИПИАТМ бўлимларида (пульмонология, аллергология) 5 ёшгача бўлган бронхиал астма билан оғриган болаларнинг 40 та касаллик тарихи танланди.

**Тадқиқот натижалари.** Олинган таҳлил натижалари шуни кўрсатадики, касаллик ўғил болалар орасида кўпроқ учрайди, яъни 60%. Қиз болаларда эса 20%ни ташкил этади. Ёш жиҳатдан 4 ёшдан 5 ёшгача бўлган болалар устунлик қилади – 42%, 2 ёшдан 4 ёшгача бўлган болалар – 20%, 1 ёшдан 2 ёшгача – 5%.

Анамнестик маълумотлар ўрганилганда, бу болаларнинг деярли 100% да бронхиал астма хуружлари сабабли жисмоний ривожланишдан ортда қолган. Барча текширилган болалар оналарининг асосий шикоятлари: қуруқ йўтал, нафас олиш сонининг ортиши, жисмоний ҳаракатларнинг чегараланиши, тез чарчаш, иштаҳанинг пасайиши, умумий ҳолсизлик қабилар. Шунингдек, бу болалар шифохонага ётқизилгунга қадар 35% антигистамин препаратлар, 22% антибиотиклар, 9% глюкокортикоид препаратлар олганлиги аниқланди. Касалликнинг оғирлигига кўра: 82% ўртача оғирликда, 5-10% эса оғир обструкция ҳолатлари кузатилди.

Болаларнинг 22% да касаллик енгил шаклига ўтган, 10% да қайталанувчи шаклида,

68 % беморда ремиссия кузатилди. Аускултацияда 80% беморларда симметрик дағал нафас, ҳар хил баландликдаги қуруқ хуштаксимон хириллашлар асосан нафас чиқариш вақтида эшитилди. 4 ёшдан 5 ёшгача бўлган беморларда спирометрия текшируви ўтказдирилди. Хусусан, спирометрия орқали обструкция даражаси аниқланилди. Беморларнинг 60% да касаллик туфайли жисмоний ривожланишдан ортда қолиш ҳолатлари кузатилди.

**Хулоса.** Бронхиал астма болаларда хуружлар частотасининг жиддийлиги ва астма дори-дармонларидан фойдаланиш зарурлигига қараб касалликнинг қандай даражада кечаётгани кузатилиши ҳамда ўрта оғир, оғир даражаларида жисмоний ривожланишдан ортда қолганлигини яққол кузатиш.