



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

**«БОЛАЛАРДА КАМ УЧРАЙДИГАН (ОРФАН) КАСАЛЛИКЛАРНИ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»**

**Халқаро иштирокидаги Республика илмий-амалий анжуман
материаллари, 2023 йил 10 март**

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

**Материалы Республиканской
научно-практической конференции с международным участием**

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ
С РЕДКИМИ (ОРФАННЫМИ) И ДРУГИМИ НАСЛЕДСТВЕННО-
ГЕНЕТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»**

10 марта 2023 года

ТОШКЕНТ –2023

«Болаларда кам учрайдиган (орфан) касалликларни ташхислаш ва даволашнинг долзарб муаммолари» ва «Болалар саломатлигини муҳофаза қилишнинг илмий ва амалий қирралари» мавзуларида Халқаро иштирокидаги Республика илмий-амалий анжуманлари материаллари

Тошкент, - 2023. - 77 б.

Ушбу илмий ишлар тўплами таркибига 2023 йил 10 март ойида ўтказилган **«Болаларда кам учрайдиган (орфан) касалликларни ташхислаш ва даволашнинг долзарб муаммолари»** мавзусидаги анжуман материаллари ва 2023 йилда ўтказилиши режалаштирилган **«Болалар саломатлигини муҳофаза қилишнинг илмий ва амалий қирралари»** мавзусидаги Халқаро иштирокидаги илмий – амалий анжуман материалларининг бир қисми ҳам киритилди. Ушбу анжуманларнинг ўтказилишига Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 7 сентябрдаги ПҚ-4440-сонли «Кам учрайдиган (орфан) ва бошқа ирсий-генетик касалликларга чалинган болаларга тиббий ва ижтимоий ёрдам кўрсатишни янада яхшилаш чора - тадбирлари тўғрисида» ги қарори, шунингдек Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 6 январдаги ПҚ-4310 сонли “Тиббиёт ва фармацевтика таълими ва илм-фани тизимини янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги, 28 январ 2022 йил ПФ-60-сонли ”2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистонни тараққиёт стратегияси тўғрисида” ги Фармонлари асос бўлди.

Анжуман ишида Ўзбекистон Республикасидан 300 дан ортиқ мутахассислар - вилоят болалар кўптармоқли тиббиёт марказлари ва Қорақалпоғистон Республикаси бош шифокорлари (пульмонолог, гастроэнтеролог, кардиоревматолог ва неонатологлар), шунингдек Республиканинг барча худудларидан болалар тери-таносил касалликлари шифокорлари ва гематологлар, Олий ўқув юртлари, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Илмий-текшириш институтлари ва ихтисослаштирилган илмий-амалий марказлардан мутахассислар, хорижий мамлакатлардан таниқли олимлар, шунингдек ёш олимлар иштирок этдилар. Анжуманлар тўплами материалларида докторант ва магистрлар ҳам илмий ишлари натижалари билан иштирок этдилар.

Таҳририят хайъати:

Д.И. Ахмедова т.ф.д., проф., (масъул муҳаррир), К.Ш.Салихова т.ф.д., Ф.И.Иноятова т.ф.д., ЎзРФА академиги, Д.С.Арипова (масъул котиб) т.ф.н., А.Н.Арипов т.ф.д., проф., А.Т. Камилова т.ф.д., проф., Ф.М.Шамсиев т.ф.д., проф., Н.Р. Ахмедова т.ф.д., Н.К.Валиева т.ф.н., Тошпулатова М.Р. – ташкилий-услубий бўлим раҳбари.

МУНДАРИЖА

1. **Абдукадирова М.К., Рахманкулова З.Ж.**
СОСТОЯНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ..... 1.
2. **Абдуллаев С.К., Шамсиев Ф.М.**
ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ..... 2.
3. **Абдурахманова Ф.Р., Ишниязова Н.Д., Умарова Л.Н., Туракулова К.Х., Туляганова А.З.**
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТИПИЧНОЙ ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ ... 3.
4. **Абдрахманова Ш.З., Арингазина А.М., Адаева А.А., Слажнева Т.И.¹, Калмакова Ж.А.**
ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА И ПРИВЫЧЕК В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. АЛМАТЫ, РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН..... 4.
5. **Агзамходжаева Б.У., Салихова К.Ш., Шамансуров Ш.Ш., Ишниязова Н.Д.**
ЭЭГ ИССЛЕДОВАНИЕ У НЕДОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ 5.
6. **Адаева А.А., Абдрахманова Ш.З., Слажнева Т.И., Каусова Г.К., Калмакова Ж.А.**
ИЗУЧЕНИЕ САМООЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ КАЗАХСТАНА 7.
7. **Алимова Д.Д., Джаббарова Д.Р., Расулова Н.А.**
АЛЛЕРГЕННЫЙ ПРОФИЛЬ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА..... 8.
8. **Арипов А.Н., Арипов О.А., Ахунджанова Л.Л., Набиев А.У., Каримов Ш.Б.**
СЕЛЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ С РЕДКИМИ НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 9.
9. **Ахмедова Д.И., Ахмедова Н.Р., Ибрагимов А.А., Касымова И.У., Маматкулова Р.И.**
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИГЕНОВ HLA У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЮВЕНИЛЬНЫМИ АРТРИТАМИ 10.
10. **Ахмедова К.Р., Алимова Н.У., Махмудова М.М., Садикова А.С., Юлдашева Ф.З., Сулейманова Ф.Н.**
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО ТЕРНЕРА. 11.
11. **Ахмедова Н.Р., Сайдалиева Ф.Ш., Ибрагимов А.А.**
ПОКАЗАТЕЛИ ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ..... 12.
12. **Валиева К.Н., Исмагуллаева М.Н., Рустамова У.М.**
ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ОССИФИЦИРУЮЩИЙ МИОЗИТ..... 13.
13. **Валиева К.Н., Исмагуллаева М.Н., Рустамова У.М.**
РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ОССИФИЦИРУЮЩИМ МИОЗИТОМ 14.
14. **Джаббарова Д.Р., Каримова М.М., Алимова Д.Д.**
СЕНСОНЕВРАЛЬНАЯ ТУГОУХОСТЬ ИНФЕКЦИОННОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ..... 15.
15. **Джаббарова Д.Р., Каримова М.М., Расулова Н.А.**
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ТУГОУХОСТИ ДЕТЕЙ СО СРЕДНИМ ОТИТОМ..... 16.
16. **Джураев А.М., Алимухамедова Ф.Ш.**
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ШПРЕНГЕЛЯ У ДЕТЕЙ 17.
17. **Джураев А. М., Алимухамедова Ф.Ш.**
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРМОБИЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ..... 18.
18. **Зайнабитдинова С.Н., Шамсиев Ф.М.**
КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ 19.
19. **Зайнабитдинова С.Н., Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И.**
ЗНАЧИМОСТЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ 20.
20. **Закирова У.И.**

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА СРЕДИ ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ.....	21
21. Закирова У.И., Каримджанов И.А. ГЕНЕАЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ.....	23.
22. Ибрагимов А.А., Ахмедова Д.И., Ахмедова Н.Р., Файзиев А.А. ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМИ АРТРИТАМИ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ	24.
23. Исматова К.А., Маматова Ш.Р., Эргашев Ж. Д. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ	25.
24. Каримова Н.И. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ.....	27.
25. Каримова Н.И. ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ	28.
26. Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М., Абдуллаев С.К., Урумбоева З.О., Зайнабитдинова С.Н. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	29.
27. Каримова М.Х., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д., Зокиров Б.К., Зокиров И.Д. ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	30.
28. Курьязова Ш.М., Илхомова Х.А., Худайназарова С.Р. СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРОНХИТАХ У ДЕТЕЙ С ЗАТЯЖНЫМ КАШЛЕМ	32.
29. Курьязова Ш.М., Худайназарова С.Р., Юлдашева М. СОСТОЯНИЯ МИКРОБИОЦИНОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ.....	33..
30. Мавлянова Н.Т., Агзамова Н.В. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАЗОФАРИНГЕАЛЬНОГО НОСИТЕЛЬСТВА S.PNEUMONIAE У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ	34.
31. Махмудов М.У., Иноятова Ф.И., Наджимутдинова Н.Ш. ОСОБЕННОСТИ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА У ДЕТЕЙ СИНДРОМАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	35.
32. Махмудов Ш.М., Ражабов А.Х. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ.....	36.
33. Мусажанова Р.А., Шамсиев Ф.М., Арипова Ш.Х., Азизова Н.Д., Мирсалихова Н.Х., Шамсиев Б.М., Султанов З.Ф. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ.....	37.
34. Мусажанова Р.А., Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И., Азизова Н.Д., Узакова Ш.Б., Абдуллаев С.К. ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	38.
35. Мухамедов Ф.Н., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Шамсиева Л.А., Каримовой М.С. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ДИФФУЗНЫМ ЭУТЕРИОИДНЫМ ЗОБОМ.....	40.
36. Murtalibova N.M., Akhmedova D.I. COMPARISON OF KIDNEY FUNCTION MARKERS IN NEONATES.....	42.
37. Олимов Ж.А., Абдукаюмов А.А., Иноятова Ф.И., Наджимутдинова Н.Ш., Ражабов А.Х., Разаков А.Ж. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АНОМАЛИЙ ВНУТРЕННЕГО УХА У ДЕТЕЙ.....	43.
38. Пулотжонов М.М., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Шарипова Н.П., Валиева С.Ш. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ.....	44.
39. Ражабов А.Х., Умаров У.Х. СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	45.

40. Расулов Р., Худайназарова С.Р., Агзамова Н.Ш. ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НА ФОНЕ ВПС У ДЕТЕЙ	46.
41. Расулова Н.А., Джаббарова Д.Р. НЕКОТОРЫЕ РЕАЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ И МИОКАРДИТОМ.....	47.
42. Рафикова З.Б., Худайназарова С.Р., Тошметова Б.Р. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	48.
43. Raxmanova L.K., ²Boltabaeva M.M., Israilova N.A. BOLALARDA ATOPIYA BILAN KESHUVCHI ALPORT SINDROMIDA IMMUN TIZIM O'ZGARISHLARI	49.
44. Рахманкулова З.Ж., Эльмуродова Ш. И. ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID – 19 В ПОСЛЕДНЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ	50.
45. Сайфуллаев У.Д., Абдуллаев Х.Н., Расулова Н.А., Хамраева В.Ш., Мухитдинов У.Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИОКСИДОНИЯ ПРИ ДИФФУЗНОМ НАРУЖНОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ ОТИТЕ У ДЕТЕЙ	51.
46. Салихова К.Ш., Марифалиева М.З. РОЛЬ ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ В ФОРМИРОВАНИИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	52.
47. Сулейманова Л. И. , Рахманкулова З.Ж. , Набиева У.П. ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	53.
48. Тухтаева У.Д., Рахманкулова З.Ж., Абдукодирова М.К. ИНФЕКЦИОННО- ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ МАТЕРИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕПСИСА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	54.
49. Умарова Л.Н., Салихова К.Ш., Ишниязова Н.Д., Арипова Д.С. СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ЭНЕРГООБМЕНА У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ	55.
50. Умаров У.Х., Ражабов А.Х. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	56.
51. Урумбоева З.О., Шамсиев Ф.М. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	57.
52. Урумбоева З.О., Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ. СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА.....	58.
53. Усманова С.Б., Иноятова Ф.И., Абдуллаева В.К., Наджимутдинова Н.Ш. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.....	59.
54. Хамраева В.Ш., Аймухамедов А.А., Курбанова Н.Ш., Темирова Д.Ш., Абдуллаев Х.Н., Юсупов С.А. РЕТРОФАРИНГЕАЛЬНЫЕ АБСЦЕССЫ У ДЕТЕЙ.....	60.
55. Худайбердиева Д., Курьязова Ш.М., Худайназарова С.Р. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ЭКГ	62.
56. Xudaynazarova S.R., Valiyeva S. Sh. MAKTABGACHA YOSHDAGI BOLALARDA OBSTRUKTIV BRONXITDA YURAK QON TOMIR SISTEMASIDAGI O'ZGARISHLAR	63.
57. Shayxova M.I. TEMIR TANQISLIGI KAMQONLIGI BILAN OG'RIGAN BOLALARDA PROFILAKTIKA TADBIRLARINING SAMARADORLIGI	64.
58. Шамансурова Э.А., Кошимбетова Г.К. СТРУКТУРА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ	65.

59. Шамсиев Ф.М., Зайнабитдинова С.Н., Урумбоева З.О. АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ..	65.
60. Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И., Абдуллаев С.К. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДИСМИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	66.
61. Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Исмоилова Ш.С. БИОМАРКЕРЫ ВОСПОЛЕНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ	67.
62. Эсаханов Ш.Н., Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОМОЩИ ЭЛЕКТРОННОЙ АУСКУЛЬТАЦИИ	69..
63. Эсаханов Ш.Н., Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И., Шарипова Н.П. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА СВИСТЯЩЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	70.

СОСТОЯНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Абдукадирова М.К., Рахманкулова З.Ж.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В настоящее время проблема внутриутробной инфекции (ВУИ) не теряет актуальности в связи с сохраняющимися пери- и постнатальными потерями, а также развитием серьезных последствий у детей, нередко приводящих к инвалидизации и снижению качества их жизни.

Цель исследования: определить состояние периферической крови у недоношенных новорожденных детей с ВУИ

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано и проанализировано 70 недоношенных новорожденных детей. Из них основную 1-ю группу составили 50 недоношенных новорожденных детей с при верифицированным диагнозом ВУИ, находящихся в отделении выхаживания недоношенных. Основная группа была разделена на 2 подгруппы: 1-ю составили дети с гестационным возрастом 28-33 недели – ранние недоношенные, 2-ю группу составили дети с гестационным возрастом 34-36 недель – поздние недоношенные. Во 2-ю группу сравнения вошли 20 недоношенных новорожденных без внутриутробного инфицирования. Лабораторные исследования: проведен общий анализ периферической крови, биохимические исследования крови включали определение содержания билирубина и его фракций, ферментов печени АлТ, общего белка. Также проведен общий анализ мочи и кала.

Результаты исследования: Анализ состояния периферической крови у наблюдаемых новорожденных показал, что у детей с риском внутриутробного инфицирования содержание гемоглобина было резко снижено, особенно у ранних недоношенных новорожденных. Аналогичная картина наблюдалась и по эритроцитам. Наименьшее содержание эритроцитов было обнаружено у ранних недоношенных детей основной группы ($2,9 \pm 0,07$).

Количество лейкоцитов как у ранних, так и у поздних недоношенных у детей основной группы было значительно ниже ($6,6 \pm 0,25$ и $7,84 \pm 0,17$), чем у детей группы сравнения ($10,2 \pm 0,86$ и $11,1 \pm 0,9$). Содержание лимфоцитов также у детей основной группы ($25,7 \pm 1,5$ и $32,0 \pm 2,0$) было существенно ниже, чем у детей группы сравнения ($43,8 \pm 3,4$ и $50,1 \pm 3,5$).

Тромбоцитопения была резко выражена у новорожденных детей основной группы, особенно у ранних недоношенных относительно группы сравнения. Поражение печени у недоношенных новорожденных, родившихся от матерей с ВУИ, может привести к нарушению белково-синтетической и кроветворной функции

В этой связи, мы изучали содержание белка в крови и провели анализ периферической крови. Установлено, что у недоношенных детей основной группы, отмечается гипопроотеинемия, особенно выраженная у ранних недоношенных новорожденных. Содержание общего белка в периферической крови у них снижается до $45,3 \pm 2,6$, что существенно ниже, чем у поздних недоношенных основной группы и чем у детей группы сравнения.

В группе сравнения содержание общего белка было несколько снижено у ранних недоношенных детей, а у поздних недоношенных было в пределах нормальных возрастных значений.

Выводы. Для недоношенных детей с риском внутриутробного инфицирования характерны резко выраженная анемия, лимфоцитопения, тромбоцитопения, гипопротениемия.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Абдуллаев С.К., Шамсиев Ф.М.

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии
Ташкентская медицинская академия**

Актуальность. Микроэлементы (МЭ) входят в состав многих ферментов, гормонов, витаминов, они катализируют окислительно-восстановительные реакции, оказывают влияние на рост и развитие. Клинические наблюдения показали, что микроэлементы могут непосредственно влиять на реактивность дыхательных путей, на процессы ремоделирования соединительной ткани в бронхах, участвовать в переключении иммунного ответа организма на избыточный синтез IgE, изменять субклеточные процессы, воздействовать на механизмы воспаления, связанные с различными типами клеток (тучными, эозинофилами, клетками эпителия и соединительной ткани, нервными), что находит отражение на многих стадиях формирования бронхиальной астмы у детей.

Цель исследования: определить особенности микроэлементного статуса у детей с бронхиальной астмой различной степени тяжести и его взаимосвязь с иммунологическими параметрами.

Материалы и методы. Обследовано 120 детей в возрасте от 5 до 15 лет, из них у 43 больных диагностирована БА легкой персистирующей формы (I), у 42 детей БА среднетяжёлой формы (II), у 35 детей БА тяжёлой формы (III), наблюдавшиеся и получавшие лечение в отделении аллергологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. Определение микроэлементов в форменных элементах крови у детей с БА проведено методом нейтронно-активационного анализа на спектрофотометре «Perkin Elmer» (США). Исследование проводилось в институте Ядерной физики АН РУз.

Результаты и их обсуждение. Были получены результаты в трёх основных группах детей с БА, которые сопоставили с результатами группы контроля. Исследование показало, что дисмикроэлементозы отмечаются во всех трёх группах детей с БА. Определяется достоверный дефицит селена, цинка и йода. Достоверный гипермикроэлементоз отмечалась у брома, хрома, железа, рубидия и меди по сравнению с детьми контрольной группы. Содержание цинка в I группе составило $24,81 \pm 0,5$ мкмоль/л, что было в 1,5 раза достоверно ниже контрольной группы, во II группе - в два раза ниже, и наиболее значимые различия в показателях МЭ отмечаются в III группе, там уровень цинка был в 3 раза достоверно ниже ($p < 0,01$) контрольной группы и составил $12,18 \pm 0,41$ мкмоль/л. Содержание селена в I группе было в 1,5 раза достоверно ниже контрольной группы, во II группе - в два раза ниже, и наиболее значимые различия в показателях МЭ отмечаются в III группе с БА был в 3 раза

достоверно ниже ($p < 0,01$) контрольной группы, что составило $0,238 \pm 0,012$ мкмоль/л. Содержание железа в I группе было $38,95 \pm 0,04$ мкмоль/л, во II группе - $49,75 \pm 0,33$ мкмоль/л, в III группе - было достоверно выше в 1,6 раз ($58,27 \pm 0,5$ мкмоль/л). Анализируя количество дисмикроэлементозов у детей с БА было выявлено, что недостаточность более четырех МЭ у больных с БА отмечена в 56 (46,6%), четырех — в 36 (30,0%), трех — в 25-ти (20,8 %) случаях, и ни у одного ребенка не было выявлено дефицита одного, двух МЭ.

Выводы. Опираясь на приведенные выше результаты исследования микроэлементного статуса, можно заключить, что у больных детей с БА наблюдается дисбаланс следующих микроэлементов: гипомикроэлементозы селена, цинка и хрома, а также гипермикроэлементозы брома, железа, рубидия и меди. Исследование показало, что наибольший дисбаланс микроэлементов встречался в группе детей с бронхиальной астмой тяжелой степени тяжести. Результаты свидетельствуют о большей "подвижности" цинка, селена, железа и меди в организме больных детей, что может быть обусловлено их участием в реализации воспаления при бронхиальной астме.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТИПИЧНОЙ ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ

Абдурахманова Ф.Р., Ишниязова Н.Д., Умарова Л.Н.,
Туракулова К.Х., Туляганова А.З.

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

Актуальность. Во всем мире отмечается повышенный интерес к целиакии в виду многообразия клинической картины и вовлечения в патологический процесс многих органов и систем. Распространенность целиакии в популяции колеблется от 1:100 до 1:200. При отсутствии типичных диарейных проявлений многие случаи остаются недиагностированными, приводя к повышению риска тяжелых осложнений. Все это делает весьма актуальным изучение различных вариантов течения целиакии и разработку новых, последовательных подходов к диагностике и лечению заболевания у детей.

Цель исследования: определить клинические особенности проявления целиакии у детей в зависимости от формы заболевания.

Материалы и методы. Нами обследовано 36 пациентов с целиакией, поступивших на лечение в отделение гастроэнтерологии РСНПМЦ Педиатрии, в возрасте от 2 до 17 лет, из них было мальчиков-15, девочек-21. Первую группу составили 25 детей с классической целиакией, вторую-11 детей с атипичной формой. Всем проведено общеклиническое, биохимическое обследование, включавшее подробный сбор анамнеза, объективное обследование по стандартной схеме, оценку антропометрических данных.

Результаты. Для классической целиакии характерно раннее начало заболевания, через 4-8 месяцев после введения глютена в пищевой рацион ребенка; преобладание поражения ЖКТ и нервной системы. Атипичная форма характеризуется симптомами «маскирующими» типичные проявления со стороны ЖКТ. К ним относятся остеопороз, повторные переломы, боли в костях, задержка роста, облысение, железодефицитная анемия рефрактерная к терапии, артрит, изъязвления полости рта, неврологические проблемы.

Присутствующие симптомы выражены в различной степени, что ведет к множеству диагностических ошибок. Из обследованных нами детей заболевание у девочек встречалось чаще, в 1 группе было –14 (56%) девочек и 11 (44%) мальчиков; во 2 группе – 7 (63,6%) девочек, 4 (36,3%) мальчиков. У детей 1 группы, по сравнению со 2 группой появление первых жалоб отмечалось в более ранние сроки, в среднем составило $26,0 \pm 1,4$ месяцев, диагноз установлен в возрасте $41,5 \pm 1,4$ месяцев. Появление первых жалоб у детей 2 группы отмечалось позже и составило $48,8 \pm 2,3$ мес. ($p < 0,001$), диагноз установлен в среднем в возрасте $74,6 \pm 2,7$ месяцев, что достоверно позже, чем в 1 группе ($p < 0,05$). Наличие переломов и трещин в анамнезе отмечалось чаще у детей 2 группы, что было в 1,8 раз чаще, чем в первой группе. На момент осмотра ведущими жалобами являлись: вздутие живота, которое отмечалось практически с одинаковой частотой в обеих группах - в 1 группе у 92,7% детей, во 2 группе у 78,4% соответственно; учащенный стул в 1 группе встречался у 82,5% детей, во 2 группе у - 42,6%. При классическом варианте целиакии белково-энергетическая недостаточность выявлена у 67,0% детей, при атипичной форме у 44,8%. Низкий рост у детей в 1 группе отмечался в 70,0% случаев, варьируя от средней тяжести до крайне тяжелого дефицита; во 2 группе – у 48,4% детей, чаще наблюдался дефицит роста легкой степени.

Выпадение волос, вплоть до алопеции, встречалось в 1,8 раз чаще у детей 2 группы, чем в 1 группе. Анемия наблюдалась у 57,1% детей 1 группы, в основном легкой степени тяжести; у детей 2 группы - 86,8% различной степени тяжести. Рецидивирующий афтозный стоматит отмечался у 30,6% детей 1 группы и у 42,5% детей 2 группы.

Выводы. Клинические проявления атипичной формы целиакии неоднородны, что значительно затрудняет своевременную постановку диагноза и введение безглютеновой диеты.

ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА И ПРИВЫЧЕК В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. АЛМАТЫ, РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

**Абдрахманова Ш.З.^{1,2}, Арингазина А.М.³, Адаева А.А.¹,
Слажнева Т.И.¹, Калмакова Ж.А.¹**

**Национальный центр общественного здравоохранения Министерства
здравоохранения Республики Казахстан
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»
Almaty Management University**

Введение. Определение пищевого статуса детей посредством антропометрических показателей является важным аспектом общественного здравоохранения ввиду влияния, которое недостаточная и избыточная масса тела, ожирение, задержка роста оказывают на здоровье, развитие и благополучие детей.

Целью данного исследования является изучение антропометрических показателей и питания на репрезентативной выборке детей 7-10 лет г. Алматы, Республика Казахстан.

Материалы и методы. Кроссекционное исследование с двухэтапной кластерной выборкой общеобразовательных школ и классов по методологии эпиднадзора за детским ожирением Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (Childhood obesity surveillance

initiative, COSI). Исследованием было охвачено 46 общеобразовательных школ г. Алматы, 2131 школьник вторых и третьих классов в марте-мае 2022 года (49,8% мальчиков и 50,2% девочек). Проведены измерения веса и роста детей и заполнение анкеты родителями по образу жизни ребёнка и социально-демографическим характеристикам. Оценка распространённости недостаточной массы тела, отставания в росте, избыточной массы тела и ожирения проводилась по стандартам роста и развития детей ВОЗ 2007 г.

Результаты исследования. 72,3% детей в исследовании имели нормальную массу тела. Распространённость недостаточной массы тела (индекс массы тела (ИМТ) к возрасту) составила 4,6%, избыточной массы тела, включая ожирение 20,1%, ожирения 7,1%, дефицита массы тела (вес к возрасту) 2,6%, а отставания в росте (рост к возрасту) 0,7%.

Гендерные различия выявлены по распространённости избыточной массы тела, тяжелой степени ожирения, дефициту массы тела. Показатели избыточной массы тела, тяжелой степени ожирения выше у мальчиков, чем у девочек (23,6% против 16,6%, и 1,8% против 0,7% соответственно), в то время как дефицит массы тела чаще наблюдался у девочек, чем у мальчиков (3,9% против 1,3% соответственно) ($p < 0.05$).

В отношении пищевых привычек выявлено, что большинство детей, 78,5% ежедневно завтракают, в ежедневном рационе трети обследованных детей (32,6%) присутствуют овощи, а фрукты у 42,5%, 14,4% детей каждый день пьют сладкие газированные напитки. Сладкие продукты каждый день употребляют в пищу 24,9% детей, а солёные продукты, такие как чипсы, попкорн на ежедневной основе употребляют 4,7% детей.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о том, что в условиях крупного мегаполиса среди детей начальных классов наряду с распространённостью избыточной массы тела и ожирения имеет место недоедание в разные формы. Рацион питания детей начальных классов остается неполноценным. Необходимы комплексные межсекторальные стратегии и мероприятия для снижения двойного бремени недостаточного и избыточного питания среди детей, в том числе обеспечение оптимального питания матери и ребёнка, доступа к здоровым продуктам питания для всех, поддержка грудного вскармливания, рациональное питание в школах, повышение знаний и навыков правильного питания среди детей и родителей, ограничение рекламы бесполезных продуктов питания, услуги по профилактике недостаточного веса и ожирения, и ведению детей с нарушениями питания на уровне первичного звена здравоохранения.

ЭЭГ ИССЛЕДОВАНИЕ У НЕДОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

**Агзамходжаева Б.У., Салихова К.Ш., Шамансуров Ш.Ш.,
Ишниязова Н.Д.**

**Республиканский специализированный научно – практический медицинский
центр педиатрии
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников**

Актуальность. Возможность неинвазивной регистрации биоэлектрической активности мозга позволяет применять ЭЭГ как компонент комплексной оценки новорожденных различного гестационного возраста, особенно неврологически

компрометированных, а также в качестве метода, позволяющего прогнозировать динамику функционального состояния ЦНС таких детей.

Цель: определить особенности электроэнцефалографического исследования у недоношенных новорожденных с гипоксически-ишемической энцефалопатией.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 94 недоношенных новорожденных в РСНПМЦП. Новорожденные дети были разделены на 3 группы: 1 группа - 17 новорожденных со сроком гестации – $29,4 \pm 0,12$ нед., с экстремально низкой массой тела, которая в среднем составила $855,5 \pm 15,8$ гр. 2 группа - 36 недоношенных новорожденных со сроком гестации $32,3 \pm 0,2$ нед., с очень низкой массой тела - $1508,5 \pm 45,47$ гр. 3 группа - 41 недоношенных новорожденных со сроком гестации $35,5 \pm 0,9$ нед., с низкой массой тела при рождении - $2116,0 \pm 15,7$ гр.

Результаты исследования. При оценке общего ЭЭГ-паттерна сна в возрасте от зачатия до 40 нед в соответствии с классификацией достоверных различий между группами выявлено не было. Первый тип ЭЭГ-паттерна («норма») не встречался ни в одном случае. Второй тип («задержка созревания») у детей 1-й группы (64,7%), 2-й (80,5%) и 3-й групп (82,9%). Третий тип («нарушение созревания») чаще встречался у детей 1-й группы (29,4%) по сравнению с детьми 2-й и 3-й групп (11,1% и 14,6%, соответственно). Частота встречаемости четвертого типа («патология») в группах сравнения была сопоставима и составила 5,8%; 8,3% и 2,4% в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно. Пятый тип («угнетение биоэлектрической активности») не встречался ни в одном случае. ЭЭГ обследование проводилось в возрасте 3, 6, 9, 12 месяцев. Из приведенных данных следует, что во всех возрастных аспектах первый тип ЭЭГ-паттерна чаще встречался у детей 3-й группы, по сравнению с детьми 2-й и 3й групп. В 6 месяцев в 1-й группе I тип также встречался в 11,7%, во 2-й группе – в 19,4% случаев. Второй тип отмечался у детей 1-й, 2-й и 3-й групп 52,9%; 61,1%; 53,6% соответственно. Третий тип несколько чаще встречался у детей 1-й группы (23,5%) по сравнению с 2й группой (13,8%). Четвертый тип встречался только у детей 1й и 2й групп сравнения (11,7% и 5,5% соответственно). Отдельно хотелось бы отметить, что результаты ЭЭГ подвержены влиянию множества внешних факторов, и важным элементом, усиливающим прогностическую ценность метода, является проведение его в динамике. Таким образом, результаты однократно проведенной ЭЭГ не следует считать достоверно определяющими прогноз.

Выводы. ЭЭГ представляет собой информативный метод оценки функционального состояния головного мозга у детей и может применяться в качестве инструмента высокой точности для оценки новорожденных различного постконцептуального возраста как в случаях физиологической нормы, так и при патологических состояниях. Следует рассматривать как инструмент прогноза нейрофизиологического развития недоношенных новорожденных. В качестве предиктивных маркеров может выступить как физиологическая специфичность ЭЭГ-картины в определенных возрастных периодах, так и регистрация характерных патологических феноменов.

ИЗУЧЕНИЕ САМООЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ КАЗАХСТАНА

Адаева А.А.^{1,2}, Абдрахманова Ш.З.^{1,2}, Слажнева Т.И.¹, Каусова Г.К.², Калмакова Ж.А.¹

Национальный центр общественного здравоохранения МЗ РК
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Введение. Оценка здоровья, выраженная субъективно, может служить важным индикатором общего состояния человека. Если жалоб на здоровье много или они повторяются, это может негативно сказаться на качестве жизни, успеваемости, психологическом благополучии. Подростки с низкой самооценкой здоровья могут пренебрегать своим здоровьем, упускать возможности для профилактики заболеваний, имеют вредные привычки, проблемы в социальном окружении.

Цель исследования: изучить уровни самооценки здоровья школьников, выявить множественные жалобы с оценкой динамики показателей с 2018 по 2022 годы.

Материалы и методы. Данные были получены в ходе исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC), проведенного в Казахстане в 2022 г. среди детей 11-15 лет по методу двухэтапной кластерной выборки общеобразовательных школ и классов: была отобрана 121 школа (63 городских и 58 сельских) по всей республике. Итоговое количество выборки составило 7485 учащихся (47% мальчиков, 56% городских школьников).

Результаты исследования. В целом, чуть более половины детей (55,1%) оценивают свое здоровье как отличное. Однако, подростки, проживающие в селе, значительно чаще склонны оценивать свое здоровье с положительной стороны. Так, считают свое здоровье отличным 59,5% сельских школьников и 51,9% городских ($p < 0,001$, $\chi^2 = 46,6$), горожане чаще своему здоровью присваивали удовлетворительную оценку (9,8% - в городе, 7% в селе). Очень резкая разница прослеживается в показателях между мальчиками и девочками как в городе, так и в селе. Девочки чаще мальчиков недовольны своим здоровьем: в городе плохим его оценили 1,9%, тогда как среди мальчиков этот показатель составил только 0,5%, и наоборот – отличную оценку дали 59% мальчиков и значительно меньше он у девочек - 45% ($p < 0,001$, $\chi^2 = 112,4$). В селе также девочки гораздо чаще отличаются тенденцией оценивать свое здоровье с негативной стороны – плохим его считают 1,7% девочек, а мальчики – в 2,4 раза меньше, при этом отличным свое здоровье считают 62,2% мальчиков и 56,6% девочек ($p < 0,001$, $\chi^2 = 36,1$). Процент детей, которые оценивают свое здоровье как отличное, сокращается с возрастом до 15 лет, начиная с 62,4% в 11 лет и уменьшаясь до 47,3% в 15 лет. В 2022 г. доля детей с отличной самооценкой заметно ниже, чем в 2018 г.

Изучение проблемы о наличии множественных жалоб у школьников показало, что более чем треть подростков (36,4%) столкнулись с двумя или более регулярно возникающими жалобами на здоровье за последние шесть месяцев, проявляющимися дважды в неделю или чаще. Аналогично предыдущему вопросу, чаще на наличие проблем со здоровьем указывали городские дети (39,3%), чем сельские (32,2%, $p < 0,001$, $\chi^2 = 36,9$). В гендерном разрезе, также как и в оценке здоровья, более негативные показатели по наличию множественных жалоб отмечены у девочек - 46,4% (мальчиков - 26,7%). Чем старше возраст, тем чаще дети испытывают психосоматические проблемы. Данные, полученные в

2022 г. указывают на значительное увеличение частоты жалоб на здоровье, по сравнению с 2018 г.

Выводы. Анализ здоровья детей и подростков, основанный на субъективных оценках, является существенным инструментом для изучения их благополучия. Данный подход позволяет оценить здоровье не только с точки зрения клинических показателей, но также и с позиции индивидуального восприятия и оценки самого ребенка. Кроме того, анализ самооценки здоровья может помочь в оценке эффективности различных профилактических мероприятий и программ в области здоровья школьников, своевременному выявлению заболеваний, разработке мероприятий поддержки для подростков с проблемами здоровья, включая психологическую помощь, консультации, проведение мониторинга и контроля за состоянием здоровья подростков.

АЛЛЕРГЕННЫЙ ПРОФИЛЬ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Алимова Д.Д., Джаббарова Д.Р., Расулова Н.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Полипоз носа (ПН) - это хроническое, в значительной степени неизвестное состояние, не требующее эффективного длительного лечения и имеющее тенденцию к рецидиву, несмотря на то, что определенные патогенные характеристики были идентифицированы. Известно, что это заболевание связано с бронхиальной астмой, непереносимостью ацетилсалициловой кислоты и рядом местных и системных заболеваний различного происхождения. По-видимому, существует потенциальная связь между ПН и аллергией; на самом деле картина аналогична хроническому риниту, с повышенным количеством эозинофилов, специфическим иммуноглобулином E (IgE) к нескольким воздушно-капельным аллергенам, присутствием цитокинов, хемокинов и других медиаторов воспаления, а также повышенной экспрессией молекул адгезии в полипах. Некоторые авторы сообщают о сенсибилизации к различным аллергенам у значительной части пациентов как о потенциальном триггере воспалительных механизмов

Целью этого исследования было выявить связь между полипозом носа и аллергическими факторами путем изучения реакций гиперчувствительности на общие аллергены и воздействия окружающей среды, которые могут привести к развитию атопии.

Материал и методы. Мы провели сравнительное исследование, в котором участвовали 190 пациентов с ПН и 190 здоровых лиц (контрольная группа) без хронического риносинусита или ПН, что было исключено с помощью эндоскопического исследования носа.

Результаты исследования. Пациенты с ПН более реактивны к аллергенам, чем население в целом, что позволяет предположить, что IgE-опосредованная гиперчувствительность играет роль в развитии заболевания. Наши пациенты с ПН были сенсибилизированы к наиболее распространенным аллергенам в нашей среде. Их личный и семейный анамнез, а также результаты тестов *in vivo* выявили тесную связь с другими аллергическими факторами и клинической картиной, включая многолетний ринит. Однако ни один из исследованных факторов окружающей среды или сезонных факторов, по-видимому, не способствовал развитию ПН у этих пациентов.

Выводы. Пациенты с ПН более реактивны к аллергенам, чем население в целом, что позволяет предположить, что IgE-опосредованная гиперчувствительность играет роль в развитии заболевания. Наши пациенты с ПН были сенсibilизированы к наиболее распространенным аллергенам в нашей среде. Их личный и семейный анамнез, а также результаты тестов *in vivo* выявили тесную связь с другими аллергическими факторами и клинической картиной, включая многолетний ринит. Однако ни один из исследованных факторов окружающей среды или сезонных факторов, по-видимому, не способствовал развитию ПН у этих пациентов. Таким образом, ПН - это состояние, включающее самовоспроизводящиеся хронические воспалительные явления. Его точное происхождение неизвестно, хотя несколько факторов влияют на его этиологию. Аллергия является сопутствующим фактором, но в настоящее время невозможно определить ее точную роль.

СЕЛЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ С РЕДКИМИ НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ У ДЕТЕЙ

Арипов А.Н., Арипов О.А., Ахунджанова Л.Л., Набиев А.У., Каримов Ш.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Цель исследования: в целях дальнейшего совершенствования системы медико-социальной помощи для своевременной диагностики и лечения детей с редкими (орфанными) и другими наследственными генетическими заболеваниями, а также для всестороннего укрепления их здоровья, в соответствии с Концепцией развития системы здравоохранения Республики Узбекистан в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре педиатрии проводятся селективные скрининговые исследования детей с редкими (орфанными) и другими наследственными генетическими заболеваниями, а также новорожденным. Исследования проводятся во всех городах, районах и областях страны в детских медицинских учреждениях и родильных комплексах Республики Узбекистан. Ранняя диагностика этих наследственных генетических заболеваний направлена, прежде всего, на предотвращение ранней инвалидизации, а также на профилактику ранних жизнеугрожающих состояний и улучшение качества жизни.

Результаты исследования. На базе РСНПМЦ Педиатрии был запущен в эксплуатацию тандемный масс-спектрометр компании «Perkin Elmer 210» для проведения неонатального скрининга на 6 болезней лизосомного накопления (болезнь Гоше, болезнь Неймана Пика, болезнь Помпе, болезнь Краббе, болезнь Фабри и мукополисахаридоз 1 типа). На данный период было исследовано 18000 образцов полученных из всех областей республики и по результатам полученных данных можно заключить следующее: у 184 исследуемых обнаружено снижение активности фермента ацид-бетта-глюкоцереброзидазы, что можно говорить о риске развития болезни Гоше (GBA *geni*), у 93 обследуемых обнаружено снижение активности фермента ацид-сфингомиелиназы это риск развития болезни Неймана-Пика, у 361 исследуемых обнаружено снижение активности фермента ацид-альфа-глюкозидазы, что свидетельствует о риске развития болезни Помпе (GAA *geni*). У 1769 исследуемых обнаружено снижение активности фермента бетта-галактоцереброзидазы - риск развития болезни Краббе (GALC *geni*), у 351 исследуемых обнаружена снижение активности фермента альфа-галактозидазы, это говорит о риске

развития болезни Фабри. GLA gen1 и наконец у 358 исследуемых обнаружена снижение активности фермента альфа-Лидуранидазы, это риск развития мукополисахаридоза (IDUA gen).

Таким образом, на данный момент исследования по диагностике данных заболеваний продолжаются.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИГЕНОВ HLA У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЮВЕНИЛЬНЫМИ АРТРИТАМИ

**Ахмедова Д.И., Ахмедова Н.Р., Ибрагимов А.А., Касымова И.У.,
Маматкулова Р.И.**

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

Актуальность. Выявление носительства HLA является одним из наиболее современных подходов в ранней диагностике и выборе тактики лечения при ряде аутоиммунных заболеваний, в том числе и ювенильного артрита (ЮА).

Цель исследования: определить значение распределения антигенов HLA у детей с ювенильными артритом в зависимости от варианта заболевания.

Материалы и методы. В исследование были включены 50 детей с ювенильными артритом, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиоревматологии РСНПМЦ Педиатрии. Возраст детей от 2 до 18 лет, при этом средний возраст составил $8,5 \pm 7,1$ лет. С целью изучения иммуногенетических показателей дети были разделены на 2 группы: 1 группа – 30 (56,5%) больных с ЮАсСН; 2 группа - 20 (43,5%) больных с суставным ЮА. Определение генетических маркеров (HLA-A2, HLA-A28, HLA-B35, HLA-DR1, HLA-DR5, HLA-DR8, HLA-DR7) включали HLA - типирование методом LUMINEX, которые проводились в лаборатории Молекулярной генетики здравоохранения КАНИ-МЕД. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета программ для IBM PC «Statistica 7,0».

Результаты исследования. Иммуногенетические исследования выявили ассоциации различных вариантов ЮА с отдельными HLA-антигенами. Суставная и системная формы заболевания были ассоциированы с HLA-B35 антигеном гистосовместимости. Сильная связь была установлена между олигоартикулярным вариантом ЮА, сопровождающимся развитием увеита, и HLA-A2 антигенами. Исходя из этого можно предположить, что частота антигенов гистосовместимости I класса у больных ЮА 2 группы в сравнении с 1 группой, демонстрирующей, что распределение HLA-A2 выше, отличается. Частота HLA-A2 составляет в 1 группе больных ЮА в 61,5%, а во 2 группе - 35% ($p=0,05$). Распределение антигенов гистосовместимости II класса у больных ЮА показало, что частота HLA-DR1 оказалась у больных детей 2-группы достоверно выше, чем в первой группе. В то же время антигены HLA-DR7 встречались при системной форме ЮА достоверно чаще, чем в группе сравнения. При сопоставлении совокупной частоты HLA DR7 у больных ЮА с популяционной частотой выявляется достоверная разница: частота HLA DR7 составляет в 1 группе больных ЮА в 30,8%, а во 2 группе - 25%. ($p=0,05$). Ряд антигенов бывают специфичными только для одного варианта заболевания. В ходе исследования также был выявлен иммуногенетический маркер специфичный только для системного варианта ЮА –это HLA-DR-8 антиген. Анализ связей заболевания с антигенами

гистосовместимости позволяет заключить, что не существуют отдельных, четко очерченных вариантов ЮА и они могут использоваться как дополнительные критерии диагноза и прогноза заболевания.

Выводы. У детей с ЮАсСН среди иммуногенетических маркеров специфичным антигеном антиген является гистосовместимости II класса HLA-DR-8. Выявление других антигенов гистосовместимости свидетельствует об отсутствии отдельных, четко очерченных вариантов ЮА и определении отдельных вариантов условно, так как определяется иммуногенетическая близость отдельных нозологических форм ЮА.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО ТЕРНЕРА

Ахмедова К.Р., Алимова Н.У., Махмудова М.М., Садикова А.С.,
Юлдашева Ф.З., Сулейманова Ф.Н.

Республиканский Специализированный Научно – Практический Медицинский
Центр Эндокринологии имени. Ё.Х. Туракулова

Введение. Синдром Тернера в среднем выявляется у 1:2500 – 1:5000 живорожденных девочек. В основе синдрома лежат цитогенетические нарушения, проявляющиеся полной или частичной моносомией хромосомы X (45,X), структурной перестройкой одной из X-хромосом, количественной перестройкой набора половых хромосом. При этом 5% от общего числа больных с синдромом Тернера имеют мозаицизм при наличии хромосомы Y (45, X/46,XY) или транслокацию участка Y-хромосомы (гена *SRY* или *DYS14*) на хромосому X или аутосоме.

Клиническое значение присутствия материала хромосомы Y заключается в наличии риска развития неопластических процессов в дисгенетичных гонадах у больных с синдромом Тернера.

Материалы и методы. Мы наблюдали случай синдрома Тернера - пробанд, девочка М. 08.06.2005 г.р. с тётей обратились к генетику с жалобами на: низкий рост, аменорею, отсутствие молочных желез. Из анамнеза, девочка от вторых родов, второй беременности. Родители молодые, соматически здоровы; не состоят в родстве. С 13 лет родители обратили внимание на ЗПР, ЗФР. Фенотип: телосложение гиперстеническое. Кожа сухая, на коже по всему телу множество родимых пятен по всему телу. Короткая, широкая шея, низкий рост волос на шее, ушные раковины деформированные, низкопосаженные. Грубые черты лица: массивная нижняя челюсть, глазной гипертелоризм, большой широкий нос, высокое небо. Широкая грудная клетка, сосковый гипертелоризм, брахидактилия, деформация пальцев, неправильный рост пальце на нижних конечностях. Задержка полового развития: молочные железы отсутствуют, вторичное оволосенение отсутствует. Фактический рост – 142 см, Фактический вес – 48,6 кг. Индекс массы тела – 24,1.

Для диагностики и подтверждения диагноза мы использовали комплексное клиничко-генеалогическое, цитогенетическое, молекулярно – генетическое (Fish) обследование с использованием параклинических и инструментальных методов.

Результаты исследования. На кариограмме пробанда М. GTG-методом окрашивания хромосом во всех проанализированных метафазных пластинках выявлено 46,X0+mar, что говорит о кариотипе с маркерной хромосомой неизвестного происхождения. Результаты FISH – диагностики показал, что в интерфазных ядрах

выявлены XY хромосомы. Природа маркерной хромосомы – Y. По данным УЗИ органов малого таза - инфантильная матка III ст., по данным МРТ органов малого таза - признаки гипоплазии матки I ст., рентгенографии кисти – костный возраст соответствует 13-14 лет. Зоны роста открыты

Выводы. Клинические проявления рассматриваемого синдрома у пробанда в целом соответствуют картине, описанной в литературе. Данные УЗИ органов малого таза демонстрируют уменьшение размеров матки и придатков (по литературным данным наибольшее уменьшение у мозаиков с Y-хромосомой) по сравнению со здоровыми девушками того же возраста из популяции. В связи с высоким риском малигнизации дисгенетичных гонад, обнаружение хромосомы Y в кариотипе у больных с женским фенотипом является абсолютным показанием к двусторонней гонадэктомии.

ПОКАЗАТЕЛИ ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ

Ахмедова Н.Р., Сайдалиева Ф.Ш., Ибрагимов А.А.

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

Актуальность. Важнейшее значение в патогенезе ЮАсСН придают основным медиаторам воспаления, в том числе иммунологическим маркерам - цитокинам. Именно они вызывают спектр разнообразных полиорганных экстраартикулярных клинических проявлений. Иммуновоспалительное повреждение внутренних органов во многих случаях приводит к летальным исходам и трудно поддается лечению. Одним из них является фактор роста эндотелия сосудов (VEGF; англ. Vascular endothelial growth factor), который является гетеродимерным гликопротеиновым ростовым фактором, индуцируемым различными факторами роста и цитокинами, включая, фактор некроза опухоли и IL-1 β . VEGF служит частью системы, отвечающей за восстановление подачи кислорода к тканям в ситуации, когда циркуляция крови недостаточна.

Целью исследования явилось изучение уровня фактора роста эндотелия сосудов у детей с ювенильным артритом с системным началом.

Материалы и методы. В исследование были включены 30 детей с ювенильными артритами с системным началом, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиоревматологии РСНПМЦ Педиатрии. Возраст детей от 2 до 18 лет, при этом средний возраст составил $8,5 \pm 7,1$ лет. Определение иммунологического маркера – фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) проводились в лаборатории ООО «Genotехnology». Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета программ для IBM PC «Statistica 7,0».

Результаты исследования. Проведенные общеклинические и биохимические исследования показали, что у обследованных детей системный воспалительный процесс протекал с крайне высокой степенью лабораторной активности в виде лейкоцитоза, тромбоцитоза, повышения уровня трансаминаз, прогрессирующей анемии, значительно ускоренного СОЭ, высокого уровня СРБ. Изучение уровня VEGF у детей с ЮАсСН показал, что его среднее значение составило $236,13 \pm 20,7$ пг/мл, что превышает допустимые

значения нормы (норма до 211,65 пг/мл) в 1,1 раза. Высокие показатели VEGF были выявлены у 33,3% детей с ЮАсСН. У 13,3% больных показатели VEGF превышали в 3,7-6 раза его референтные значения ($p \leq 0,001$). У 20% больных уровни VEGF в 1,1-1,3 раза превышали нормальные значения ($p \leq 0,05$). Избыточная экспрессия VEGF может вызвать сосудистые заболевания тех или иных частей тела. Усиление новообразования сосудов (ангиогенез), возникающее вследствие действия на ткани цитокинов, также увеличивает деструкцию хряща. Некоторые созданные в последние годы лекарственные препараты (генно-инженерные биологические препараты) способны, ингибируя VEGF, контролировать или замедлять течение таких заболеваний.

Выводы. У детей с ЮАсСН отмечается повышение фактора роста эндотелия сосудов - VEGF, которое свидетельствует об иммуновоспалительном повреждении органов сердечно-сосудистой системы.

ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ОССИФИЦИРУЮЩИЙ МИОЗИТ

Валиева К.Н., Исматуллаева М.Н., Рустамова У.М.

Республиканский научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии

Прогрессирующий оссифицирующий миозит (ПОМ), болезнь Мюнхмейера, параоссальная гетеротопическая оссификация, - является самостоятельной нозологической формой, характеризуется гетеротопической оссификацией и врожденными дефектами развития скелета. В основе заболевания – метапластический остеогенез, в котором участвуют не клетки периоста и эндоста, а происходит трансформация соединительной ткани мышечных прослоек, сухожилий, связок, фасций и апоневрозов в костную ткань, а также воспалительные процессы, сформированные в сухожилиях, фасциях, связках, мышцах и мягких тканях, которые в результате прогрессирования болезни кальцифицируются и костенеют. ПОМ относится к редкой патологии: 1 случай на 2 млн человек. Болезнь начинается в первой декаде жизни, являясь исключительно патологией детского возраста.

Цель исследования: Описать результаты клинических, рентгенологических, УЗИ исследований у больного с прогрессирующим оссифицирующим миозитом.

Материалы и методы. Проведена клинические, рентгенологические, УЗИ исследования у 2 детей с прогрессирующим оссифицирующим миозитом.

Результаты исследования. Жалобы на ограничение движений в плечевых и тазобедренных суставах. При осмотре движение в плечевых суставах, правого локтевого сустава и обоих тазобедренных суставах ограничены. Видны опухолевидные образования и дополнительные тяжи, преимущественно справа от позвоночного столба. Гипотрофия мышц плечевого пояса и спины. На рентгенограммах выявлены множество участков обызвествления (кальцинатов) мягких тканей (сегменты мышц и сухожилий) различной формы и размеров в области: m.teres major с обеих сторон, m.pectoralis major (нижней сегмент) справа, m.latissimus dorsi, m.trapezius слева, m.biceps brachii справа – частично, m.supinator m.gluteus major с обеих сторон.

На УЗИ исследовании обеих кистей – уплотнение костного контура и параоссальных мягких тканей. На уровне проксимального межфалангового сочленения 3 пальца слева по тыльной и наружной поверхности отмечается умеренное сужение сочленованной щели,

неровность суставных поверхностей, заметное уплотнение параартикулярных и параоссальных мягких тканей – мышц (костной плотностью с акустической тенью), участок уплотнения неправильной формы размером 15,4x8,7мм. Такие же, но малозаметные изменения (без акустической тени) отмечается в аналогичных местах справа.

На МСКТ грудной клетки и грудопоясничного отдела позвоночника определяется наличие множество участков обызвествления (кальцинатов) мягких тканей (сегменты мышц и сухожилий) различной формы и размеров в области: m.teres major с обеих сторон, m.pectoralis mayor (нижней сегмент) справа, m.latissimus dorsi, m.trapexius слева.

У двоих больных в анамнезе были проведены оперативное лечение по поводу удалении оссификатов. Но после оперативного лечения у больных выявлены новые оссификаты в больших размеров.

Таким образом, редкие формы заболеваний костно-мышечной системы (прогрессирующий оссифицирующий миозит) является тяжелым генетическим заболеванием, требующим диагностической настороженности со стороны практикующих врачей травматологов-ортопедов, ревматологов, хирургов и педиатров. Все пациенты с подозрением на ПОФ должны быть направлены на генетическое обследование для подтверждения диагноза. Попытки хирургического иссечения очага или его части у больного с ПОФ не приводят к успеху. В области оперативного вмешательства нередко очень быстро развивается оссификат еще большего размера.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ОССИФИЦИРУЮЩИМ МИОЗИТОМ

Валиева К.Н., Исматуллаева М.Н., Рустамова У.М.

**Республиканский научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии**

Прогрессирующий оссифицирующий миозит (ПОМ), болезнь Мюнхмейера, параоссальная гетеротопическая оссификация, - является самостоятельной нозологической формой, характеризуется гетеротопической оссификацией и врожденными дефектами развития скелета. В основе заболевания – метапластический остеогенез, в котором участвуют не клетки периоста и эндоста, а происходит трансформация соединительной ткани мышечных прослоек, сухожилий, связок, фасций и апоневрозов в костную ткань, а также воспалительные процессы, сформированные в сухожилиях, фасциях, связках, мышцах и мягких тканях, которые в результате прогрессирования болезни кальцифицируются и костенеют. ПОМ относится к редкой патологии: 1 случай на 2 млн человек. Болезнь начинается в первой декаде жизни, являясь исключительно патологией детского возраста.

Цель исследования: описать результаты клинических, рентгенологических, УЗИ исследований у больного с прогрессирующим оссифицирующим миозитом.

Материалы и методы. Проведена клинические, рентгенологические, УЗИ исследования у 2 детей с прогрессирующим оссифицирующим миозитом.

Результаты исследования. Жалобы на ограничение движений в плечевых и тазобедренных суставах. При осмотре движение в плечевых суставах, правого локтевого сустава и обоих тазобедренных суставах ограничены. Видны опухолевидные образования и дополнительные тяжи, преимущественно справа от позвоночного столба. Гипотрофия

мышц плечевого пояса и спины. На рентгенограммах выявлены множество участков обызвествления (кальцинатов) мягких тканей (сегменты мышц и сухожилий) различной формы и размеров в области: m.teres major с обеих сторон, m.pectoralis major (нижней сегмент) справа, m.latissimus dorsi, m.trapezius слева, m.biceps brachii справа – частично, m.supinator m.gluteus major с обеих сторон.

На УЗИ исследовании обеих кистей – уплотнение костного контура и параоссальных мягких тканей. На уровне проксимального межфалангового сочленения 3 пальца слева по тыльной и наружной поверхности отмечается умеренное сужение сочленованной щели, неровность суставных поверхностей, заметное уплотнение параартикулярных и параоссальных мягких тканей – мышц (костной плотностью с акустической тенью), участок уплотнения неправильной формы размером 15,4x8,7мм. Такие же, но малозаметные изменения (без акустической тени) отмечается в аналогичным местах справа.

На МСКТ грудной клетки и груднопоясничного отдела позвоночника определяется наличие множество участков обызвествления (кальцинатов) мягких тканей (сегменты мышц и сухожилий) различной формы и размеров в области: m.teres major с обеих сторон, m.pectoralis major (нижней сегмент) справа, m.latissimus dorsi, m.trapezius слева.

У двоих больных в анамнезе были проведены оперативное лечение по поводу удалении оссификатов. Но после оперативного лечения у больных выявлены новые оссификаты в больших размеров.

Таким образом, редкие формы заболеваний костно-мышечной системы (прогрессирующий оссифицирующий миозит) является тяжелым генетическим заболеванием, требующим диагностической настороженности со стороны практикующих врачей травматологов-ортопедов, ревматологов, хирургов и педиатров. Все пациенты с подозрением на ПОФ должны быть направлены на генетическое обследование для подтверждения диагноза. Попытки хирургического иссечения очага или его части у больного с ПОФ не приводят к успеху. В области оперативного вмешательства нередко очень быстро развивается оссификат еще большего размера.

СЕНСОНЕВРАЛЬНАЯ ТУГОУХОСТЬ ИНФЕКЦИОННОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Джаббарова Д.Р., Каримова М.М., Алимова Д.Д.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт
Самаркандский Государственный медицинский университет**

Актуальность. Проблема острой нейросенсорной тугоухости у детей постоянно находится в центре внимания не только оториноларингологов, но и врачей других специальностей (инфекционистов, педиатров, невропатологов).

У детей основными этиологическими факторами развития сенсоневральной тугоухости могут быть инфекционные заболевания (грипп, корь, паротит, скарлатина, ТОРЧ - инфекции), интоксикации, травмы различного характера, а также антибиотики аминогликозидного ряда (гентамицин, канамицин, амикацин, мономицин, стрептомицин).

Наша цель проведение статистического анализа эпидемиологии острой сенсоневральной тугоухости у детей обративших и получивших лечение в ЛОР клинике ТашПМИ в течение 2020-2022 гг.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением были 80 детей в возрасте от 2 до 18 лет, из них 45 (56 %) мальчиков и 35 (44%) девочек. Изучено жалобы больных или их родителей, подробно собраны анамнестические данные. Произведено осмотр ЛОР органов, проведено изучение безусловных рефлексов на звуковое раздражение, игровая аудиометрия, акустическая импедансометрия, тональная пороговая аудиометрия и КСВП (регистрация слуховых вызванных потенциалов), ЭЭГ, осмотр невропатолога по показаниям, а также заполнен слуховой паспорт для каждого ребенка.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного этиологического анализа и клинико-аудиологических исследований выявлены: из 80 детей с сенсоневральной тугоухостью у 18 (22,5%) причиной явились острые инфекционные заболевания (грипп, эпид. паротит, вирусный гепатит, менингококковая инфекция, ТОРЧ-инфекции).

Из анамнеза обращенных детей выявлено, что переболели гриппом 7 (8,7%), паротитом 6 (7,5%), вирусным гепатитом 3 (3,75%) детей.

Иногда наблюдается одностороннее поражение рецепторных клеток улитки, и родители часто не замечают поражение слуха из-за того, что состояние слуха компенсируется здоровым ухом.

Осложнение менингококковой инфекции часто приводит к двусторонней тугоухости, своевременное обращение и лечение 2 (2,5%) больных дало возможность снизить порог слуха на 10-15 ДБ.

Выводы. Детям перенесших инфекционные заболевания с подозрением на осложнение органа слуха своевременно следуют проводить аудиологическое исследование и при выявлении нарушений слуховой функции необходимо проведение безотлагательных лечебно-реабилитационных мероприятий.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ТУГОУХОСТИ ДЕТЕЙ СО СРЕДНИМ ОТИТОМ

Джаббарова Д.Р., Каримова М.М., Расулова Н.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема тугоухости во всем мире в настоящее время приобретает большую актуальность не только в медицинском, но и социальном аспекте. Перенесенные в детском возрасте средние отиты нередко ведут к понижению слуха за счет образования рубцовых изменений в барабанной полости.

Среди основных причин, вызывающих снижение слуха, является острые и различные формы хронических средних отитов в зависимости от наличия или отсутствия экссудата в барабанной полости, в большинстве случаев за счет нарушения вентиляции евстахиевой трубы, приводящих к поражению звукопроводящего аппарата. Предотвратить связанную с этим тугоухость особенно важно, так как снижение слуха приводит к нарушению формирования речи у ребенка. В свете необходимости решения описанных выше вопросов было запланировано и выполнено настоящее исследование.

Материал и методы исследования. Для осуществления поставленной цели нами были обследованы 80 ребенка со средним отитом в ЛОР клинике при Таш ПМИ. Возраст обследованных было от 3 до 15 лет. Из них 44 (55%) мальчиков и 36 (45%) девочек. Все

дети в плановом порядке обследованы сурдологом-оториноларингологом, до и после лечения проведено аудиологическое обследование, акустическая импедансометрия, исследование проходимости слуховой трубы.

Результаты исследования и обсуждение. У всех детей было выявлено снижение слуха по кондуктивному типу. Одновременно с санацией уха, назначены антибактериальная терапия, промывание носовой полости по Проёцу, с целью восстановления вентиляции евстахиевой трубы проводили катетеризацию слуховой трубы с введением лекарственных препаратов в возрастной дозировке. Кроме этого больные получали витаминотерапию и физиотерапевтическое лечение (УФО носа, УВЧ области уха и носа).

Своевременно назначенное интенсивное лечение гнойного среднего отита позволило приостановить прогрессирование воспалительного процесса и восстановить нормальный слух.

Вывод. Всем детям, перенесший средний отит, необходимо обязательно проводить исследование слуха до- и после лечения для профилактики тугоухости, что особенно важно в детском возрасте.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ШПРЕНГЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Джураев А.М., Алимухамедова Ф.Ш.

ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Актуальность Болезнь Шпренгеля или врожденное высокое стояние лопатки – сложная аномалия развития плечевого пояса, позвоночника и грудной клетки. По данным литературных источников высокое стояние лопатки среди ортопедических заболеваний врожденного генеза по частоте встречаемости составляют 0,2-1% и относятся к числу первичных врожденных деформаций. Данная патология является достаточно актуальной, в связи с тем, что при имеющихся классификациях не указаны некоторые формы деформации лопатки, при которых применение общеизвестных методов оперативного лечения не обеспечивает устранения данных деформаций, что в свою очередь побуждает специалистов к дальнейшему изучению вопросов диагностики и лечения врожденного высокого стояния лопатки.

Цель исследования: улучшить результаты лечения болезни Шпренгеля у детей путем разработки новых методов хирургической коррекции деформаций формы лопаточной кости.

Материалы и методы. В отделении детской ортопедии РСНПМЦТО с 2010 по 2023 годы находились на стационарном лечении 92 детей с врожденным высоким стоянием лопатки в возрасте от 3 до 14 лет. Из них мальчиков было 25 (27,3 %), девочек – 67 (72,7 %). Для диагностики применяли следующие методы исследования: параклинические, клинические и инструментальные такие как, цифровая рентгенография, ЭНМГ, МСКТ.

Результаты и обсуждение. Наши наблюдения показали, что анатомо-косметические результаты после операции у детей с высоким стоянием лопатки зависели от тяжести заболевания, наличия сопутствующих заболеваний и проведенных операций.

Предложенные методы коррекции патологически измененной формы лопатки позволили улучшить результаты оперативного лечения детей с болезнью Шпренгеля. Удалось достичь хороших анатомических результатов в 80,0% наблюдениях и функциональных результатов у 85,0% детей.

Выводы. Для профилактики развития деформаций лопатки по мере роста детей целесообразно всестороннее оценить состояние изменения формы лопаточной кости и произвести коррекцию во время операции. Кроме того, оперативное лечение целесообразно проводить дифференцированно с учетом формы и тяжести заболевания. Обязательным условием является полная коррекция и адаптация к поверхности грудной клетки проксимального отдела и тела лопаточной кости. Нами предложенный метод коррекции патологически измененной формы лопатки позволили улучшить результаты оперативного лечения детей с болезнью Шпренгеля.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРМОБИЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Джураев А. М., Алимухамедова Ф.Ш.

ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии»

Актуальность. *Синдром гипермобильности суставов* – это состояние соединительной ткани, объясняющее ее повышенную эластичность и проявляющееся совокупностью от нескольких состояний опорно-двигательного аппарата до большого симптомокомплекса, затрагивающего разные системы человеческого организма. Термин «гипермобильный синдром» отражал феномен гипермобильности суставов, сочетающийся с дисфункцией опорно-двигательного аппарата (подвывихи, артралгии). Сегодня, благодаря достижениям генетики были описаны и классифицированы свыше 200 заболеваний соединительной ткани и скелета наследственного характера. Изучения данной патологии опорно-двигательного аппарата определило целый ряд нерешённых вопросов, касающихся возрастных и половых границ гипермобильности, состояния опорно-двигательного аппарата у лиц с гипермобильностью суставов, уточнения критериев гипермобильного синдрома и его распространённости, непосредственных причин суставной боли при гипермобильном синдроме, а также практически не изученное социальное значение проблемы в целом, определяют актуальность предпринятого эпидемиологического и клинико-инструментального исследования.

Цель исследования: улучшить результаты лечения детей с деформациями опорно-двигательного аппарата, развившихся вследствие гипермобильного синдрома, путем оптимизации диагностики и разработки новых методов лечения.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования явились 50 больных с диагнозом гипермобильный синдром, лечившихся РСНПМЦТО в отделении консультативной поликлиники и детской травматологии и ортопедии с 2022 по 2023 года в возрасте от 1 до 18 лет. Из них мальчиков было 18 (36,0 %), девочек – 30 (64,0 %). Для диагностики применяли следующие методы исследования: физикальный осмотр (по шкале

Бейтона) клинико-лабораторные, рентгенологические, ультрасонографические, денситометрические, электрофизиологические патоморфологические.

Результаты. Ведущее место при постановке диагноза любого гипермобильного синдрома у детей используется физикальный осмотр (по шкале Бейтона), клинико-лабораторные, рентгенологические, ультрасонографические, денситометрические, электрофизиологические патоморфологические исследование. Наши наблюдения показали, физикальный осмотр Бейтона, а также другие методы обследования дополняя друг друга помогает дифференцировать другие заболевание от гипермобильного синдрома у детей.

Наши наблюдения показали, что частота встречаемости гипермобильного синдрома неодинакова в разных возрастных группах детей. Необходимо отметить, что гипермобильный синдром имеет, как правило, прогрессирующий характер и лежит в основе формирования соматической патологии. Последняя нередко выходит на первый план и определяет прогноз основного заболевания. Своевременная метаболическая терапия играет важную роль в лечении и профилактике потенциальных осложнений гипермобильного синдрома.

Вывод. Гипермобильный синдром имеет, как правило, прогрессирующий характер и лежит в основе формирования соматической патологии и определяет прогноз основного заболевания. Своевременная метаболическая терапия играет важную роль в лечении и профилактике потенциальных осложнений гипермобильного синдрома.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Зайнабитдинова С.Н., Шамсиев Ф.М.

**Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. В настоящее время накоплена клиническая информация о роли возбудителей пневмонии и развития ее затяжного течения, наиболее частым из которых является *Streptococcus pneumoniae*. В последние годы обсуждается вопрос о роли лекарственной устойчивости *S. pneumoniae* к β лактамам и макролидам при затяжном течении пневмонии. В последние годы накоплены данные, позволяющие правильно подойти к профилактике, диагностике и лечению внебольничная пневмония. Следует подчеркнуть, что затяжная пневмония играет важную роль в современной клинической практике, несмотря на достигнутые результаты в создании нового поколения антибактериальных препаратов.

Цель исследования: оценка эффективности дифференцированной терапии детей с внебольничной пневмонией затяжного течения с учетом уровня С-реактивного белка.

Материал и методы. В исследование были включены 96 детей с внебольничной пневмонией затяжного течения в возрасте от 1 года до 15 лет, поступивших на стационарное лечение в отделении пульмонологии РСНПМЦП МЗ РУз. В качестве контрольной группы было обследовано 24 практически здоровых детей того же возраста. Отобранному контингенту детей проводили тщательное клинико-лабораторное обследование. Использовались методы вариационной статистики с вычислением средних арифметических

значений (M), их стандартных ошибок (m) и достоверных различий по критерию Фишера-Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Основным проявлением ВП затяжного течения был кашель, в основном влажный у 65,6% больных, у 34,4% – сухой, продолжительность влажного кашля составляла $3,3 \pm 0,3$ суток, сухого кашля – $3,1 \pm 0,1$ суток. Одышка смешанного характера с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры была у 74,0% больных. Перкуторные изменения в легких у 63,5% имели локальный характер в виде укорочения легочного звука, у 36,5% наблюдался коробочный оттенок перкуторного звука. При аускультации жесткое дыхание определялось в 85,4% случаях, у 14,6% ослабленное дыхание. Влажные хрипы, иногда в сочетании с крепитацией, прослушивались у 84,4% больных, продолжительность их составила $5,3 \pm 0,6$ суток. Сухие хрипы прослушивались у 63,5% больных, продолжительность - $4,7 \pm 0,2$ суток. Средняя продолжительность лечения детей острой пневмонией в стационаре составила $10,2 \pm 0,3$ дней. При рентгенологическом исследовании органов дыхания у 44,8% больных была диагностирована двухсторонняя очаговая пневмония, у 11,5% - правосторонняя, причем очаг воспаления локализовался преимущественно в базальных сегментах правого легкого. У 2,1% - левосторонняя, у 17,7% – полисегментарная. В ходе проспективного исследования из 96 обследованных больных ВП затяжного течения содержание СРБ в сыворотке крови было повышено. Проведенные исследования показали, что уровень СРБ в сыворотке крови у детей с ВП в начальном периоде болезни был существенно выше (в 6,7 раз) составляя $30,2 \pm 2,1$ мг/л, у детей ВП затяжного течения в (12,2 раза) составляя $54,7 \pm 4,5$ мг/л по сравнению с контрольной группой. Уровень СРБ в сыворотке крови у детей с ВП затяжного течения (1,8 раз) выше по сравнению с ВП.

Выводы. Оценка биомаркёров воспаления С-реактивного белка является информативным показателем в диагностике ВП затяжного течения у детей, их повышение подтверждают бактериальную природу патологического процесса, что можно использовать при выборе дифференцированной терапии.

ЗНАЧИМОСТЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Зайнабитдинова С.Н., Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность. Бронхолегочные заболевания у детей остаются одной из нерешенных проблем современной педиатрии. В последние 10 лет пневмония занимает ведущее место среди этих заболеваний. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) пневмония является наиболее частой причиной смерти детей в мире. В частности, в структуре смертности детей до 5 лет она составляет 17,5%, ежегодно унося жизни примерно 1,1 миллиона детей этой возрастной группы. Благодаря успехам последних лет, достигнутым в вопросах диагностики и лечения внебольничной пневмонии (ВП) у детей, изменилось течение заболевания, существенно уменьшилось число тяжелых форм болезни, снизилась летальность.

Цель исследования: изучить уровень ПКТ, СРБ и про- и противовоспалительных цитокинов при острой ВП и прогнозирование её затяжного течения.

Материал и методы. Были использованы общеклинические, биохимические, серологические, иммунологические и статистические методы исследования. В основу исследования положены данные комплексного обследования 123 детей, больных ВП в возрасте от 6 месяцев до 7 лет, из них 65 детей составили основную группу (ВП затяжного течения) и 58 детей – группу сравнения (ВП острое течение).

Результаты исследования. Основными жалобами при госпитализации больных в стационар были кашель, в 62,6% случаев продуктивный, в 37,4% - сухой. Достоверно чаще сухой кашель встречался в основной группе – 66,2%, тогда как продуктивный кашель наоборот, достоверно чаще встречался в группе сравнения – 94,8%. В этой же группе детей кашель достоверно чаще был эффективным. Повышение температуры тела вначале заболевания до фебрильных цифр регистрировалось в 51,2% и субфебрильных в 15,4% наблюдений.

Проведенные исследования показали, что уровень СРБ и ПКТ имели зависимость от затяжного течения ВП, так у детей в основной группе установлены более высокие показатели СРБ и ПКТ по отношению к показателям группы сравнения. Полученные нами данные показали, что уровень ИЛ-4 у детей, больных ВП были выше контроля в 2,3 раза. При ВП уровень ИЛ-4 повысился до $10,8 \pm 0,9$ пг/мл ($P < 0,01$), по отношению к контрольной группе. у детей группы сравнения отмечается достоверное 4-х кратное повышение показателей ИЛ-4 по отношению к показателям основной группы ($42,8 \pm 6,8$ против $9,5 \pm 2,6$ пг/мл; $P < 0,01$), тогда как показатели ИЛ-6 имели обратную картину в основной группе они повышались в 5,5 раз ($52,3 \pm 8,6$ против $9,5$ пг/мл; $p < 0,01$), а в группе сравнения – снижались. Показатели ФНО α были повышены в обеих группах по отношению к референтным значениям ($60,78 \pm 12,5$ и $63,7 \pm 10,8$ пг/мл против $42,3 \pm 2,1$ пг/мл).

Выводы. Установлено, что содержание СРБ свыше 30 мг/л свидетельствует о развитии затяжного течения ВП у детей от 6 месяцев до 7 лет; Доказаны дифференцированные изменения в цитокиновом статусе, характеризующиеся при остром течении 10 кратным повышением ИЛ-4, а при затяжном течении ВП 15 кратном повышении ИЛ-6 на фоне достоверно высоких показателей TNF α по отношению к референтным значениям в зависимости от течения заболевания. Оценка биомаркёров воспаления С-реактивного белка и прокальцитонина является информативным показателем в диагностике ВП у детей, их повышение подтверждают бактериальную природу патологического процесса, что можно использовать при выборе дифференцированной терапии. Выявлен дисбаланс цитокинового статуса у детей с ВП, выражающийся повышением уровней ИЛ-4, ИЛ-6, и TNF α , что способствует затяжному течению патологического процесса и служит дополнительным критерием оценки выраженности воспаления.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА СРЕДИ ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Закирова У.И.

Ташкентская медицинская академия

В структуре общей заболеваемости детского населения лидирующее место занимают болезни органов дыхания. Бронхолегочные заболевания у детей представляют собой медико-

социальную проблему, которая обусловлена трудностями ранней диагностики, несвоевременной обращаемостью при рецидивах заболевания, хронизацией патологии и низкой продолжительностью жизни больных.

Целью нашего исследования послужило проведение анализа заболеваемости рецидивирующего бронхита среди детей в амбулаторно-поликлинических условиях семейной поликлиники города Ташкента.

Методы исследования. Исследование проводилось с использованием общеклинических, функциональных и статистических методов исследования. Нами проведен анализ структуры заболеваемости рецидивирующим бронхитом, протекающий с СБО, в условиях одной городской семейной поликлиники (СП) №51 города Ташкента. Показатели заболеваемости рассчитаны на основании официальных данных по обращаемости за медицинской помощью в лечебные учреждения.

Результаты исследования. Анализ распространенности заболеваемости в городских СП показало среди основных патологий высокий рост обращаемости детей с БЛЗ (44,2%). Так, общее количество детей в городской СП от периода новорожденности до 18 лет составил 4 452 человек, из которых новорожденные - 557 детей, до 1 года - 861, от 1 года до 14 лет - 1713, подростки - 1321. Среди детей в структуре общей заболеваемости лидирующее место принадлежит болезням органов дыхания (44,2%). При этом среди БЛЗ наибольший процент приходится на группу детей с ОРИ -59,2%, тогда как бронхиты - 18,7%, пневмония - 17,2% и БА - 4,2%. Анализ распространенности заболеваемости в АПУ городских СП показал высокий рост обращаемости детей с рецидивирующими бронхитами (42,5%). Среди бронхитов наибольший процент составили дети с острым бронхитом (ОБ)-31,2 % и ООБ-26,2%, тогда как дети с РБ без СБО составили 18,0 % и РБ с СБО-24,5 %. Среди обследованных детей преобладали дети раннего возраста 52,9%, по полу преимущественно мальчики 58,8%, дети с частыми эпизодами бронхита (2-3 и более раз в году) отмечались в 42,5% случаев.

В амбулаторно-поликлинической практике у детей имеют место запаздывания постановки диагноза БА у детей с рецидивирующей бронхиальной обструкцией (РБО). Наблюдения показали, что у детей с РБО в течение первого года от начала клинических проявлений диагноз бронхиальной астмы (БА) был установлен лишь у 28,3% детей. При этом у 67,5% детей постановки диагноза была поздней, который варьировал от 1,5 года до 4 лет. У 36,7% детей диагностика БА проведена в течение 3 лет. У небольшого количества детей (4,2%) с РБО диагностика БА проведена более, чем через 4 года. Однако, нередко детям выставлялись альтернативные диагнозы, в частности РБ с СБО, и назначалось необоснованное лечение.

Выводы. Заболевания органов дыхания у детей в амбулаторно-поликлинических условиях имеют наибольшую распространенность среди основных заболеваний. Среди них дети с РБО имели высокую распространенность среди заболеваний бронхов у детей. Это обусловлено трудностями ранней диагностики, несвоевременной обращаемостью при рецидивах заболевания бронхов и хронизацией патологии у детей. В связи с этим своевременная диагностика и реабилитация детей с рецидивами обструктивных бронхитов является актуальной проблемой для педиатрии.

ГЕНЕАЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ

Закирова У.И., Каримджанов И.А.

Ташкентская медицинская академия

В последние годы дети с рецидивирующей бронхиальной обструкцией (РБО) получили широкую распространенность среди заболеваний органов дыхания у детей. Генеалогический метод анализа родословных является доступным и эффективным методом изучения наследственной предрасположенности человека, который включает в себя три этапа: сбор сведений о родственниках больного, составление родословной и анализ родословной трех степеней родства. Метод клинико-генеалогического анализа дает возможность выявлять наследственный характер признака, определять тип наследования и устанавливать носительство мутантного гена тем или иным членом семьи.

Целью нашего исследования явилось определение распространенности бронхолегочных заболеваний (БЛЗ) в семье пробанда с РБО для анализа типа наследования и генетического прогноза наследственной предрасположенности к данным заболеваниям.

Материалы и методы. Метод генеалогического анализа родословных 106 больных (пробандов) узбекской популяции в возрасте от 1 года до 15 лет с РБО. Проведено семейное обследование 204 их родителей, 219 сибсов (братья и сестры пробанда) и 578 родственников больного (пробанда) РБО I, II и III степени родства. Генеалогический анализ проводили, используя сегрегационный анализ по методу Харди-Вайнберга. В группу родственников вошли: дяди и тети, двоюродные братья и сестры, бабушки и дедушки по материнской и отцовской линии. Генеалогический анализ семьи больного проводили с помощью специально разработанной анкеты-опросника.

Результаты. Анализ клинико-генеалогического исследования детей с РБ, протекающий с СБО, показал зависимость риска формирования заболевания от состояния здоровья родителей. Так, если один из родителей больного ребенка страдает ХОБЛ или БА, вероятность развития заболевания у детей РБО или БА колеблется от 10 до 40%; в случае, если больны оба родителя - она достигает от 50 до 70%. Генетический анализ родословной показал наследственный характер патологии, при этом заболевание РБ с СБО передалось из поколения в поколение, преимущественно по материнской линии. Пробанд унаследовал заболевание от матери ребенка, которая имеет наследственную предрасположенность к аллергическим заболеваниям и БА от своих родителей по материнской линии. При этом по линии отца здоровые члены семьи имеют здоровое потомство. Следовательно, у данного больного был высокий риск заболеваемости к аллергическим заболеваниям, т.к. болезнь отмечалась у родителя и бабушки пациента. Для определения генетического риска и клинического прогноза для родственников больного на основании анализа родословной дана характеристика типа наследования. Аутосомно-рецессивный тип наследования отмечалось у 34,9% пробандов с РБО. При этом родители больного чаще здоровы, заболевание ХОБЛ или БА обнаруживалось у других родственников, например у сестры или у брата матери пробанда, двоюродных братьев (сестер) пробанда. Поэтому в родословной шараде заболевания бронхов проявляются «по горизонтали», часто в группе сибсов пробанда.

Выводы. Результаты генеалогического исследования показали, что семейный характер передачи болезни, при этом у 43,4% пробандов с РБО наблюдался аутосомно-доминантный тип наследования: риск рождения больного с РБ составил около 50%, когда болен один из родителей. При этом заболевание передавалось из поколения в поколение по вертикальный, выраженность заболевания зависило от влияния экзогенных факторов. При аутосомно-доминантном типе наследования частота заболеваемости у детей мужского и женского пола одинакова. Представители здоровых членов семьи имеют здоровых потомков, т.к. у них не отмечается носительство патологического гена. На рисунке 5.3. представлен пример родословной пробанда с РБО с аутосомно-доминантным типом наследования. Результаты генеалогического исследования показали, что у большинства больных с РБО 43,4 % передача заболевания происходило по аутосомно-доминантному типу наследования. При этом заболевание манифестирует у гетерозигот и передаются в родословной по вертикали от больных любого пола потомкам любого пола, но могут быть результатом новых мутаций. Риск развития болезни зависит от степени родства с больным пробандом в родословной. Чем выше степень родства с больным пробандом, тем выше риск заболевания для его родственников.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМИ АРТРИТАМИ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ

Ибрагимов А.А., Ахмедова Д.И., Ахмедова Н.Р., Файзиев А.А.

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

Актуальность. Юношеский артрит с системным началом (ЮАсСН) у детей характеризуется выраженной тяжестью общего воспалительного ответа, яркой полисиндромностью, развитием тяжелой функциональной недостаточностью органов и систем, а также большим риском развития в прогнозе деформирующего артрита. Поэтому одним из перспективных направлений современной ревматологии является применение генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ) в лечении этих детей.

Цель исследования: изучить динамику клинических показателей у детей с ювенильными артритами с системным началом на фоне биологической терапии.

Материалы и методы. Обследовано 50 больных с ЮАсСН в возрасте от 1 до 18 лет, госпитализированных в кардиоревматологическое отделение РСНПМЦП. В зависимости от лечения больные были распределены на 2 группы: 1 группа – 30 больных, получавших биологическую терапию (тоцилизумаб), 2 группа - 20 больных, не получавших биологическую терапию. Тоцилизумаб назначали по 12 мг/кг (при весе <30 кг) или по 8 мг/кг (при >30 кг) каждые 4 недели. Методы исследования включали клинико-анамнестические, лабораторные и инструментальные методы (УЗИ внутренних органов и суставов, ЭКГ, рентгенографию суставов и грудное клетки, МСКТ), которые проводились до начала терапии ГИБТ и каждые 3 месяца.

Результаты и обсуждение. Основная цель лечения была направлена на достижение статуса неактивного заболевания. У детей с ЮАсСН до начала терапии была выявлена умеренная (56,2%) и высокая активность (43,7%) заболевания. Исследования показали, что

через 3 месяца на фоне биологической терапии отмечалась быстрая регрессия системных проявлений заболевания, включая и суставной синдром в 1-группе больных, а во 2-группе улучшение этих показателей наступало медленно ($p \leq 0,01$). В течение первых 3 месяцев в 1 группе больных побочных эффектов не отмечалось, и у пациентов без системных симптомов в этой группе доза ГКС была снижена. Динамика лабораторных показателей также выражалась снижением числа лейкоцитов, тромбоцитов, а также маркеров воспаления СОЭ и СРБ, как по сравнению с показателями до лечения, так и группы сравнения. Через 6 месяцев лечения у пациентов 1 группы исчезли все клинические признаки заболевания, сохранялись только такие лабораторные изменения, как анемия у 4 (15,3%) больных и тромбоцитоз у 6 (23,07%) больных. Во 2 группе из клинических проявлений ЮА у 8 (40%) пациентов сохранялась лихорадка, у 14 (70%) - кожные высыпания, у 8 (40%) - симптомы артралгии и артрита. Лабораторные показатели свидетельствовали о наличии анемии у 10 (50%) больных, тромбоцитоза - у 11 (55%) больных, лейкоцитоза - у 5 (25%) больных, ускоренного СОЭ - у 9 (45%) больных и повышение СРБ - у 8 (40%) больных 2 группы. Через 9 месяцев от начала лечения регрессия клинических симптомов и нормализация лабораторных показателей отмечалась у 91,6% больных. Исключением явился 1 больной с сохраненными изменениями в суставах.

Вывод. Применение биологической терапии у детей с ЮАсСН способствует снижению активности заболевания (на 3-мес. от начала терапии), переходу в более короткие сроки в стадию ремиссии (на 6-й мес.) и ее удлинению, нормализации лабораторных данных (СОЭ, СРБ, Нв, лейкоциты, тромбоциты), а также позволяет избежать излишнего и длительного назначения ГКС, иммуносупрессоров и НПВС.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Исматова К.А., Маматова Ш.Р., Эргашев Ж. Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Хронический тонзиллит - одно из самых распространенных заболеваний, встречающихся в повседневной педиатрической практике, что является поводом для продолжения изучения этой болезни. Хронический тонзиллит занимает одно из первых мест среди ЛОР заболеваний. Несмотря на достижения современной медицины, удельный вес хронического тонзиллита не снижается. Так, по данным различных отечественных авторов, хроническим тонзиллитом страдает 5–6% взрослого населения и 10–12% детей. По другим оценкам заболеваемость хроническим тонзиллитом в различных возрастных группах составляет от 22,1 до 40,1%.

По данным литературы, тонзиллэктомия слишком часто назначается при недостаточных показаниях, что не дает возможности до конца провести терапевтические мероприятия и дать им оценку. Помимо этого авторы сходятся во мнении о негативных последствиях применения антибиотиков, которые нарушают флору ротовой полости и кишечника. Несмотря на большое количество предложенных разнообразных схем консервативной терапии ХТ, у пациентов с ХТ токсико-аллергической формы I степени (ХТ

ТАФ I) (по клинической классификации ХТ по Б.С. Преображенскому и В.Т. Пальчуну (1977 г.), наблюдается наименьший эффект от проведенного лечения, а также – частые рецидивы заболевания.

В результате этого пациенты с ХТ чаще обращаются за медицинской помощью. Это приводит к увеличению дней нетрудоспособности, увеличивает нагрузку на медицинский персонал и повышает экономические затраты на лечение этой категории пациентов.

Цель исследования: определить эффективность иммуномодулирующего препарата у детей с хроническим тонзиллитом.

Материалы и методы. Для исследования были выбраны 48 пациентов в возрастной группе от 6 до 17 лет, страдающих от хронического тонзиллита ТАФ I степени. (Все пациенты проходили обследование, лечение и наблюдение в условиях оториноларингологического и консультативно-диагностического отделений клиники ТашПМИ в период с 2019 по 2020 гг.) Из них 21 мальчики и 27 девочки средний возраст – $13,7 \pm 9,1$ лет. Было выделено 2 группы. Из анамнеза общих групп ранее консервативное лечение ХТ проводили 30 больным (62,5%). Длительность течения ХТ ТАФ I степен у 21 обследованных больных (43,75%) составила до 5 лет, у 17 (35,41%) – от 5 до 10 лет и у 10 – (20,8%) – более 10 лет. Ангины в анамнезе отмечали 39 больных (81,25%). Ранее консервативное лечение ХТ проводили 61 больному (69,3%).

Больных во всех группах были проводился ЛОР осмотр и фарингоскопическом исследовании у пациентов групп I, II были обнаружены все местные признаки ХТ. При этом у всех пациентов были выявлены признаки Гизе и Зака, а другие местные признаки ХТ встречались немного реже. Мы провели сравнительную характеристику вариантов консервативной терапии ХТ ТАФ I степен. Группа номер 1 (основная) получала полиоксидоний с 1 дня начала клинический симптома. 2 контрольная – получило только базисная.

Больных во всех группах были сопоставлены по возрасту, полу и клиническим проявлениям заболевания регулярный скрининг лабораторных показателей, проводился физикальный осмотр: до терапии препаратом, в течение семидневной терапии и на протяжении 6-12 месяцев после лечения. Эффективность препарата оценивалась на основании сравнительного анализа динамики купирования основных симптомов и на основании общих анализов крови и фарингоскопических показателей пациентов. Все больные независимо от группы получали базисную терапию: постельный режим, диета, обильное питье, НПВС, жаропонижающие при температуре $38,5^{\circ}\text{C}$ антигистаминные, рассасывающие таблетки. Оценивая клиническое состояние пациента, назначались антибиотики.

Результаты исследования. В первой группе продолжительность боли в суставах уменьшилась на 3 сутки, по сравнению с 2 группами. Симптомы боли в горле у основной группы купировались, в среднем, за 2 дня, в контрольной – в два раза дольше. Катаральные явления исчезали на сутки быстрее у пациентов, принимавших полиоксидоний. Так же в основной группе на сутки сокращалось количество койко - дней, проведенных в больнице. Бактериальные осложнения возникали значительно реже, поэтому снижалась потребность в лечении антибиотиками. На фоне терапии препаратом не выявлено существенных различий у основной и контрольной группы в показателях периферической крови, что свидетельствует о высоком профиле безопасности полиоксидония. Таким образом, у 34,6% пациентов основной группы был отмечен хороший эффект, у 65,7% отличный. В

контрольной группе хороший эффект наблюдался у 54,5%, удовлетворительный у 27,27%, отсутствие результата у 7%.

Выводы. Включение полиоксидония в комплексную терапию позволяет снизить выраженности клинических симптомов и потребность в применении антибиотиков. Частота ОРВИ сокращается в 2 раза после окончания лечения полиоксидонием.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Каримова Н.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность. Хронический бронхит (ХБ) – это хроническое распространенное воспалительное заболевание бронхов, характеризуется повторными обострениями с перестройкой секреторного аппарата слизистой оболочки, развитием склеротических изменений в глубоких слоях бронхиального дерева. Хронический бронхит занимает ведущее место в структуре причин смертности от хронической патологии легких взрослого населения. Сведения о частоте хронического бронхита среди детского населения весьма ограничены. Это объясняется, прежде всего, тем, что ХБ у детей на протяжении длительного времени рассматривался лишь как стадия хронической пневмонии или как синдром при других формах хронической патологии легких.

Цель исследования. Изучить факторы риска развития хронического бронхита у детей и провести их факторный анализ.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 40 детей с хроническим бронхитом в возрасте от 5 до 18 лет. Группу сравнения составили 40 детей с острым бронхитом (ОБ). Все больные поступили в клинику в фазе обострения заболевания, находились на стационарном лечении в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии, тяжесть состояния больных зависела от объема пораженных зон, у всех обследованных больных заболевание протекало с отчетливой клинической симптоматикой ХБ.

Результаты исследования. Нами было выявлено, что 75,0% (30) детей с ХБ родились от неблагоприятно протекавшей с явлениями токсикоза беременности (RR=1,58; OR=3,32), у 77,5% (31) матерей детей с ХБ в период беременности была диагностирована анемия I и II степени (RR=1,18; OR=1,78), что достоверно ($p<0,01$) отличается от показателей группы сравнения. Матери детей с ХБ во время данной беременности перенесли острые респираторные инфекции (ОРИ) в 62,5% (25) случаев (RR=1,61; OR=2,55), бронхит 35,0% (14) (RR=1,96; OR=2,46), имели эндокринные заболевания 32,5% (13) (RR=1,30; OR=1,45), что заметно отличается от показателей группы сравнения ($p<0,01$). Большинство матерей имели очаги хронической инфекции – заболевания ЛОР органов (ринит, тонзиллит) 70,0% (28) (RR=1,8; OR=2,1), что заметно отличается от показателей группы сравнения ($p<0,01$). Большинство матерей имели очаги хронической инфекции – заболевания ЛОР органов (ринит, тонзиллит) 28,3% (13) (RR=2,26; OR=2,76), отличаясь от показателей группы

сравнения ($p < 0,01$). На тяжесть ХБ у детей существенное влияние оказывает неблагоприятный преморбидный фон. Анализируя приведенные данные, можно констатировать, что анемия I-II степени определялась у 95,0% (38) детей с ХБ ($RR=1,8$; $OR=4,53$), что отличается от показателей группы сравнения ($p < 0,001$). Остаточные явления рахита определялись у 55,0% (22) ($RR=1,44$; $OR=1,96$; $p < 0,001$). Из сопутствующих и перенесенных заболеваний у больных с ХБ мы установили, что у всех детей (100%) наблюдались заболевания ЛОР органов ($RR=1,8$; $OR=3,2$; $p < 0,01$). Из перенесенных заболеваний ОРВИ отмечены – у детей с ХБ в 77,5% случаев, пневмонии – у 67,5%, бронхиты – 52,5% соответственно ($RR > 1,0$; $p < 0,001$). В последующем эти дети начинали часто болеть, у них отмечался длительный кашель (более 2-х недель) с отделением мокроты. Общее состояние было тяжёлым у 27,5% детей с ХБ, средней тяжести – у 72,0% детей.

Выводы. Анализируя проведённый факторный анализ данных обследованных больных можно заключить, что хронический бронхит у детей развивается на фоне неблагоприятного перинатального и интранатального периодов, наследственно отягощенном преморбидном фоне, сопутствующих и перенесенных заболеваний, что может привести к функциональной несостоятельности иммунной системы, способствующей неблагоприятному течению заболевания.

ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Каримова Н.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность. Проблема хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ), обуславливающих высокую распространенность, прогрессирующее течение, значительные доли в структуре инвалидности и смертности является одной из наиболее актуальных в современной пульмонологии. В структуре этих заболеваний ведущее место занимает хронический бронхит (ХБ), составляя 90% всех ХНЗЛ. Особо следует отметить неблагоприятное течение ХБ при присоединении обструктивных нарушений легочной вентиляции, приводящих к развитию эмфиземы легких, дыхательной и сердечной недостаточности.

Цель исследования: изучить клинико-биохимические и иммунологические особенности хронического бронхита у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 40 детей с хроническим бронхитом в возрасте от 3 до 15 лет. Группу сравнения составили 22 практически здоровых ребенка. Все больные поступили в клинику в фазе обострения заболевания, находились на стационарном лечении в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии.

Результаты исследования. Исследование продуктов перекисления липидов и антиоксидантной защиты у больных с ХБ независимо от возраста отличались от показателей здоровых детей. В фазе обострения ХБ определяется усиление интенсивности процессов ПОЛ, о чем свидетельствовало достоверное ($p < 0,001$) увеличение в обеих возрастных группах содержания в мембране лимфоцитов как начальных метаболитов ПОЛ – ДК ($3,1 \pm 0,4$ нмоль/мл и $,8 \pm 0,2$ нмоль/мл соответственно), так и конечных метаболитов

ПОЛ – МДА ($6,8 \pm 0,6$ нмоль/мл и $8,4 \pm 0,4$ нмоль/мл соответственно) по сравнению с практически здоровыми детьми (МДА- $2,8 \pm 0,1$ нмоль/мл и ДК- $1,2 \pm 0,02$ нмоль/мл). Изменения уровней МДА и ДК в мембране лимфоцитов были более выражены в возрастной группе 7-15 лет ($p < 0,001$), чем у детей 3-6 лет ($p < 0,01$). В след за активацией ПОЛ возрастает АОС. Уменьшается при этом концентрация АОС – СОД и Каталазы. В фазе обострения заболевания в обеих возрастных группах отмечается достоверное ($P < 0,001$) падение уровня СОД до $1,4 \pm 0,08$ Ед/мг бел. и $1,1 \pm 0,03$ Ед/мг бел. соответственно (в норме $2,4 \pm 0,09$ Ед/мг бел.). Изменения уровня СОД был более выражен в возрастной группе 7-15 лет ($p < 0,001$), чем у детей 3-6 лет ($p < 0,01$). Активность каталазы в лимфоцитах больных детей в обеих возрастных группах снижалась до $7,4 \pm 0,4$ мкмоль/мг белка и $6,2 \pm 0,2$ мкмоль/мг белка соответственно (в норме $11,5 \pm 0,8$ мкмоль/мг белка). Изменения уровня Каталазы был более выражен в возрастной группе 7-15 лет ($p < 0,001$), чем у детей 3-6 лет ($p < 0,01$). Среди важных факторов в патогенезе ХБ принадлежит неспецифическим и специфическим иммунным реакциям. У детей с ХБ в период обострения заболевания установлено, достоверное снижение лейкоцитов в обеих группах до 6482 ± 320 и 5362 ± 625 соответственно $P < 0,001$; $P < 0,001$. Достоверно снижаются по сравнению с нормой, такие показатели, как относительное и абсолютное количество лимфоцитов $32,1 \pm 0,2$ и $31,8 \pm 1,1$ соответственно и не носит отличительного характера между обеими группами. У детей с ХБ в период разгара заболевания выявлены следующие отклонения: достоверное снижение Т-лимфоцитов (СД3) ($44,8 \pm 0,2\%$ у детей с в возрасте от 7 до 15 лет и $49,1 \pm 0,3\%$ в возрасте от 3 до 6 лет при $56,1 \pm 4,2\%$ у здоровых детей, $P < 0,001$; $P < 0,01$), их субпопуляций: Т-хелперов (СД4) ($21,2 \pm 3,2\%$ у детей в возрасте от 7 до 15 лет и $24,6 \pm 1,9\%$ у детей – от 3 до 6 лет; $36,7 \pm 2,7\%$ у здоровых детей, $P < 0,01$; $P < 0,001$, $P < 0,05$) и Т-супрессоров (СД8) ($15,7 \pm 0,4\%$ у детей младшего возраста; $13,0 \pm 0,1\%$ у детей старшего возраста при $19,5 \pm 1,8$ у здоровых детей, $P < 0,01$, $P > 0,05$).

Выводы. Установленные нами факты в различных возрастных группах больных ХБ свидетельствуют о выраженных изменениях ПОЛ-АОС у детей 7-15 лет, что указывает на более глубокие деструктивные процессы в клеточных мембранах и нарушению их функционирования. Выявлены глубокие изменения Т-клеточного звена иммунитета в виде значительного снижения количества и функциональной активности нейтрофилов, что является предопределяющим эндогенным моментом формирования и прогрессирования хронического бронхита у детей.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

**Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М., Абдуллаев С.К., Урумбоева З.О.,
Зайнабитдинова С.Н.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр педиатрии
Ташкентская медицинская академия
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Согласно современной концепции, патогенетической основой бронхиальной астмы (БА) является хроническое аллергическое воспаление бронхов. Психоэмоциональные стрессы оказывают влияние на тонус бронхов через вегетативную нервную систему. Под влиянием психоэмоционального 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 исследования: определить некоторые прогностические критерии 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. 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 исследования. При анализе биохимических данных в группе детей с БА и ОБРТ определялось усиление перекисного окисления липидов – малоновый диальдегид, диеновые конъюгаты, отмечалось достоверное падение уровня супероксиддисмутазы 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.

Выводы. 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.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

**Каримова М.Х., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А.,
Азизова Н.Д., Зокиров Б.К., Зокиров И.Д.**

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

Актуальность. Бронхиальная астма – одно из самых распространенных и изучаемых заболеваний в мире, в основе патогенеза которого лежит воспалительный процесс в бронхах. Отсутствие адекватного лечения БА в детском возрасте с годами приводит к прогрессированию заболевания. Общепринятой считается теория, согласно которой atopические заболевания обусловлены нарушением регуляции в иммунной системе, связанной с активацией аллерген-специфичных клонов Th2-типа. Определение концентрации цитокинов в крови и других жидкостях организма имеет прогностическое значение.

Цель исследования: выявить особенности цитокинового профиля у больных с бронхиальной астмой.

Материал и методы. Нами наблюдались 50 больных с бронхиальной астмой (БА) в возрасте от 6 до 15 лет. Группу сравнения составили 30 детей с обструктивным бронхитом (ОБ) рекуррентного течения. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей того же возраста. Иммунологические исследования проводились в Институте Иммунологии и геномики человека АН РУз. Концентрацию цитокинов: IL-4, IL-8, ФНО- α и IFN γ определяли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов реактивов производства ООО «Цитокин» (Россия). Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту.

Результаты исследования. Данные анализа цитокинового профиля у детей с БА в фазе обострения заболевания показало повышение IL-4, превышая норму в 5,8 раза ($p < 0,001$). У больных ОБ с рекуррентным течением показатель продукции ИЛ-4 был достоверно повышен, что было в 4,6 раза выше по сравнению с нормой.

У больных ОБ с рекуррентным течением показатель продукции ИЛ-8 был достоверно повышен, что было в 4,7 раза выше по сравнению с нормой. У больных с БА показатель продукции ИЛ-8 был повышен ($p < 0,01$).

В наших исследованиях уровень фактора некроза опухоли- α был более значительно повышенным в 3,5 раза у детей с БА по сравнению с детьми контрольной группы ($p < 0,001$). У больных ОБ с рекуррентным течением - $62,7 \pm 3,2$ пг/мл против $28,4 \pm 1,5$ пг/мл в контроле ($p < 0,001$), что отражает повышенную активность макрофагов, участвующих в поддержании воспалительного процесса.

Так, у детей, больных ОБ с рекуррентным течением и при БА уровень сывороточного IFN γ в 1,6-2,4 раз ниже значений практически здоровых детей ($p < 0,01$). Более значительное увеличение определялось у больных БА.

Анализ данных, полученных после базисного лечения, при изучении концентрации цитокинов показал, что у детей с БА наблюдается снижение повышенных уровней ИЛ-8, ИЛ-4, TNF α и повышение IFN γ , но эти показатели оставались выше исходных значений.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о повышении содержания в сыворотке крови больных детей с бронхиальной астмой, сопровождающиеся выраженными изменениями в межклеточных иммунных механизмах, которые проявляются нарушением продукции цитокинов, что определяет течение заболевания. Гиперпродукция цитокинов свидетельствует о серьезных нарушениях в работе всех звеньев иммунной системы, угнетении неспецифической защиты и специфического иммунитета, негативно сказывающихся на течении основного заболевания, требующих соответствующей коррекции.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРОНХИТАХ У ДЕТЕЙ С ЗАТЯЖНЫМ КАШЛЕМ

Курьязова Ш.М., Илхомова Х.А., Худайназарова С.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Вегетативная регуляция сердечного ритма у детей на сегодняшний день остается актуальной проблемой не только педиатров, но и для узких специалистов в целом. Это связано с тем, что в постнатальном периоде происходит интенсивный процесс балансировки симпатических и парасимпатических влияний, определяющих иннервацию сердца, и нарушения этого баланса может потенциально повлиять на реализацию риска аритмии, что в последующем может привести к серьезной патологии сердца и организма в целом.

Цель исследования: изучить особенности функциональных изменений сердечно – сосудистой системы у детей с бронхитами, сопровождающимися затяжным кашлем.

Материалы и методы. Нами было обследовано 45 больных детей которые находились в отделении патологии детей раннего возраста с диагнозом рецидивирующий бронхит (РБ): 25 детей было в возрасте до 1-го года и 12 детей до 2х лет и 8 детей до 3х лет.

Результаты и обсуждения. Нами было выявлено, что в анамнезе у 35 детей отмечалась хроническая внутриутробная гипоксия, практически у всех матерей во время беременности была анемия различной степени - 86 %, а так же сопутствующая патология - урогенитальная инфекция и положительный тест на TORCH -25%, обострения хронической инфекции 35%. Перенесенные ОРВИ в первой половине беременности 18%, угроза прерывания беременности в различные сроки - 22%. При изучении электрокардиографических данных установлены признаки функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы разной степени выраженности у детей 1 группы - 90,2%. Основными признаками функциональных нарушений ССС у детей были цианоз (86,4%), "мраморность" кожных покровов (84,7%), изменение звучности тонов сердца от глухости (37,3%) до акцентирования (30,5%), брадикардия (23,7%) и тахикардия (22,0%), аритмия (22,0%) и нарушение 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 наблюдались только у недоношенных детей. Структура нарушений ритма сердца была представлена следующим образом: синусовая тахикардия и/или аритмия – 25, синусовая брадикардия – 6, экстрасистолия –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. Нарушения реполяризации миокарда желудочков сохранилось у 11,1% детей которые находились на учете у невропатолога с диагнозом Последствие церебральной ишемии – гипоксии 1-2 степени.

Выводы. Типы нарушения ритма сердца имеют прогностическое значение и определяет клиническое течение аритмии от бессимптомного, до выраженных субъективных жалоб, резко ухудшающих качество жизни пациента и приводит к развитию жизнеугрожающих состояний.

СОСТОЯНИЯ МИКРОБИОЦИНОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ

Курьязова Ш.М., Худайназарова С.Р., Юлдашева М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Последние десятилетия устойчивый рост нарушения микробиоценоза кишечника дошкольного возраста приводит к заболеваниям мочевыделительной системы, органов дыхания, желудочно –кишечного тракта.

Цель исследования: изучение нарушения микробиоценоза кишечника у детей с острой пневмонией.

Материалы и методы. Нами было обследовано 35 детей в возрасте от 1 до 3 лет находящие на стационарном лечении в клинике ТашПМИ в отделении раннего возраста. Из них 25 (71,4%) мальчиков и 10 (28,6%) девочек. Общее количество обследованных детей с внебольничной острой пневмонией - 16 (45,7%) без нарушения микробиоценоза кишечника, 19 (54,3%) детей - с внебольничной пневмонией с нарушением микробиоценоза кишечника.

По результатам анализов истории болезни и опроса родителя (мамы), было выявлено, что 36,5% находились на грудном вскармливании 23,6%- на смешанном и 39,9 % - на искусственном. У 62,5% больных диагностирован рахит различной степени, у 39,2% - нарушение питания БЭН -1-2 ст. СО, у 4,2% - избыточной вес 1-степени, у 20,8% - атопический дерматит, авитаминоз наблюдался у 25 %, частый жидкий стула 66% детей и у 34% детей наблюдалась чередования запора с жидким стулом. У всех больных диагностирована анемия различной степени тяжести. У больных, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании, а также на фоне преморбидных состояний пневмония протекала тяжелее и чаще в 2,1 раз. В нашем исследовании клиническая симптоматика. Из-за нарушения микробиоценоза кишечника у детей затянулось количество койка-дней, что повлияло на лечение основного заболевания. У детей с пневмонией без нарушения микробиоценоза кишечника течение было малосимптомно, самым типичным симптомом был кашель продуктивного характера и повышение температуры тела у 85,5%, у 32,0 % детей в анамнезе была пищевая аллергия. Микрофлора кишечника больных детей с жидким стулом способствовала длительному нецелесообразному применению антибиотикотерапии, что характеризовалось изменением количественного и качественного состава микробиоты. Было определено угнетение Bifidobacterium до 10⁸ - 10¹¹, интенсивный рост условно-патогенной флоры: E.coli до 10⁹-10¹⁰, Staph. aureus 10⁴ -10⁶, Staph. epidermidis 10³ -10⁴, Proteus и грибов рода Candida до 10⁴ -10⁵. Вызванная диарея при пневмониях способствовала нарушению кишечного микробиоценоза, который осложнял течение заболевания. Рост патогенной микрофлоры в

разгаре заболевания усилил эндотоксемию, что проявлялось повышением уровня СММ 254 и СММ 280 вследствие инфекционно-воспалительного заболевания в легких.

Выводы. Нарушение микробиоценоза кишечника, влияет на количество койка-дней, проведенных в стационаре, так как затягивает основное лечение. Поддержка здорового кишечника способствует укреплению иммунитета и нормальному росту и развитию детей. Правильный подход в лечении с применением энтеросорбента и эубиотика, способствует восстановлению измененного микробного пейзажа кишечника, что поможет предупредить развитие осложненных форм пневмонии у детей раннего возраста.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАЗОФАРИНГЕАЛЬНОГО НОСИТЕЛЬСТВА S.PNEUMONIAE У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

Мавлянова Н.Т., Агзамова Н.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. По данным ВОЗ от пневмококковых заболеваний ежегодно умирают около 1,6 млн. людей, в том числе 1 млн. детей до 5 лет. Для совершенствования диагностики, лечения и профилактики проводится ряд целенаправленных научных исследований, в том числе определение спектра серотипов пневмококков, выделенных от здоровых носителей.

Цель исследования: определить особенности лабораторных показателей назофарингеального носительства s.pneumoniae у детей.

Материалы и методы. Материалом для исследования являлась носоглоточная слизь 247 здоровых детей. НГС отбирали от здоровых детей с соблюдением правил асептики. Серотипирование проводили двумя методами. Сначала осуществляли молекулярное типирование всех пневмококков с помощью мультиплексной ПЦР, которое позволяло определить наиболее часто встречающихся серотипов. Для доказательства принадлежности таких изолятов к виду Streptococcus pneumoniae у них тестировали при помощи ПЦР на выявлении фрагментов специфических генов, кодирующих ферменты аутолизин (lytA) и cpsA, которые считают достаточно надежными пневмококковыми маркерами.

Результаты исследования. Полученные данные о ведущих серотипах пневмококков у обследованных детей имеют огромное практическое значение. Бактериологическое исследование носоглоточной слизи 247 здоровых детей позволило выделить 88 (35,6%) штаммов S.pneumoniae и провести серотипирование. Выделены серотипы 2, 3, 5, 6A/B, 7A/F, 9A/V, 9L/N, 11A/D, 12A/F/44/46, 14, 15A/F, 16A/F, 17A/F, 18A/F, 19A, 19F, 22A/F, 23A, 23F, 33A/F/37. Нужно отметить, что в наших исследованиях был выявлен 2 серотип, который не включен в состав конъюгированных пневмококковых вакцин. Так при определении серотиповой принадлежности культур S.pneumoniae выявлено, что наиболее часто встречались серотипы пневмококка 15 A/F (12,3%), 6A/B (10,4%), а также серотипы 9A/V (9,7%) и 9F(9,1). Такие серотипы как 5 и 7 A/F выделены у 11 штаммов и составили 7,1% случаев. Серотип 23F выявлен в 9 случае и составил 5,8% от всех исследованных штаммов S.pneumoniae.

Выводы. Выявленные серотипы *S.pneumoniae* имеют огромное практическое значение, так как эффективность используемых вакцин против пневмококковой инфекции зависит от распространенности серотипов пневмококков, циркулирующих в различных странах и географических регионах. В связи с этим, проведение постоянного регионального мониторинга распространенности различных серотипов пневмококка позволит оценивать эффективность проводимой вакцинации и проводить эпидемиологический надзор за пневмококковой инфекцией.

ОСОБЕННОСТИ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА У ДЕТЕЙ СИНДРОМАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Махмудов М.У., Иноятова Ф.И., Наджимутдинова Н.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Слух чрезвычайно важен для речевого, когнитивного развития, коммуникации и социального взаимодействия. В литературе часто встречается генетические синдромы которые сочетаются с тугоухостью. К ним относятся следующие синдромы CHARGE, Джервелл – Ланге – Нильсена, Нунана, триада Грегга, LEOPARD, Алажиля, Тричера Коллинза, Пьера Робина, Гольденхара, Ваарденбурга, Педжета, Бранхио-ото-ренальный (БОР), Ушера, Дауна, Норри, Альпорта, Клиппеля-Фейля, Крузона, Нагера, Велокардиофациальный синдром, Ди Джорджи, Хантера, Гурлера, Fragile –X, и др. Несвоевременно выявленное снижение слуха у детей может привести к серьезной задержке развития.

Цель исследования: изучение состояние слухового анализатора у детей с синдромальными заболеваниями.

Материалы и методы. Обследовано 15 детей с синдромальными заболеваниями, из них 4 детей синдромом Тричера Колинза, 8 детей с синдромом Ваарденбурга, 3 детей синдромом Хантера - Мукополисахаридоз II типа. Возраст этих детей на момент комплексного аудиологического обследования составил от 2 до 12 лет, 6 мальчиков и 9 девочек. Проведено изучение анамнеза, антенатальные и постнатальные факторы риска, семейный анамнез, оперативные вмешательства, и др. Для исследования слуха применяли следующие методики: регистрацию коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП), регистрацию стационарных слуховых вызванных потенциалов (ASSR), регистрацию задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ) и отоакустической эмиссии на частоте продукта искажения (ОАЭПИ); тимпанометрию с акустической рефлексометрией.

Результаты исследования. У детей с синдромальными заболеваниями были выявлены следующие особенности слухового анализатора: у 4 детей с Тричера Коллинза снижение слуха по кондуктивному типу, у 4 детей с Хантера по смешанному типу, у 7 детей с Ваарденбурга по сенсоневральному типу. У всех 15 детей нарушение слуха были двусторонними. По результатам аудиологического теста слухового анализатора у детей с синдромальными заболеваниями обнаружены следующие особенности: у 2 детей с Ваарденбурга ЗВОАЭ, ПИОАЭ отсутствовала, порог регистрации КСВП более 45дБ с обеих сторон что указывает снижение слуха по сенсоневральному типу II степени, при

повторном обследовании через 6 месяцев обнаружено снижение слуха по сенсоневральному типу IV степени. У остальных 5 детей с Ваарденбурга тугоухость прогрессировала от I степени до III степени сенсоневрального характера. У 4 детей с Хантера ЗВОАЭ, ПИОАЭ отсутствовала, по данным тональной пороговой аудиометрии выявлена двусторонняя смешанная тугоухость II степени, по данным тимпанометрии: тип «В» с обеих сторон, АР не регистрировались с обеих сторон. У 4 детей с Тричера Коллинза на тональной пороговой аудиометрии выявлена двусторонняя кондуктивная тугоухость I-II степени.

Выводы. У детей с синдромальными заболеваниями необходимо обследовать состояние слухового анализатора и проводить полный набор аудиологических тестов (ЗВОАЭ, ПИОАЭ, КСВП, Мульти – ASSR, тимпанометрия с акустическими рефлексамми, игровая аудиометрия, стандартная тональная пороговая аудиометрия), а также динамическое наблюдение за состоянием слуха каждые 6 месяцев.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Махмудов Ш.М., Ражабов А.Х.

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

Актуальность проблемы. По литературным данным около 65,0% случаев причиной атрофического ринита являются общесоматические заболевания. Появление атрофического ринита у детей в большинстве случаев связано с изменением структуры слизистой оболочки полости носа.

Исходя из этого, нами преследовалась **цель** повышение эффективности лечения носового кровотечения при атрофическом рините у детей.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами обследовались 30 больных (из них 21 мальчиков и 9 девочек) с атрофическим ринитом с осложненным носовой кровотечением, в возрасте от 3 до 18 лет. Методика обследования включала подробное изучение жалоб и анамнеза больных, эндоскопический осмотр полости носа, рентгенографию носа и околоносовых пазух. Эндоскопия носа и носоглотки проведена с помощью эндоскопической стойки с видеосистемой HEINEMANN (Германия). Полученные результаты архивировались, что позволяло судить о динамике течения процесса и при необходимости корректировать тактику лечения.

В зависимости от использованного способа лечения и для сравнения эффективности проведенной терапии, наблюдаемые нами больные, были разделены на 2 группы. Первая группа состояла из 15 больных, у которых лечение проводилось предлагаемым способом (основная группа), во вторую группу вошли 15 больных, которые получали традиционное лечение (контрольная группа).

Предлагаемое нами способ лечения является, что пациенту с носовым кровотечением в носовые ходы пациента вводили гемостатический стандартный губчатый тампон мерцель, пропитанный гелем Солкосерил в течение 2-3 дней. Последующим после удаления тампона Солкосерил мазь наносится тонким слоем на очищенную рану 1–2 раза в

день, до полного заживления раны, ее эпителизации и образования эластичной рубцовой ткани.

Традиционная терапия носовых кровотечений включало в себя: воздействие на область кровотечения вазелином, который предварительно наносят на марлевый тампон. Марлевый тампон удаляется в течение 2-3 дня, смотря на активации носового кровотечения.

Результаты исследования. При контрольном эндоскопическом исследовании у первой группы детей дала положительная риноскопическая картина у 14 (93,4%) детей. У больных контрольной группы положительная динамика местных проявлений атрофического ринита отмечалось только у 4 (15,4%).

Вывод. Препарат Солкосерил положительно влияет на регенеративные процессы полости носа, уменьшая количество кровопотери, снижает отёчности и гиперемии слизистой оболочки.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

**Мусажанова Р.А., Шамсиев Ф.М., Арипова Ш.Х., Азизова Н.Д.,
Мирсалихова Н.Х., Шамсиев Б.М., Султанов З.Ф.**

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

Актуальность. Прогрессирующее ухудшение легочной функции при ХБ обуславливает выраженность клинической симптоматики, наряду с которой отмечается снижение качества и продолжительности жизни у данной категории больных. Комплексное изучение клинических показателей во взаимосвязи с функциональными особенностями будет способствовать пониманию патофизиологических изменений дыхательной системы и позволит упростить дифференциальную диагностику заболевания.

Цель исследования. Изучить клинические особенности и функциональные параметры хронического бронхита у детей.

Материал и методы исследования. В исследование включено 54 больных с хроническим бронхитом, поступивших в отделение пульмонологии РСНПМЦП МЗ РУз. В качестве группы сравнения обследованы 40 детей с острым бронхитом. Проведены клинико-функциональные методы исследования. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту.

Результаты исследования. Основными клиническими проявлениями заболевания были температурная реакция разной степени, которая наблюдалась у 42,9% детей с ХБ в возрасте 3-6 лет, у 40,7% детей в возрасте 7-15 лет, у детей же с ОБ – у 20,3%. Влажный кашель с отделением мокроты отмечался у 77,7% больных ХБ в возрасте 3-6 лет, у 79,6% детей в возрасте 7-15 лет. У детей с ОБ кашель, в основном, был сухим - 96,2%. Признаки гипоксии в виде цианоза носогубного треугольника наблюдались у 64,8% больных ХБ в возрасте 3-6 лет, у 66,5% детей в возрасте 7-15 лет, у детей с ОБ гипоксия отмечалась у 9,2% детей. Одышка наблюдалась у 12,9% больных ХБ в возрасте 3-6 лет, у 33,3% детей в возрасте 7-15 лет, в группе сравнения у детей с ОБ одышка не наблюдалась. Деформация грудной клетки отмечалась у 12,9% больных ХБ в возрасте 3-6 лет, у 25,9% детей в возрасте

7-15 лет. Перкуторно определялось укорочение лёгочного звука - у 66,5% детей с ХБ в возрасте 3-6 лет, у 92,5% детей в возрасте 7-15 лет, в группе сравнения у детей с ОБ - у 12,9% определяется коробочный оттенок перкуторного звука. При аускультации у 48,0% больных ХБ в возрасте 3-6 лет, у 51,8% детей в возрасте 7-15 лет дыхание над поражённым участком было ослабленным, у детей с ОБ, в основном, дыхание было жёстким - 100,0%. Влажные разнокалиберные хрипы прослушивались у 94,4% больных ХБ в возрасте 3-6 лет, у 92,5% детей в возрасте 7-15 лет. Рентгенологическое обследование показало усиление и деформацию бронхолегочного рисунка у 33,3% детей с ХБ в возрасте 3-6 лет в правом лёгком, двухстороннее – наблюдалось у 68,5% детей. У 62,9% детей с ХБ в возрасте 7-15 лет процесс чаще локализовался в обеих лёгких.

При анализе спирометрических данных у больных ХБ независимо от возраста выявлены различные нарушения ФВД. Исследования показали, что у больных с ХБ выявлены нарушения ФВД по рестриктивному типу – у 46,3% детей, по обструктивному типу – у 11,1% детей, по смешанному типу у 33,3% детей школьного возраста. Рестриктивный тип нарушения ФВД был более выражен в группах детей с ХБ старшей возрастной группы.

Выводы. При хроническом бронхите у детей продолжительность клинических симптомов достоверно более длительно протекали у детей с хроническим бронхитом школьного возраста. При ХБ чаще встречается рестриктивный и смешанный тип нарушения бронхиальной проходимости. Рестриктивный тип нарушения объясняется необратимой утратой легочной ткани эластичности в участках поражения и косвенно характеризует выраженность склеротических процессов.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

**Мусажанова Р.А., Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И., Азизова Н.Д., Узакова Ш.Б.,
Абдуллаев С.К.**

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

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) - одно из серьезнейших заболеваний, которое начинаясь у детей, продолжается в зрелом возрасте и часто приводит к инвалидности и преждевременной смерти. Своевременная диагностика бронхиальной астмы (БА) у детей является одной из наиболее актуальных проблем в современной пульмонологии и, несмотря на многочисленные, исследования в данной области, не может считаться в полной мере, решённой.

Целью данного исследования явилось выявление особенностей психологического статуса в формировании БА у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 21 детей больных с БА, в возрасте от 6 до 14 лет. Группу сравнения составили 30 детей с обструктивным бронхитом рекуррентного течения (ОБРТ). При исследовании психологического статуса использованы методы: беседы, наблюдения и тест-опросник родительского отношения (Варга А.Я.,

Столина В.В.), состоящий из пяти шкал. Метод помогает определить отношение родителей к ребенку.

Результаты и обсуждение. Экстраверсия или интроверсия ребёнка с БА определяется по расположению фигуры человека на листе бумаги. Из диаграммы видим, что большинство детей с ОБРТ располагают фигуру человека справа и меньше всего в центре листа. Дети с БА в большинстве случаев изображают человека справа. Таким образом, у детей с БА выявляется тенденция к эгоцентрической позиции, к уходу от социального окружения. О теплоте в отношениях с близкими окружающими, отражающей уровень эмоциональной зрелости, свидетельствуют наличие трубы на крыше дома, отсутствие трубы - как недостаточность эмоциональной теплоты в отношениях с близкими людьми. Трубу нарисовали 70% детей с ОБРТ и 42,9% с БА. Уровень тревожности определяется по числу стираний, при ОБРТ к этому прибегали 53,3% больных, с БА – 71,4%, а также по интенсивности штриховки ОБРТ – 46,6%, БА – 61,9%. Таким образом, оба указанных показателя свидетельствуют о меньшей тревожности детей в группе с ОБРТ. Соответственно, дети с ОБРТ ощущают себя более защищенной. Незащищенность проявляется в рисунках в изображении контура Земли. Таких изображений 33,3% у детей с ОБРТ, 61,9% у БА. Сила или слабость эго, этот показатель комплексный, поскольку о его наличии или отсутствии свидетельствует целый ряд диагностических признаков в рисунке. Эго сила (отсутствие нервного утомления, следование требованиям группы, выдержка, работоспособность, спокойствие, реалистичность) проявляется в рисунке человека, напоминающем крестообразную схему, в рисунке тонких конечностей, цветка в окне, детализированной трубы, в акценте на трубе, черепицы на крыше, корней у дерева, в отсутствии земли под деревом, в изображении яблок на дереве. По совокупности этих признаков в группе с ОБРТ было выделено 23,3% детей с сильным эго и 76,6% детей со слабым эго. В группе с БА -28,6% детей со слабым и 71,4% детей с сильным эго.

Выводы. У больных бронхиальной астмой выявляются некоторые отклонения со стороны психологического статуса ребенка, выражающиеся повышением тревожности и неуверенности, в семьях обследованных детей определяется неправильное отношение родителей к детям. При анализе рисунков установлено, что в семье у детей с бронхиальной астмой принят агрессивный, неискренний или эмоционально сухой стиль отношения. Выявлены более глубокие и трудно поддающиеся коррекции психологические изменения, чем у детей с ОБРТ. Уровень тревожности у детей с бронхиальной астмой очень высокий, также выявляется тенденция к эгоцентрической позиции, к уходу от социального окружения и результаты исследований свидетельствуют о необходимости психологической помощи семьям, которое должно быть направлено на работу над развитием личностных свойств матери, помощь в выборе правильной тактики воспитания ребенка.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ДИФFUЗНЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ

Мухамедов Ф.Н., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Шамсиева Л.А.,
Каримова М.С.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр педиатрии

Актуальность. Диффузный эутиреоидный зоб – наиболее частое заболевание среди заболеваний щитовидной железы. В настоящее время широко изучается взаимосвязь заболеваний щитовидной железы и соматической патологии. Недостаточное внимание к этим патофизиологическим механизмам может приводить к нарастанию тяжести соматической патологии, снижению функциональных возможностей щитовидной железы, частому рецидивированию основного патологического процесса и снижать эффективность проводимой терапии.

Цель исследования: изучить клинико-лабораторные особенности бронхолегочной патологии у детей, протекающей на фоне диффузного эутиреоидного зоба.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 112 детей с бронхолегочной патологией в возрасте от 7 до 14 лет, из них 54 детей - с рецидивирующим бронхитом, протекающей на фоне ДЭЗ, 58 детей - внебольничной пневмонией затяжного течения, на фоне ДЭЗ. В процессе комплексного клинико-лабораторного обследования использовались клинические, функциональные, биохимические и иммунологические методы исследования. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту.

Результаты исследования. При пальпаторном исследовании ЩЖ у детей с БЛП, протекающей на фоне диффузного эутиреоидного зоба, отмечалось увеличение её размеров до I степени - у 85,7%, II степени – у 14,3% детей. При анализе полученных нами данных у детей с БЛП увеличения паренхимы ЩЖ по результатам УЗИ подтвержден диффузный эутиреоидный зоб, выявленный пальпаторно.

Результаты исследования у детей с РБ и ВП на фоне ДЭЗ в целом позволила установить недостоверно повышенный уровень T_3 по сравнению с данными детей без ДЭЗ ($P > 0,05$). Уровень T_4 в группе детей с РБ на фоне ДЭЗ снижен относительно контрольного значения на 1,3 раза ($P < 0,05$), в группе детей с ВП на фоне ДЭЗ на 1,4 раза и по сравнению с данными без ДЭЗ ($P < 0,05$). Снижение T_4 свидетельствует об истощении основного резерва для синтеза T_3 и является прогностически неблагоприятным признаком течения БЛП у детей с эутиреозом.

У детей с РБ на фоне ДЭЗ отмечалось достоверное повышение МДА ($P < 0,001$) и ДК ($P < 0,001$) относительно контрольного значения и по сравнению с показателями детей без ДЭЗ ($P < 0,01$). У детей с ВП на фоне ДЭЗ определяется усиление интенсивности процессов ПОЛ – ДК было повышено в 1,7 раза ($P < 0,01$), МДА по сравнению с детьми без ДЭЗ было повышено в 1,7 раза ($P < 0,01$). Показатели АОС у детей с РБ на фоне ДЭЗ характеризовались достоверным снижением СОД по сравнению с показателями практически здоровых детей ($P < 0,001$), по сравнению с детьми без ДЭЗ было снижено в 1,4 раза ($P < 0,01$). У детей с ВП на фоне ДЭЗ отмечалось достоверное снижение СОД и каталазы по сравнению с

показателями практически здоровых детей ($P < 0,001$), по сравнению с детьми без ДЭЗ было снижено в 1,7 раза ($P < 0,01$ и $P < 0,05$).

У детей с РБ на фоне ДЭЗ со стороны относительного количества лимфоцитов не отмечалось различия в содержании по сравнению с показателями контрольной группы ($P < 0,05$), в то же время установлено, что абсолютное количество в циркуляции $CD3^+$ -лимфоцитов, достоверно ниже значений группы практически здоровых детей ($P < 0,01$).

Содержание $CD4^+$ - лимфоцитов статистически значимо ($P < 0,001$) отличалось от нормальных величин по сравнению с детьми без ДЭЗ и было сниженным в 1,3 раза ($P < 0,01$). Отмечалось уменьшение количество $CD8^+$ - лимфоцитов по сравнению с детьми без ДЭЗ было снижено в 1,2 раза ($P < 0,05$). При изучении количества Т-хелперов/индукторов ($CD4^+$) был выявлен их дефицит в 1,3 раза по сравнению с нормой.

У детей при ВП затяжного течения на фоне ДЭЗ определяется достоверное ($P < 0,001$) снижение содержания $CD3^+$ -лимфоцитов по сравнению с практически здоровыми детьми, что в 1,7 раза выше данных с ВП затяжного течения на фоне ДЭЗ. Содержание $CD4^+$ - лимфоцитов статистически значимо ($P < 0,001$) отличалась от нормальных величин по сравнению с детьми без ДЭЗ и было снижено в 1,2 раза ($P < 0,01$). Отмечалось уменьшение количество $CD8^+$ - лимфоцитов по сравнению с детьми без ДЭЗ было снижено в 1,2 раза ($P < 0,05$). При изучении количества Т-хелперов/индукторов ($CD4^+$) был выявлен их глубокий дефицит в 1,4 раза по сравнению с нормой. Количественное изучение НК-клеток ($CD16^+$,%) показало, что у детей с РБ в периферической крови их уровень в 1,6 раза ниже контрольных значений ($P < 0,01$), по сравнению с детьми без ДЭЗ и было снижено в 1,3 раза ($P < 0,05$). Содержание ФАН у больных РБ на фоне ДЭЗ было ниже по сравнению с детьми контрольной группы ($P < 0,001$). У детей с ВП затяжного течения на фоне ДЭЗ отмечалась достоверное снижение НК-клеток ($CD16^+$,%), что в 1,9 раза ниже контрольных значений ($P < 0,01$), по сравнению с детьми без ДЭЗ было снижено в 1,3 раза ($P < 0,05$). У детей с ВП затяжного течения на фоне ДЭЗ содержание ФАН в периферической крови был снижен по сравнению с детьми контрольной группы ($P < 0,001$). Анализ результатов исследования у детей с ВП затяжного течения на фоне ДЭЗ содержание IgA и IgG снижается по сравнению с практически здоровыми детьми ($P < 0,01$), что в 1,5 и 1,2 раза ниже данных с ВП затяжного течения на фоне ДЭЗ. Отмечалось повышение уровня IgM по сравнению с практически здоровыми детьми ($P < 0,01$), что в 1,1 раза выше данных с ВП затяжного течения на фоне ДЭЗ.

Выводы. Мы подтвердили высокую значимость функционального состояния щитовидной железы в развитии заболеваний бронхолегочной системы, определив при этом направленность клиничко-биохимических и иммунологических изменений. Учитывая полученные данные, можно заключить, что ДЭЗ у детей с БЛП увеличивает риск развития частых и продолжительных рецидивов и свидетельствуют о необходимости разработки комплексного подхода к профилактическим и лечебным мероприятиям.

COMPARISON OF KIDNEY FUNCTION MARKERS IN NEONATES

Murtalibova N.M., Akhmedova D.I.

Republican specialized scientific practical medical center of Pediatrics

National Children's Medical Center

A prematurely born infant is at risk for developing kidney disease at an older age due to the small number of mature nephrons at birth. The negative effects of hypoxia, hemodynamic instability, and the use of nephrotoxic drugs increase the risk of impaired glomerular and tubular functions of the kidneys. Measuring mean kidney volume (MKV) and measuring serum cystatin C can be early indicators of impaired renal function.

Objectives: measure size, volume on ultrasound and serum markers of the kidney function in young children born prematurely.

Methods: 37 children from 4y.o to 7y.o, born prematurely checked in OPD. All children underwent measurement of blood pressure, urinalysis, serum creatinine and cystatin C levels, as well as measurements of the size and MKV by ultrasound.

Results: The average age of children was 5.8 ± 1.2 years. Assessing blood pressure for height, 35.1% (13) of children had a blood pressure within the 90th percentile, 3/37 (8%) had pre-hypertension, 5/37 (13.5%) had the first stage of HTN, in 20 (54%) children. The average kidney volume was 34.86 ± 8.64 ml, with a decrease in children born at 28-33 weeks of gestation ($p=0.05$). At the same time, the size of the kidneys in all children was within the normal range according to age. Mean level of cystatin C was 0.8 ± 0.6 mg/l, higher rates was correlated with HTN and with reduced MKV ($p=0.8$ and $p=0.002$). An increase in cystatin C above 1.0 mg/l has a strong correlation with a reduced MKV ($\leq 32 \pm 2.84$ ml, $p=0.02$).

Conclusion: Children born prematurely are at risk for the development of HTN. MKV is an earlier screening kidney parameter, than size. Elevated cystatin C correlated with earlier GA and with reduced MKV. These indicators can serve as early markers for determining the risk of developing kidney disease in children born prematurely.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АНОМАЛИЙ ВНУТРЕННЕГО УХА У ДЕТЕЙ

Олимов Ж.А., Абдукаюмов А.А., Иноятова Ф.И., Наджимутдинова Н.Ш.,
Ражабов А.Х., Разаков А.Ж.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр педиатрии

Актуальность. На сегодняшний день врожденная сенсоневральная тугоухость встречается у 1 больного из 1000 новорожденных. В Узбекистане врожденная сенсоневральная тугоухость, по той или иной причине, встречается довольно часто. По этиологическому фактору различают врожденную, наследственную и приобретённую сенсоневральную тугоухость. Наиболее частой причиной сенсоневральной тугоухости является дефект сенсорно-эпителиальных (волосковых) клеток кортиева органа. Также причиной сенсоневральной тугоухости могут быть анатомические изменения внутреннего уха врожденного характера – аномалии внутреннего уха.

Цель работы определение аномалий внутреннего уха у детей прооперированных кохлеарной имплантацией в РСНПМЦ Педиатрии.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 585 детей (мальчики- 361 и девочки - 224) сенсоневральной тугоухостью различной этиологии. Возраст больных составлял от 1 года до 5 лет. Проводили ретроспективный анализ истории болезни и МСКТ височных костей детей, проведенных с кохлеарной имплантацией в отделении врожденных и приобретенных заболеваний ЛОР органов РСНПМЦП МЗ РУз в период 2021-2022 гг.

Результаты исследования. При анализе из общего числа оперированных больных было выявлено 132 больных с аномалиями (18,7%) развития внутреннего уха. Из них по видам аномалий было выявлено: неполное разделение улитки I-типа (IP-I) у 5 (3,9%) больных, неполное разделение улитки II -типа (IP-II) - 16 (12,5%), неполное разделение улитки III -типа (IP-III) – 6 (4,6%), общая полость – 7 (5,4%), гипоплазия улитки – 8 (6,2%), сужение внутреннего слухового прохода – 2 (1,5%), широкий внутреннего слухового прохода – 4 (3,1%) и аномалия дна внутреннего слухового прохода – у 3 (2,3%) пациентов. Вместе с этим у 16 (12,5%) из всех аномалий было выявлено комбинированные мальформации внутреннего уха с расширенным водопровод и преддверия улитки. Из общего числа аномалий внутреннего уха, аномалии улитки выявлено у 119 (93%) больных.

Вывод. Исходя из наших исследований нами выявлен высокий удельный вес аномалий внутреннего уха у детей с тяжёлой степенью тугоухости, который составил 18,7%. Мы считаем, что данный факт, высокий удельный вес аномалий в нашем регионе обусловлен высоким уровнем близко родственных браков, что требует дальнейших исследований по данному направлению.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ

Пулотжонов М.М., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А.,
Шарипова Н.П., Валиева С.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр педиатрии

Актуальность. В последние годы отмечается рост заболеваемости ОРВИ, сопровождающихся обструкцией дыхательных путей, среди которых существенное место занимает острый бронхолит (J21) - наиболее распространенные формы обструкции дыхательных путей у детей. Степень тяжести течения и выраженности патогенетических проявлений бронхолита у детей зависит в первую очередь от причинного вирусного агента, а также от иммунологической реактивности. Ведущая роль в регулировании тканевого гомеостаза и межклеточного взаимодействия в легочной ткани при бронхолите отводится цитокинам.

Целью настоящего исследования является изучения особенностей клинического течения и показателей цитокинового профиля у детей с острым бронхолитом.

Материалы и методы. В исследуемую группу входили 45 детей раннего возраста, поступившие с диагнозом острого бронхолита. Всем больным проводился комплексные клинические обследование с учетом жалоб, анамнестических данных и иммунологических исследований. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту.

Результаты и их обсуждение. Анализ клинических проявлений острого бронхолита показал, что температурная реакция разной степени наблюдалась у 42,2% детей и чаще была субфебрильная, повышение температуры тела до 37°C отмечалось в 31,6% случаев, у 68,4% детей – до 37-38°C. Кашель был в основном, влажный в 86,7% случаев. Наблюдались признаки дыхательной недостаточности в виде цианоза носогубного треугольника 80,0%, отмечалось усиление выдоха, тахипноэ с выраженным участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания - 95,5%, раздувание крыльев носа 42,2% случаев. Перкуторно определялся коробочный оттенок звука у 82,2% детей. При аускультации у детей с острым бронхолитом жесткое дыхание определялось в 86,7% случаях, у 13,3% ослабленное дыхание. В основном у 84,4% больных с острым бронхолитом прослушивались влажные мелкопузырчатые хрипы, иногда в сочетании с крепитацией. В этиологической структуре острого бронхолита у обследованных детей лидирует РС-вирус, он был выявлен у 60,0% больных. Выявление РС-вирусной инфекции, как в изолированной, так и в сочетанной с бактериальной инфекцией форме у детей с бронхолитами является предиктором тяжелого течения заболевания.

Результаты исследования цитокинового профиля у детей с острым бронхолитом показало повышение продукции IL-4 до $16,2 \pm 1,4$ пг/мл по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). При остром бронхолите у детей зарегистрировано повышение количества IL-6 – до $30,4 \pm 2,8$ пг/мл по сравнению с контролем – $19,2 \pm 2,4$ пг/мл ($p < 0,01$). У детей с острым бронхолитом показатели сывороточного IFN γ были значительно ниже в 1,5 раза ($22,5 \pm 2,3$ пг/мл) по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$). Полученные

результаты согласуются с литературными данными о том, что при остром бронхолите у детей регистрируется увеличение концентрации IL-4, IL-6, но нет повышения IFN γ .

Выводы. Для острого бронхолита у детей характерны определенные клинические проявления, ведущими этиологическими агентами являются респираторно-синцитиальный вирус, что важно учитывать в клинической практике. Определяется увеличение концентрации цитокинов IL-4, IL-6 и снижение продукции IFN γ . Выявленный дисбаланс цитокинового профиля может предрасполагать к формированию гиперреактивности трахеобронхиального дерева у детей с острым бронхолитом.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ражабов А.Х., Умаров У.Х.

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

Принципы лечения хронического тонзиллита у больных остаются дискуссионными и требуют своей дальнейшей разработки. Внедрение в практику щадящих, консервативных методов лечения хронического тонзиллита, позволяющих сохранять физиологические функции небных миндалин дают возможность более рационально решать проблемы лечения хронического тонзиллита.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности иммуностимулирующего препарата местного действия “Полиоксидоний” в лечении хронического тонзиллита у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Для достижения поставленной цели было обследовано 90 больных в возрасте 18-55 лет с хроническим тонзиллитом в сочетании с ГЭРБ.

Методика обследования включала: подробное изучение жалоб и анамнеза больных, общеклинический и отоларингологический осмотр, бактериологический посев из поверхности миндалин на микрофлору и чувствительности к препаратам.

Для лечения больных был использован разработанный и промышленно выпускаемый фармацевтической компанией “НПО ПЕТРОВАКС ФАРМ” (Россия) иммуностимулирующий препарат бактериального происхождения “Полиоксидоний” (Polyoxidonium), для местного применения. Он обладает комплексным действием: иммуномодулирующим, детоксицирующим, антиоксидантным, противовоспалительным. Полиоксидоний снижает воспалительную реакцию посредством нормализации синтеза про- и противовоспалительных цитокинов, не имеет запаха и вкуса, не обладает местным раздражающим действием при нанесении на слизистые оболочки носа и ротоглотки.

В динамике лечения мы обращали внимание на очищение промывного раствора лакун, на уменьшение гиперемии и размера небных миндалин, на регрессию симптомов очаговой интоксикации, а также на положительную динамику биохимических анализ крови. После проведенного курса комплексной терапии проводился контрольный бактериологический посев, который дал негативный результат в 78 случаях. Побочных явлений и непереносимости препарата “Полиоксидоний” со стороны пациентов не регистрировалось.

Таким образом, иммуностимулирующий препарат Полиоксидоний местного действия, можно использовать для лечения хронического тонзиллита у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, что способствует улучшению качества жизни пациентов.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НА ФОНЕ ВПС У ДЕТЕЙ

Расулов Р., Худайназарова С.Р., Агзамова Н.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Инфекционный эндокардит (ИЭ), остаётся актуальной и малоизученной проблемой в детской кардиологии и детской кардиохирургии в нашей стране, несмотря на стремительное развитие кардиологии и кардиохирургии детского возраста. Опираясь на данные кардиохирургических клиник, занимающихся коррекцией врожденных пороков сердца (ВПС), приходится констатировать отсутствие тенденции к снижению частоты и тяжести проявления инфекционного эндокардита. Последние десятилетия отмечается отчетливый рост заболеваемости инфекционного эндокардита. К разряду важнейших факторов риска инфекционный эндокардит у детей относят врожденные и приобретенные пороки сердца.

Цель исследования: изучить течение инфекционного эндокардита на фоне врожденных пороки сердца после кардиохирургических вмешательств у детей младшего школьного возраста.

Материалы и методы. Проведён анализ 30 история болезни у детей с диагнозом инфекционный эндокардит младшего школьного возраста после проведения кардиохирургических вмешательств прошедшие лечение с периодом 2018-2021 гг. в клиники ТашПМИ.

Результаты и обсуждение. По результат нашего исследования основными нозологическими формам ВПС пациенты были со следующими диагнозами: ДМЖП - 14, ДМПП - 12, ОАП - 4. Распределение по полу - 18 девочек и 12 мальчиков. Наиболее частым и ранним симптомом инфекционного эндокардита является лихорадка наблюдалось у 89,6% больных, носящая волнообразный или постоянный характер, симптомы общей интоксикации организма: быстрая утомляемость 56,3%, прогрессирующая слабость-89,6%, анорексия, быстрая потеря массы тела -78,9%, головные боли-89,6%, миалгия 96,8%, артралгия -56,9 а также предьявляли жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы; на боли области сердца 89,8%, одышка при физической нагрузки -22,3%, и без физической нагрузки 23,6%, тахикардия 56,3%, кашель продуктивный 35,2% и не продуктивный 23,6%, головокружение 40%, синкопальный состояние 26,3%. По анамнезу было выявлено коморбидный заболевание 1-2 степени железодефицитный анемии, заболевание ЛОР патологии - 42,3% (Хронический тонзиллит, хронический гайморит), респираторные аллергозы 35,6%, пищевая аллергия 25,3%, функциональное нарушение желудочно-кишечного тракта - 36% (синдром раздраженного кишечника и дискинезия желчных путей).

Выводы. На современном этапе огромным достижением кардиохирургии является успешное лечение большинства сложных врожденных пороков сердца и сосудов. Однако наличие сопутствующего инфекционного эндокардита или развитие

инфекционного поражения эндокарда в послеоперационном периоде значительно снижает эффективность проводимых операций вследствие учащения осложнений и летальных исходов.

НЕКОТОРЫЕ РЕАЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ И МИОКАРДИТОМ

Расулова Н.А., Джаббарова Д.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Важнейшей проблемой оториноларингологии в Республике Узбекистан в настоящее время являются хронические воспалительные заболевания нёбных миндалин. Актуальность ее связана со значительным распространением данной патологии среди населения, высокой частотой неблагоприятных исходов, прогрессирующих форм заболевания и инвалидизации [Кунельская Н.2015].

Многочисленными исследованиями установлено, что в нёбных миндалинах осуществляется активный синтез биологически активных веществ, принимающих непосредственное участие во многих защитных реакциях организма. Исходя из вышеизложенного, мы поставили перед собой цель исследования.

Цель исследования. Изучить реалогические изменения показателей крови у больных с хроническим тонзиллитом и миокардитом.

Материал и методы исследования. На РСКЦ проведено обследование 52 больных токсико-аллергической формой хронического тонзиллита, госпитализированных по поводу стационарного лечения. Из исследованных больных 33 (63%) составили мужчины, а 19 (37%) женщины. Все обследованные были разделены на 3 группы:

1 группа (30 больных) - больные токсико-аллергической формой хронического тонзиллита без сопутствующей патологии.

2 группа (22 больных) - больные токсико-аллергической формой хронического тонзиллита при наличии сопутствующих заболеваний сердечнососудистой системы,

3 группа (10 больных) - контрольная группа практически здоровые исследованные.

В результате миокардит может провоцировать декомпенсацию уже имеющихся в организме нарушений углеводного обмена, которые являются следствием перенесенного хронического тонзиллита.

Концентрации фибриногена в сыворотке крови у больных ХТ + миокардитом был равен к $4,9 \pm 0,8^*$, а в группе больных с хроническим тонзиллитом без миокардита она соответственно была ниже ($4,2 \pm 0,1$).

С-реактивный белок в группе больных с хроническим тонзиллитом без миокардита повышался незначительно $10,17 \pm 7,63$, а в группе больных с хроническим тонзиллитом и миокардитом она была значительно высока - $14,20 \pm 6,78$. Индекс соотношений нейтрофилы/лимфоциты значительно была высока в третьей группе (3.17), а во второй группе она была равна к - 2.27.

Следует отметить, что ассоциацию повышенного уровня фибриногена, С-реактивного белка и отношения нейтрофилы/лимфоциты у больных с ХТ + миокардит, в частности, с хроническим тонзиллитом без миокардита имеют достоверные отличия.

Вывод. При хроническом тонзиллите с миокардитом отмечено достоверное повышение количества фибриногена в крови, а также изменения со стороны лейкоцитарных показателей.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Рафикова З.Б., Худайназарова С.Р., Тошметова Б.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Склеродермия редко встречающееся заболевание, поражающее соединительную ткань, волокна, обеспечивающие структуру и поддержку тела. Различают два типа склеродермии – локализованную и системную. Вариабельность клинических проявлений склеродермии, неизвестность этиологических и патогенетических компонентов подчеркивает актуальность изучения органной патологии у детей и подростков на ранних этапах развития системной склеродермии.

Цель исследования: изучить особенности клинических проявлений склеродермии у детей младшего школьного возраста на современном этапе.

Материал и методы. Проведен анализ истории болезни у 45 детей, диагнозом Ювенильная склеродермия за 2020 – 2022 годы. По полу девочки составили 35- 77% пациентов, мальчики 10- 23%. Возрастная категория 7-12 лет. Обследование и лечение больных проводилось в клинике ТашПМИ в отделении кардиоревматологии и включало сбор анамнеза, общеклинические и специальные исследования, ЭКГ, эхокардиографию, рентгенографию органов средостения и пищевода с рентгеноконтрастным веществом, рентгенография суставов, оценка поражения опорно-двигательного аппарата.

Результаты и обсуждения. Анализ проведенных данных показал что, начало болезни связывали с воздействием каких-либо провоцирующих факторов, как пищевая аллергия -25,8%, инфекции в том числе и новая коронавирусная инфекция -15,2%, прививки 14,4%. Наследственность была отягощена у 9 детей (13%). У ближайших родственников диагностированы ЮСД - у 1, ревматоидный артрит - у 3, а также - артериальная гипертензия, хронический пиелонефрит, сахарный диабет. В наблюдаемой нами клинической группе пик заболеваемости отмечен в возрасте 12 лет - 26 детей (57,7%). Основными жалобами у детей было резкая потеря веса 56,8%, длительная лихорадка не поддающееся лечению -43,8%. Клинический симптомокомплекс на протяжении первых 2 лет года заболевания у преобладающего большинства больных (80%) был представлен развернутой клинической картиной, включающей сосудистый – 35%, кожный-56,8%, суставной и мышечный синдромы 53,0%, а также с развитием у части больных висцеральных нарушений и общих симптомов заболевания-32,8%. Основные кожные изменения развились в первый год болезни, из них 20 (41,3%) носили диффузный характер поражения и у 5 (15,5%) сочетались с гиперпигментацией. Суставной синдром (артралгии, артриты) развился в первый год заболевания у 15 больных (33,3%). Развитие симптомов полимиозита (миалгии, мышечная слабость) отмечалось у больных 15% в первые 2 года заболевания, причем в первые 1,5 года 53%, у 35% из них в первые 6 месяцев болезни. У 7 больных (10%) мышечный синдром сочетался с дисфагией. Миалгия и мышечная слабость,

как первый признак болезни, имелись у 13 больных. У 5 больных наблюдалось хроническое моносимптомное начало заболевания- с изолированным синдромом Рейно.

Выводы. Рост заболеваемости ювенильной склеродермии характерен для препубертатного периода, а пик заболеваемости приходится на 12 лет. У детей младшего школьного возраста, начало заболевания остается длительное время малосимптомным, что не характерно было для системной склеродермии, в то же время половое различие выражается в подавляющем преобладании девочек, а синдром Рейно у мальчиков.

BOLALARDA ATOPIYA BILAN KECHUVCHI ALPORT SINDROMIDA IMMUN TIZIM O'ZGARISHLARI

Raxmanova L.K., Boltabaeva M.M., Israilova N.A.

**Toshkent tibbiyot akademiyasi,
Andijon davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston**

Dolzarbliqi. Alport sindromi — nasliy (genetik) kasallik bo'lib, buyraklarni surunkali zararlanishi va buyrak etishmovchiligiga olib keladi. So'nggi yillarda bolalar o'rtasidagi orfan kasalliklari orasida atopiya bilan birga kechuvchi Alport sindromiga jiddiy e'tibor qaratilmoqda. SHunday guruh bemorlar borki, ularda membrana oqsillarining holatini belgilovchi genlarning mutatsiyasi kuzatiladi. SHu sababli I va II tip Alport sindromida progressiv nefrit va surunkali buyrak etishmovchiligi kuzatiladi.

Ishning maqsadi: bolalarda atopiya bilan kechuvchi Alport sindromida interleykina-2 (IL-2) ishlab chiqarishini o'rganish.

Tekshiruv materiallari va usullari. Bizning nazoratimizda Alport sindromi va atopiya bilan kasallangan 3 -18 yoshgacha bo'lgan 20 ta bemor bo'ldi. Ulardan 10 tasi (1-guruh) atopiyali Alport sindromi bo'lgan bolalar, qolgan 10 tasi (2-guruh) da atopiyasiz Alport sindromi kuzatildi. Tadqiqotimizda qonda buyraklarning antigen bog'lovchi limfotsitlarini, S3, S4 komplementni va IL-2 ishlab chiqarilishini o'rgandik. Nazorat guruhimizni shu yoshdagi sog'lom 25ta bola tashkil etdi.

Olingan natijalar. Tadqiqot natijalariga ko'ra, bemorlarda sutkalik diurezning kamayishi, siydikning nisbiy zichligining pasayishi, sutkalik proteinuriya, eritrotsituriya, leykotsituriyani ($P < 0,001$) ortishi, mochevina va kreatinin miqdorining ko'payishi ($P < 0,001-0,01$), 2-guruhga nisbatan 1-guruhda ko'proq kuzatildi. Immunologik tekshiruv natijalari shuni ko'rsatdiki, 1-guruh bemorlarda kasallikni zo'rayish davrida komplementning S3 va S4 komponentlarining yaqqol pasayishi ($R < 0,001$) va IL-2 ishlab chiqarilishining qolgan guruh bemorlariga nisbatan ortishi ($R < 0,001-0,01$) aniqlandi.

Xulosalar. Bolalarda atopiya bilan birga kechuvchi Alport sindromida kasallikning zo'rayish davrida S3 va S4 komplementning yaqqol pasayishi va IL-2 ishlab chiqarilishining ortishi bilan xarakterlanadi. Bunday bemorlarni kompleks davolashda immun tizimdagi bu o'zgarishlarni inobatga olish zarur.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID – 19 В ПОСЛЕДНЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Рахманкулова З.Ж., Эльмуродова Ш. И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В настоящее время имеются немногочисленные данные о влиянии коронавирусной инфекции COVID – 19 на течение беременности и состояние плода.

Цель исследования: изучить перинатальные факторы риска и особенности состояния новорожденных, родившихся от матерей, перенесших COVID – 19 в последнем триместре беременности.

Материал и методы. Обследовано 27 новорожденных, родившихся от матерей, перенесших COVID-19 в последнем триместре беременности. Новорожденные дети находились в ГПЦ и в отделении патологии новорожденных ГКДБ №5. Больные дети были разделены на две группы: 1-я группа – 16 детей, родившихся от матерей, которые в последнем триместре беременности перенесли коронавирусную пневмонию и получали лечение в стационарных условиях (ГПЦ); 2-я группа – 11 новорожденных, матери которых перенесли коронавирусную инфекцию без пневмонии. Проведены клинико-анамнестические и статистические методы исследования.

Результаты исследования. Угроза прерывания беременности в 1-й группе была у 100,0% женщин, во 2-й группе – у 8 (72,7%). Анемия у матерей отмечалась чаще во 2-й группе - у 10 (90,1%), а в 1-й группе – у 10 (62,5%). Кровотечения у матерей в 1-й группе были у 2 (12,5%), во 2-й группе – у 1 (9,1%). Многоводие значительно чаще встречалось у матерей в 1-й группе - 14 (84,5%), чем во 2-й – 4 (36,4%). Преждевременная отслойка плаценты в 1-й группе была у 4 (25,0%), во 2-й группе – у 2 (18,2%), нарушения маточно-плацентарного кровообращения в 1-й группе встречались у половины матерей 8 (50,0%), а во 2-й группе – почти у трети 3 (27,3%) женщин.

Наши исследования показали, в 1-й группе в среднетяжелом состоянии родилось 4 (25,0%), в тяжелом – также 4 (25,0%), а в крайне тяжелом 8 (50,0%) новорожденных детей. Во 2-й группе большая часть детей родилась в среднетяжелом состоянии – 7 (63,6%), в тяжелом - 3 (27,3%), а в крайне тяжелом – 1 (9,0%) ребенок. Предел колебаний оценки по шкале Апгар у детей 1-й группы составил от 3/4 до 6/7 балла, а во 2-й группе – от 5/6 до 8/9 балла. Гестационный возраст новорожденных детей в 1-й группе был в пределах 31-33 нед, а во 2-й группе – в пределах 34-37 нед.

Выводы. У женщин, перенесших COVID-19 в третьем триместре беременности в виде коронавирусной пневмонии, значительно чаще встречаются патологическое течение беременности и родов, а их новорожденные в 5,6 раза чаще рождаются в крайне тяжелом состоянии, чем у женщин перенесших COVID-19 без пневмонии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИОКСИДОНИЯ ПРИ ДИФFUЗНОМ НАРУЖНОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ ОТИТЕ У ДЕТЕЙ

Сайфуллаев У.Д., Абдуллаев Х.Н., Расулова Н.А.,
Хамраева В.Ш., Мухитдинов У.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Особое место в структуре ЛОР-заболеваний принадлежит воспалению наружного уха. Наружное ухо включает ушную раковину и наружный слуховой проход (до барабанной перепонки). Воспалительные заболевания наружного уха можно разделить на иммунологические и инфекционные. Среди иммунологических заболеваний наружного уха различают: атопический дерматит, аллергический контактный дерматит, рецидивирующий полихондрит, экзематозный наружный отит, а также себорейный дерматит. К инфекциям наружного уха относят бактериальный наружный отит, отомикоз (грибковый наружный отит), фурункул наружного слухового прохода.

Цель исследования: оценка эффективности комплексного метода терапии иммунологических нарушений при диффузном наружном бактериальном отите у детей.

Материал и методы. Обследованы 50 больных наружным диффузным отитом в возрасте 7-18 лет, средний возраст составил $12 \pm 1,62$ года. Все пациенты были обследованы в ЛОР отделении клиники ТашПМИ и проведены следующие исследования: отоскопия, бактериологическое и иммунологическое исследования.

Результаты исследования. Основной причиной обращения детей к оториноларингологу явилась боль в ухе (100%), а также другие жалобы, такие как выделения – у 26 (52%), температура - у 28 (56%) и зуд – у 24 (48%) больных соответственно.

Анализ начала болезни показал, что 35 пациентов (70%) отмечали острое начало наружного отита, при котором симптоматика появлялась в течение нескольких часов, реже суток, и только у 15 пациентов заболевание (30%) развивалось постепенно, что свидетельствовало о подостром течении заболевания.

В результате проведенных нами микробиологических и бактериоскопических исследований установлено наличие бактериальной микрофлоры у 47 больных, т.е. в 94% всех обследованных пациентов с наружным отитом. У 3 пациентов (6%) результат посева был отрицательным. Среди 47 пациентов с бактериологическим подтверждением у 8 (17%) микрофлора была представлена ассоциациями, а монофлора выявлена у 39 больных, т.е. в 83% случаев. У больных с монокультурой выявлено преобладание *Pseudomonas aeruginosa* - 17 (36%) и *Staphylococcus aureus* - 13 (28%). Доля иных возбудителей воспалительных заболеваний наружного слухового прохода (*Streptococcus pyogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* и др.) составила 9 (19%).

В зависимости от проводимой терапии всех пациентов разделили на 2 группы: I группа из 23 пациентов получала традиционную терапию согласно стандартам диагностики и лечения, наружного диффузного бактериального отита, которая включала системную антибактериальную терапию, а также местную терапию: туалет наружного слухового прохода, турунды с 3% спиртовым раствором борной кислоты в наружный слуховой проход 2 раза в день. II группа из 27 больных получала комплексное лечение, заключающееся в применении суппозиторий Полиоксидония в течение 10 дней. Положительная динамика

наблюдалась у пациентов после лечения со стороны показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета.

Таким образом, применение комплексного лечения у больных бактериальным наружным диффузным отитом показало уменьшение сроков восстановления нормальной отоскопической картины за счет значительной нормализации нарушенных клеточного и гуморального звеньев иммунитета, а также эффективной эрадикации патогенной микрофлоры, что является важным патогенетическим обоснованием применения Полиоксидония в терапии данного заболевания.

РОЛЬ ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ В ФОРМИРОВАНИИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Салихова К.Ш.¹, Марифалиева М.З.²

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии.¹,

Ташкентский педиатрический медицинский институт²

Введение. Бронхолегочная дисплазия (БЛД) – это приобретенное хроническое обструктивное заболевание легких, развившееся как следствие респираторного дистресс-синдрома у новорожденных детей и/или искусственной вентиляции легких (ИВЛ), сопровождающееся гипоксемией и гиперреактивностью бронхов. В развитии БЛД значимое место отводится «васкулярной» гипотезе, согласно которой данное заболевание отражает нарушение эволюции легочного ангиогенеза с последующим нарушением развития альвеол. Ангиогенез легкого в значительной степени регулируется фактор роста эндотелия сосудов (ФРЭС), который является основным медиатором проницаемости сосудов, пролиферации и миграции эндотелиальных клеток, важен для васкулогенеза и ангиогенеза. ФРЭС регулирует васкуляризацию легочной ткани, но его содержание варьируется на протяжении всего этого процесса. Как известно, ФРЭС способствует секреции сурфактанта и созреванию легких. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в понимании механизмов развития БЛД, существует ряд научно-практических проблем данной патологии.

Цель исследования. Изучение роль белка фактора роста эндотелия сосудов в формировании БЛД у недоношенных новорожденных.

Материалы и методы. Обследованы 23 новорожденных с гестационным сроком $32,3 \pm 0,2$ нед., очень низкой массой тела (ОНМТ) - $1508,5 \pm 135,77$ гр., длиной тела – $41,9 \pm 1,2$ см; 25 новорожденных сроком гестации – $28,8 \pm 0,12$ нед., экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) $855,5 \pm 75,8$ гр, длиной тела – $37,3 \pm 2,5$ см. Определение количества фактора роста эндотелия сосудов проводили методом Биочип технологии на аппарате «Randox».

Результаты. В результате проведенных исследований, выявлено, что состояние новорожденных при рождении было тяжелым. Все обследованные находились в критическом состоянии, которое было обусловлено дыхательными нарушениями. Степень дыхательной недостаточности при рождении оценивалась по шкале Сильвермана-Андерсена, при этом дыхательная недостаточность I и II степени наблюдалась у 34,6%, III степени у 65,4% детей. Всем новорожденным проводилась респираторная терапия. Новорожденные с РДС 1-2 степени чаще требовали проведения

неинвазивной ИВЛ методом СРАР с использованием биназальных канюль с концентрацией кислорода во вдыхаемой воздушной смеси 21-40% или подачи кислорода через кислородную маску.

К концу неонатального периода у 12 новорожденных сформировали БЛД. Диагностику БЛД проводили на основании данных анамнеза, наличия потребности в дополнительном кислороде в возрасте 28 сут жизни, данных физикального обследования, симптомов дыхательной недостаточности (тахипное, хрипы при аускультации, ретракция грудной клетки при дыхании и необходимостью в кислородной поддержке) и характерных изменений на рентгенограммах органов грудной клетки.

Уровень ФРЭС у новорожденных с ОНМТ составил $288,54 \pm 53,9$ пг/мл. У новорожденных с ЭНМТ данный показатель составил $209,23 \pm 34,0$ пг/мл.

Из представленных результатов следует, что ФРЭС, может способствовать секреции сурфактанта и созреванию легких. В исследовании по развитию бронхолегочной дисплазии после перенесенного РДС, недоношенные дети с более тяжелым РДС имели низкий уровень ФРЭС, по сравнению с детьми у которых он не развился. Низкие концентрации ФРЭС у недоношенных детей с более тяжелым РДС могут способствовать развитию БЛД.

Выводы. Достоверное снижение ФРЭС ($p < 0,05$), свидетельствующие о торможении ангиогенеза, активации фиброза с первых месяцев жизни приводит к нарушению альвеоляризации, формированию патологоанатомической картины, аналогичной БЛД. Снижение уровня ФРЭС в сыворотке крови может быть использовано для раннего прогнозирования развития БЛД у данного контингента детей.

ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Сулейманова Л.И., Рахманкулова З.Ж., Набиева У.П.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт
Институт иммунологии и геномики человека АН РУз**

Пневмония является актуальной проблемой в педиатрической практике. На сегодняшний день остается относительно высокой заболеваемость и смертность от пневмонии среди детского населения. Развитие пневмонии зависит от целого ряда различных неблагоприятных факторов.

Цель исследования: изучить факторы риска развития внебольничной пневмонии в зависимости от степени тяжести у новорожденных и детей первого года жизни.

Материалы и методы. Всего обследовано 133 ребенка первого года жизни (из них 54 новорожденных) с внебольничной пневмонией, которые находились в ГКДБ №5. Больные дети были разделены на две группы: 1-я группа – 68 детей со среднетяжелой формой пневмонии; 2-я группа – 65 детей с тяжелой формой пневмонии. Проведены клинико-анамнестические и статистические методы исследования.

Результаты исследования. Проведен анализ перинатальных факторов риска и сопутствующих заболеваний у детей первого года жизни. Матери детей, заболевших тяжелой степенью пневмонии, в подавляющем большинстве (70,8%) страдали анемией, а среди матерей, дети, которых заболели среднетяжелой степенью пневмонии, менее половины имели анемию (41,2%). Острые и хронические инфекционно-воспалительные

заболевания мочевыводящих путей у матерей 2-й группы встречались чаще (23,0%), чем в 1-й группе (13,2%). Респираторные заболевания у матерей 2-й группы отмечались в 63,0%, а в 1-й группе в 35,0% случаев. Наши исследования совпали с периодом пандемии COVID-19, и нами было зафиксировано, что женщины 2-й группы заболели данной патологией во время беременности в 41,5% случаев, а женщины 1-й группы – в 28,5% случаев. Наличие TORCH-инфекций, во 2-й группе у матерей встречалось чаще (26,1%), чем у матерей 1-й группы (19,1%). Среди интранатальных факторов выявлено, что у значительного числа матерей 2-й группы роды произошли оперативным путем (43,0%), а в 1-й – у 23,5%. Преждевременный разрыв плодных оболочек, длительный безводный промежуток, помутнение околоплодных вод также у матерей 2-й группы выявлены значительно чаще, чем у матерей 1-й группы, что составило соответственно 20,0%, 24,6%, 24,6% и 5,9%, 14,75%, 16,2%. Обвитие пуповины, также во 2-й группе отмечено в 23,0%, а в 1-й группе – в 14,7% случаев.

Среди наблюдавшихся детей со среднетяжелой внебольничной пневмонией у 7,4% случаев детей в анамнезе был перенесенный сепсис в периоде новорожденности, а у 18,5% детей с тяжелым течением пневмония осложнилась сепсисом. А также выявлено, что белково-энергетическая недостаточность отмечалась в 1-й и 2-й группе соответственно в 13,2% и 15,4%, экссудативно-катаральный диатез – в 14,7% и 10,0%, лимфатико-гипопластический диатез – в 13,2% и 24,6%, анемия – в 17,6% и 35,4% случаев.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что тяжесть течения внебольничной пневмонии у новорожденных и детей первого года жизни среди целого ряда факторов может быть обусловлена инфекционно-воспалительными заболеваниями матери, патологией околоплодных вод и пуповины, а также сопутствующими заболеваниями и пренатальными состояниями ребенка, особенно анемией и лимфатико-гипопластическим диатезом.

ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ МАТЕРИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕПСИСА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Тухтаева У.Д., Рахманкулова З.Ж., Абдукодирова М.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Сепсис новорожденных продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной перинатологии из-за высокой заболеваемости и смертности, особенно среди недоношенных детей.

Цель исследования: изучить структуру инфекционно-воспалительной патологии матерей недоношенных новорожденных детей с внутриутробным сепсисом.

Материал и методы. Обследовано 52 недоношенных ребенка с неонатальным сепсисом, находящихся в ГКДБ №5, в отделении патологии новорожденных. Проанализированы клинико-anamnestические данные из историй развития новорожденных Ф.097/х и историй болезни Ф.003/х.

Результаты исследования. Все наблюдаемые новорожденные родились в тяжелом состоянии со средней оценкой по шкале Апгар 5-6 баллов, средним гестационным возрастом 33,3 недели и средней массой тела 1100. У всех детей был диагностирован внутриутробный сепсис.

Установлено, что в акушерском анамнезе матерей обследованных новорожденных более, чем у половины женщин в 59,6% случаев выявлялась неразвивающаяся беременность, у 40,3% - были выкидыши. Более, чем у трети 34,6% матерей в анамнезе выявлялись аборт. Во время беременности у подавляющего большинства женщин отмечалась угроза выкидыша - 75,0%. В течение последних 2-х недель до родов у 86,5% матерей отмечалось повышение температуры и 9 детей, родившихся у этих женщин, умерли. Важно отметить, что в 46,0% случаев у матерей отмечался длительный безводный промежуток, у 59,6% - многоводие, и у подавляющего большинства - 75,5% мутные околоплодные воды. Более трети матерей - 36,5% перенесли COVID-19, они были переведены в ОПН из клиники Зангиоты. Подавляющее большинство матерей во время беременности перенесли ОРВИ – 82,6%. ЦМВ и ВПГ у наблюдавшихся матерей отмечались в 42,3% случаев. Важным обстоятельством было также обострение хронического пиелонефрита во время беременности у 78,8% женщин, бактериальных инфекций мочеполовой сферы – у 71,1%, возникновение острого цистита – у 21,1%. Все наблюдаемые новорожденные родились в тяжелом состоянии со средней оценкой по шкале Апгар 4,1-5,6 баллов, с гестационным возрастом 30-33 недели и средней массой тела 1100±88,0г, у всех детей был диагностирован внутриутробный сепсис.

Выводы. В структуре инфекционно-воспалительных заболеваний матери в равной степени, как факторы риска, играют решающую роль и бактериальные, и вирусные инфекции. Своевременное проведение лечебно-профилактических мероприятий содержит значительные резервы по снижению рождения недоношенных детей с внутриутробным сепсисом.

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ЭНЕРГООБМЕНА У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Умарова Л.Н., Салихова К.Ш., Ишниязова Н.Д., Арипова Д.С.

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

Введение. Задержка внутриутробного развития (ЗВУР) занимает особое место в патологии неонатального периода. В структуре основных причин перинатальной заболеваемости фетоплацентарная недостаточность (ФПН) и ЗВУР составляют 65-70%. Среди перинатальных потерь данная патология встречается в 47-50% случаев.

Цель исследования: определить характер нарушений клеточного энергообмена у новорожденных детей без и с задержкой внутриутробного развития.

Материалы и методы. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 166 новорожденных с ЗВУР, госпитализированных на II этап в отделение выхаживание недоношенных и маловесных детей, а так же в отделение патологии новорожденных РСНПМЦ Педиатрии. Был изучен процесс энергообмена доношенных и недоношенных у детей с ЗВУР. Дальнейшее наблюдение осуществлялось в поликлиническом отделении РСНПМЦ Педиатрии в период с 2016 по 2020 годы.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования содержания АДФ в крови у доношенных с ЗВУР показывает, что более выраженный дефицит энергии наблюдается до

полугодичного возраста, с 6 месяцев показатели АТФ достоверно отличались от группы контроля, при ЗВУР II достоверное отличие от здоровых детей наблюдалось до 24 месяцев и при III степени показатели энергетического обмена приближались к группе контроля только к 3летнему возрасту.

От степени регенерации АТФ зависит обеспечение клеток запасной энергией. У доношенных новорожденных со ЗВУР III степени установлено повышение содержания АТФ по сравнению со здоровыми на 33,9%, такое повышение его содержания можно объяснить снижением превращения АТФ и АДФ. При ЗВУР II степени содержание АТФ повышено по сравнению со здоровой группой, и оно составило 11,6%.

У недоношенных с ЗВУР I, II и III степени содержание АДФ достоверно повышается во всех исследованных возрастных группах. Наиболее выраженное увеличение АДФ установлено у детей с ЗВУР I степени в 1, 3, 6 мес, в 1,5 раза выше, чем в контрольной группе, а к 12 мес. данные показатели достоверно не отличаются по сравнению со здоровой группой. У недоношенных с ЗВУР II степени – 1,3, 6,12 месячного возраста содержание АДФ повышено по сравнению с другими сроками исследования в 1,4; 5,7; 1,5 и 10,5 раза соответственно по сравнению со здоровыми группами.

Изучение содержания АДФ у недоношенных детей в динамике показало, что у детей с ЗВУР III степени в периоде раннего было повышено по сравнению с группой здоровых детей и повышение в 4,1; 4,2; 11,5 и 4 в различные периоды раза соответственно.

Вывод. Результаты приведенных исследований показывают, степень повышения АДФ и АТФ у недоношенных детей с ЗВУР более выражен по сравнению с доношенными с ЗВУР и зависит от степени ЗВУР, чем меньше конституциональный возраст при рождении, тем показывает выше энергодефицит у детей с ЗВУР.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Умаров У.Х., Ражабов А.Х.

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

По литературным данным, течение заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) отягощается его сочетанным течением с патологиями других органов, к числу которых относится и хроническая очаговая инфекция небных миндалин.

Цель исследования: повышение эффективности лечения хронического тонзиллита у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Методика обследования включала: подробный сбор жалоб и анамнеза больных, общеклинический и оториноларингологический осмотр, рентгенография придаточных пазух носа, изучение некоторых биохимических анализ крови, бактериологический посев с поверхности небных миндалин на микрофлору (включая тест на хлоргексидина) в динамике лечения.

Проведено лечение 84 в возрасте от 18 до 60 лет с хроническим тонзиллитом на фоне ГЭРБ. Из них: 48 больных (основная группа) получали промывание лакун небных миндалин раствором Хлоргексидин (Chlorhexidine) и параллельное чрескожное местное лазерное

облучения с мощностью 7-9 мВт, частота 10 Гц, длительность 2-5 минут на область небных миндалин. Контрольную группы составили 36 больных, которые получали промывание лакун раствором Фурацилин (Furacilin) и местную ультразвуковую терапию.

Динамические наблюдения показали, что на фоне комплексной терапии у больных основной группы уменьшилась отечность небных миндалин и дужек, лакуны очищались от патологического содержимого, исчезали признаки регионарного лимфаденита. Параллельно этому регрессировали симптомы очаговой интоксикации и снизились показатели крови. Улучшение общего самочувствия и местной фарингоскопической картины наступало у больных основной группы к концу первой, а в контрольные группы к концу второй недели. Контрольный бактериологический посев дал негативный результат у 41 (85,4%) больных основной группы и у 11 (30,5%) – контрольной.

Следовательно, учитывая высокую активность хлоргексидина в сочетании лазеротерапией в лечении хронического тонзиллита у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, его можно считать препаратом выбора, дающий хороший клинический эффект.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Урумбоева З.О., Шамсиев Ф.М.

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

Цель исследования: провести сравнительную оценку эффективности применения холекальциферола в комплексной терапии бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы. В исследование были включены 60 детей с бронхиальной астмой. Из них у 13 детей была персистирующая бронхиальная астма тяжелой степени (I группа), у 33 - средней степени тяжести (II группа), у 14 детей было персистирующее течение легкой степени тяжести (III группа). Группу контроля составили 50 детей с острым обструктивным бронхитом. Детям трех групп в дополнение к базисной терапии был назначен холекальциферол (препарат Аквадетрим), группа сравнения получала только базисную терапию. У всех детей в сыворотке крови определялся уровень метаболита 25(OH)D, который был проанализирован до и после лечения.

Результаты исследования. Изучение клинической эффективности после лечения, показало увеличение содержания витамина D в сыворотке крови во всех трёх группах. В I группе средний показатель 25 (OH)D составил $15,1 \pm 1,7$ нг/мл (до лечения $9,8 \pm 1,4$), во II группе $16,5 \pm 1,5$ нг/мл (до лечения $12,6 \pm 1,2$), в III группе $24,5 \pm 1,4$ нг/мл (до лечения $19,2 \pm 1,5$). У детей всех трёх групп отмечалось улучшение течения заболевания: уменьшилось количество обострений за год, количество ночных приступов, сроки пребывания в стационаре, в более короткие сроки купировались приступы, достоверно уменьшалась длительность сухого и влажного кашля по сравнению с детьми IV группы находившимися на традиционном лечении ($p < 0,01$). Отмечалось сокращение

продолжительности одышки ($p<0,01$), цианоза носогубного треугольника ($p<0,01$), пероральных хрипов ($p<0,05$). Под влиянием комплексной терапии уменьшилась вялость ($p<0,01$) и нормализовался аппетит ($p<0,01$). При перкуссии коробочный оттенок перкуторного звука у больных I, II и III групп на фоне комплексной терапии определялся достоверно меньшее число дней ($p<0,05$), чем в контрольной группе. Аускультативно на фоне жесткого дыхания у больных БА получавших комплексную терапию, влажные и сухие хрипы выслушивались достоверное меньшее количество дней по сравнению с IV группой ($p<0,01$). Сроки пребывания в стационаре больных I, II и III групп, получавших комплексное лечение сократились ($p<0,01$). Рентгенологические исследования больных IV группы показали, что после базисной терапии улучшение рентгенологических изменений в легких отмечалось у 30 (60,0%), в то время как этот показатель у детей I, II и III групп составлял 48 (80,0%).

Выводы. Комбинированное применение витамина D (Аквадетрим) оказывает положительное влияние на клиническое течение заболевания, его динамику, уменьшается количество приступов бронхиальной обструкции, снижается риск развития обострений БА, что позволяет усовершенствовать лечебно-профилактические мероприятия и предупредить неблагоприятный исход.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ. СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА.

Урумбоева З.О., Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И.

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Болезни органов дыхания занимают первое место в структуре заболеваемости детей и подростков, имеющие важное медико-социальное и экономическое значение для Республики. В педиатрии проведены широкие исследования у детей с бронхолегочной патологией, протекающей с бронхообструктивным синдромом и бронхиальной астмой (БА). Между тем, неясными на сегодняшний день являются закономерности трансформации заболеваний, протекающих с БОС в БА. Несмотря на постоянное совершенствование рекомендаций по диагностике и лечению БА, добиться заявленных в них целей терапии удается далеко не всегда.

Цель исследования: определить клинико-диагностические особенности БА у детей.

Материал и методы. Для решения поставленных в работе задач в течение года в отделении пульмонологии и аллергологии РСНПМЦП проведено обследование 125 детей в возрасте от 3 до 15 лет, из них 60 детей с обструктивным бронхитом рекуррентного течения (ОБРТ) и 60 детей с бронхиальной астмой (БА). Всем детям проведена комплексная оценка содержания показателей перекисного окисления липидов, антиоксидантной системы при ОБРТ и БА у детей.

Результаты и их обсуждения. При поступлении в стационар, основными жалобами больных БА в 65 (100,0%) случаях были кашель с небольшим количеством преимущественно слизистой мокроты, особенно при пробуждении, одышка у 65 (100,0%) детей, снижения аппетита у 59 (90,8%), вялость у 62 (95,4%), приступы удушья у 52 (80,0%)

обследуемых, пероральных хрипов у 52 (80,0%), потливости у 32 (49,2%), головной боли у 29 (44,6%) больных. При БА отмечалось достоверное повышение содержания общих липидов до $7,5 \pm 0,1$ г/л и триглицеридов до $1,9 \pm 0,05$ ммоль/л ($p < 0,01$), снижение уровня холестерина в сыворотке крови до $3,8 \pm 0,09$ ммоль/л. Результаты изучения содержания продуктов ПОЛ в мембране лимфоцитов больных при БА и ОБРТ наблюдается более значительное нарушение перекисидации липидов, выражающееся повышением уровня МДА до $10,5 \pm 0,4$ нмоль/мл и $7,6 \pm 0,3$ нмоль/мл соответственно; ДК до $3,1 \pm 0,06$ нмоль/мл и $2,2 \pm 0,07$ нмоль/мл соответственно по сравнению с ОБ ($p < 0,01$). Результаты изучения показателей АОС у больных БА показало более выраженное изменение СОД и каталазы, о чем свидетельствовало снижение уровня СОД до $1,1 \pm 0,08$ (у практически здоровых детей $2,4 \pm 0,09$ $p < 0,01$) и КТ до $4,8 \pm 0,5$ (у практически здоровых детей $11,5 \pm 0,8$ $p < 0,01$) по сравнению с показателями детей с ОБ и ОБРТ. Необходимо отметить, что изменения выражены в большей степени у больных с БА, чем у больных с ОБ и ОБРТ.

Выводы. Приведенные данные свидетельствуют о значительной активности процессов ПОЛ, АОС в мембране лимфоцитов выражавшиеся повышением уровня МДА и ДК у детей, и понижением уровня СОД и каталазы. Определена значимость неблагоприятного течения пери- и интранатального периодов, отягощенного преморбидного фона, сопутствующих заболеваний, утяжеляющий в значительной степени течение основной патологии. Полученные результаты клинико-anamнестических, биохимических исследований у детей с БОС и БА ещё раз утверждают в целесообразности изучения этих показателей, и позволит разработать лечебные и профилактические мероприятия для предупреждения развития этих заболеваний у детей.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Усманова С.Б., Иноятова Ф.И., Абдуллаева В.К., Наджимутдинова Н.Ш.

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

Актуальность. Нарушение слуха в детском возрасте представляет значимую медико-социальную проблему, т.к. ведет к ограничениям в области обучения, коммуникации, инклюзии и социализации ребенка. Проблема изучения особенностей психического статуса у детей с сенсоневральной тугоухостью различной степени является актуальной задачей современной медицины.

Причинно-следственные связи поражения слухового анализатора и психического развития ребенка носят противоречивый характер. Первичное поражение слухового анализатора способствует задержке формирования речевых, психических и, возможно, моторных функций. И в то же время поражение нервной системы в стадии становления и развития может стать не только причиной повреждения слухового анализатора, но само по себе являться причиной задержки психического и соматического развития.

Цель исследования: определить особенности психического статуса у детей с сенсоневральной тугоухостью средней и тяжелой степени тяжести.

Материалы и методы. Было обследовано 2550 детей с сенсоневральной тугоухостью средней и тяжёлой степени тяжести в возрасте от 0 до 5 лет (средний возраст $3,4 \pm 1,8$ года).

Сенсоневральная тугоухость была подтверждена комплексными общепризнанными аудиологическими исследованиями. Для оценки психического статуса детей были проведены следующие исследования: МРТ (магнитно-резонансная томография) головного мозга; НСГ (нейросонография)-ультразвуковое исследование головного мозга у детей до года через родничок. Когнитивный интеллект оценивался с помощью шкалы Бэйли (1998 г), состоящей из набора тестов, определяющий индекс психического развития детей уже с периода новорождённости до 4 лет и старше. Также был изучен семейный анамнез: степень образования родителей, организованность ребёнка в детских дошкольных учреждениях.

Результаты исследования. Исследование детей показало, что с сенсоневральной тугоухостью 1-й степени было 5 (0,2%) детей, 2-й степени было 27 (1,1%) детей, 3-й степени -906 (35,5%) детей, 4-й степени 1612 (63,2%) ребёнка.

Тестирование индекса психического развития по Бэйли, выявили следующие результаты: у 84,9% (n=2166) исследуемых был отмечен индекс психического развития, соответствующий «в пределах нормы» (от 85 до 114 баллов). Степень психического развития по Бэйли «отставание развития» наблюдалось у 14,4% (n=368) (индекс психического развития от 70 до 84 баллов), и степень психического развития по Бэйли «значительное отставание развития» наблюдалось у 0,63% (n=16) (индекс психического развития от 69 баллов и ниже).

Были отмечены более низкие показатели индекса психического развития у детей, неорганизованных в детские сады. Из анамнеза была установлена была тенденция более высоких показателей индекса психического развития детей, у которых родители были с высшим образованием. Средние значения индекса психического развития девочек и мальчиков составил 88 и 85 баллов соответственно.

Анализ по степени тугоухости у данных больных выявило, что среднее значение индекса психического развития детей с сенсоневральной тугоухостью 2-й степени составил 95 баллов, а средние значения индекса психического развития детей с 3-й и с 4-й степенью сенсоневральной тугоухости составили 89 и 84 баллов.

Выводы. Нами выявлено, взаимообусловленность степени тугоухости и состояния психического статуса: чем выше уровень тугоухости, тем ниже уровень психического развития. Психический статус с изменением индекса психического развития необходимо учитывать при ведении больных детей с нарушением слуха.

РЕТРОФАРИНГЕАЛЬНЫЕ АБСЦЕССЫ У ДЕТЕЙ

Хамраева В.Ш., Аймухамедов А.А., Курбанова Н.Ш., Темирова Д.Ш.,
Абдуллаев Х.Н., Юсупов С.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ретрофарингеальный (заглоточный) абсцесс формируется в лимфоузлах задней стенки глотки, прилежащих к шейным позвонкам. Воспаление может быть спровоцировано инфекцией ротоглотки, околоносовых пазух, аденоидов или полости носа. В основном, заболевание встречается у детей в возрасте от 1 до 8 лет, поскольку

лимфоузлы задней стенки глотки подвергаются инволюции к 4–5 годам. Инфекция заглочного пространства может возникнуть и у взрослых при травме инородным телом или инструментом. Бактериальная флора в основном состоит из аэробных и анаэробных организмов, а также все чаще причиной у детей и взрослых становится ВИЧ-инфекция и туберкулез. Наиболее опасными осложнениями являются обструкция дыхательных путей, септический шок, самопроизвольное вскрытие абсцесса в дыхательные пути с развитием аспирационной пневмонии или асфиксии, медиастинит, разрыв сонной артерии и гнойный тромбоз внутренних яремных вен (синдром Лембера). Симптомам и признакам ретрофарингеального абсцесса у детей, как правило, предшествует инфекция верхних дыхательных путей. У детей появляется одиофагия (боль при глотании), дисфагия, лихорадка, шейная лимфаденопатия, ригидность затылочных мышц, стридор, нарушение дыхания, храп или шумное дыхание, а также тортиколис. Задняя стенка глотки при этом может выбухнуть в какую-либо сторону.

Ретроспективный анализ больных детей с ретрофарингеальными абсцессами по данным клиники ТашПМИ за 2020-2022 годы. За этот период было госпитализировано по экстренным показаниям 978 больных. Из них 34(3,4%) больные с абсцессами разных частей глотки- 25 с паратонзиллярными и 9 с ретрофарингеальными абсцессами. Все больные обращались в среднем на 15±2 сутки от начала заболевания. Состояние больных детей при поступлении были тяжелыми по основному заболеванию. Из анамнеза все больные лечились амбулаторно по поводу ОРВИ, лишь 2 больных получили лечение в условиях стационара (фолликулярная ангина и ВПС с ВЛГ). Больному после обработки глотки люголем (фолликулярная ангина) развился ретрофарингеальный абсцесс. У больного получавшего лечение по поводу ВПС с ВЛГ на 4 ый день после консультации оториноларинголога был поставлен диагноз ретрофарингеальный абсцесс и был переведен в нашу клинику. При этом основными жалобами родителей были на нарушения глотания, что плохо берёт грудь (с грудным вскармливанием), слюнотечение, гнусавость, храп, нарушение дыхания и вынужденное положение головы ребенка. При фарингоскопии было обнаружено видимая асимметрия задней части глотки. У 78 % детей абсцесс располагался в носо- и ротоглотке. При этом у всех больных отмечалось раздражительность с сонливостью, бледностью кожного покрова, повышением частоты дыхания. В лабораторных анализах наблюдался сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ и анемия I-II степени. При расположении процесса в гипофарингеальной области, для уточнения границ гнойного очага и определения тактики хирургического подхода у этих детей, были проведены МСКТ с контрастированием, МРТ. МСКТ, МРТ, которые позволяют подтвердить диагноз в сомнительных случаях, помогают дифференцировать абсцесс от целлюлита, а также оценить распространение абсцесса. У всех больных провели хирургическое вскрытие абсцесса под эндотрахеальным наркозом. У 1 больного объем абсцесса был очень велик- 50-70мл и из-за узости просвета гортаноглотки наблюдалось затруднение интубации. У него провели неоднократные пункции с аспирацией гноя(30-40мл), и после этого проинтубировали и вскрыли абсцесс. Все больные получили комплексное лечение с применением нескольких антибиотиков. Все больные выписались в удовлетворительном состоянии. 1 случай с летальным исходом, так как было позднее обращение.

Таким образом, при подозрении на ретро- или парафарингеальные абсцессы у детей, необходимо срочная госпитализация в многопрофильные клиники, МСКТ, МРТ обследования и экстренное хирургическое вмешательство.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНИКОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ЭКГ

Худайбердиева Д., Курьязова Ш.М., Худайназарова С.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Функциональные нарушения сердечной деятельности, имеет свое место среди большого количества различных заболеваний органов кровообращения как воспалительного, так и врожденного характера. Особую значимость изучения функционального состояния ССС у детей на современном этапе показывают результаты изучения после коронавирусной инфекции (Пандемия) после которого нарушения деятельности сердца с 2020-2022 г. резко увеличилось. Около 13% случаев смерти у школьников от всех возможных причин происходит внезапно, причем 88% из них обусловлены сердечными причинами.

Цель исследования: выявить часто встречающиеся изменения миокарда у школьников на ЭКГ в 12-ти отведениях.

Материалы и методы. Нами было обследовано 150 детей 1-4 классов 64-школы г. Ташкента, по методу случайной выборки., сходные с функциональными, могут иметь место при развитии воспалительных процессов в сердце, а так же вследствие астении, связанной с перенесенной инфекцией. При диагностике функциональных заболеваний сердца у детей необходимо принимать во внимание возрастные особенности сердечно-сосудистой системы.

Результаты и их обсуждения. По результатам регистрацию ЭКГ в 12-отведениях в 65 (55,0%) случаях – без отклонений от нормы. Впервые у 55- 36,6% школьников выявлены изменения на ЭКГ, это нарушений ритма сердца: синусовая аритмия – 15 школьников, синусовая тахи- и брадикардия у 10 соответственно с симпатикотоническим и ваготоническим типом вегетативной регуляции. Вариантом нормы является миграция водителя ритма по предсердиям, которая чаще наблюдается у подростков с вегетативной дисфункцией. На ЭКГ зарегистрированы у 38 – 25,3% неполная блокада правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ) нижнепредсердный ритм у 15, у 10 бифасцикулярная блокада, нижнепредсердный ритм, миграция водителя ритма и r-pulmonale по одному. Синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) часто встречается в препубертатном и пубертатном периодах (Осколкова М. К., Куприянова О. О., 1986). СРРЖ обнаружено у 29- 19,3% школьников. Этот синдром часто встречается при первичной дисплазии соединительной ткани (воронкообразная деформация грудной клетки, пролапс митрального клапана, ложные хорды левого желудочка и др.); гипертрофической кардиомиопатии, дополнительных атриовентрикулярных путей, вегетативной дисфункции, электролитных нарушениях и т.д. Поэтому выявление СРРЖ требует исключения заболеваний сердечно-сосудистой системы и необходимо дальнейшая диагностика.

Вывод. У 55- 36,6% школьников выявлены изменения на ЭКГ, это нарушений ритма сердца: синусовая аритмия, синусовая тахи- и брадикардия с симпатикотоническим и ваготоническим типом вегетативной регуляции.

МАКТАБГАЧА YOSHDAGI BOLALARDA OBSTRUKTIV BRONXITDA YURAK QON TOMIR SISTEMASIDAGI O'ZGARISHLAR

Xudaynazarova S.R., Valiyeva S. Sh.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Dolzarbli. O'tkir obstruktiv bronxit virusli va virus bakterial xarakterga ega bo'lib, ko'proq bolalar o'rtasida uchraydi. Infektsion xarakterli o'tkir obstruktiv sindromda nafas buzilishi turli og'ir darajadagi nafas yetishmovchiligiga va gipotoniya va metabolik atsidozga olib keladi. Mahalliy va xorijiy tadqiqotchilarning ishlarida yosh bolalarda bronxial obstruktsiya bilan yuzaga keladigan virusli infektsiya, vegetativ kasalliklar va o'tkir gipoksiya natijasida poliorgan zararlanishi, shu jumladan yurak-qon tomir tizimining shikastlanishi kuzatilgan. Bir qator tadqiqotlar gripp viruslarining kardiotrop zararlanishi va enteroviruslar bolalarda o'tkir infektsion miokard shikastlanishiga olib keladi.

Ishdan maqsad. Maktabgacha yoshdagi bolalarda obstruktiv bronxit kasalligida yurak kon tomir sistemasidagi o'zgarishlarga baxo berishdan iborat.

Material va usullar. Tadqiqotimizni amalga oshirish maqsadida ToshPTI klinikasi pulmonologiya bo'limida obstruktiv bronxit bilan davolangan 50 ta 3 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar tekshirildi. Umumiy klinik ma'lumotlarni taxlil qilganda o'g'il bolalar 62,6% va qizlar 37,4% ni tashkil qildi. Klinik-laborator va instrumental tadqiqotlardan bemorni ob'ektiv tekshirish, umumiy qon taxlili, biokimyoviy qon taxlili, koagulogramma, ko'krak qafasi rentgenogrammasi, EKG, EchoKG va pul'soksimetriya o'tkazildi.

Ilmiy ish natijalari. Biz tomonimizdan o'tkir obstruktiv bronxitga chalingan bolalarda yondosh kasalliklarni uchrash xolatini xam batafsil tahlil qildik. Obstruktiv bronxit bilan kasallangan bolalar onasida xomiladorlik 76%ida anemiya, 35%ida o'tkir respirator kasalliklar, 82%ida toksikoz bilan kechgan va ambulator davolangan. Bola tabiiy tug'ilishi 96%ni va kesar kesish bo'yicha 4% ni tashkil qilgan. Statsionarga burun oqishi (8,3%), xarorat ko'tarilishi (65%), yo'tal (100%), nafas siqishi (97%) kabi shikoyatlar bilan murojaat qilishgan. Bronxial obstruktsiya kasalliklar bilan birga yondosh kasalliklardan markaziy asab tizimining perinatal shikastlanishi (22%), temir tanqisligi anemiyasi (36%), atopik dermatit (16%) va raxit (26%) aniqlangan. Bu yondosh kasalliklar bolalarda kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablardan tashqari, kasallikni asoratli kechishiga xam olib keladi. Gipoksiya natijasida birinchi yurak qon tomir tizimi zararlanadi, buni bolani tekshirgan paytda xam amin bo'ldik. Bolalarda qon taxlili va instrumental tekshirishlarni analiz qilinganda, qonda 25% bolalarda rekaltsifikatsiya (VRP) oshganligini (>120%), 29% bolalarda EKGda sinusli taxikardiya, 8,3% bolalarda sinusli bradikardiya, 16,6% bolalarda esa rentgenda KTI>0,5 katta ekanligini ko'rishimiz mumkin. Bolalar kardiologi tomonidan esa 12,5% bolaga yurak qon tomir tizimi reaktiv xolati deb tashxis qo'yilgan.

Xulosa. Qonda rekaltsifikatsiya oshishi, EKG va rentgendagi o'zgarishlar kasallikni og'ir kechishidan va yurak qon tomir sistemasi adaptatsiyasi buzilganidan dalolat beradi.

TEMIR TANQISLIGI KAMQONLIGI BILAN OG'RIGAN BOLALARDA PROFILAKTIKA TADBIRLARINING SAMARADORLIGI

Shayxova M.I.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Dolzarbli. Temir tanqisligi kamqonligi (TTK) dunyo bo'yicha tibbiy, ijtimoiy va iqtisodiy oqibatlariga olib keluvchi muammolardan biri bo'lib hisoblanadi. Bolalarning jismoniy va asab-ruhiy rivojlanishining buzilishiga olib keladi, va infeksiyon - yallig'lanishli kasalliklarga sabab bo'ladi.

Maqsadi. Zamonaviy adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlar bo'yicha temir tanqisligi kamqonligi bilan og'rigan bolalarda profilaktika tadbirlarining samaradorligini o'rganish.

Materiallar va uslublar: Temir tanqisligi kamqonligi bilan og'rigan bolalarda profilaktika tadbirlarining samaradorligini o'rganish uchun ushbu sohada olib borilgan tadqiqot ishlarining natijalari bayon etilgan ilmiy adabiyot manbalaridan foydalanildi.

Olingan natijalar. JSST ma'lumotlariga ko'ra, temir tanqisligi kamqonligi erta yoshdagi bolalar orasida 17,5 dan 30% gacha uchraydigan yetakchi patologiya bo'lib qolmoqda. Erta yoshdagi bolalar, o'smirlar, homilador ayollar temir tanqisligi kamqonligi bo'yicha yuqori xavf guruxiga kiradilar. Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarni taxlil qilishda bolalarda temir tanqisligi rivojlanishining bir necha sabablarini ajratish mumkin: tug'ilganida temir zaxirasining yetishmasligi, ozuqa bilan temirning organizmga kam tushishi va oshqozon-ichak traktida so'rilishining buzilishi, o'sishi, to'qimalar differensirovkasi, turli a'zolar va tizimlar yetilishining intensiv jarayonlari sabab temirga bo'lgan ehtiyojning ortishi, sirkulyatsiyadagi qon xajmining oshishi, organizmdan temirning ortiqcha yo'qotilishi kabilar shular jumlasidandir. Shuni ham ta'kidlash lozimki, erta yoshdagi bolalarda temir zaxirasining yetishmasligi va noratsional ovqatlanish bo'lsa, kattaroq yoshdagi bolalarda – qon yo'qotish va keskin o'sish temir tanqisligining sababi bo'lib hisoblanadi.

Temir tanqisligi muammosi – bu avvalombor ovqatlanish muammosidir, shuning uchun har qanday yoshda adekvat, balanslangan ovqatlanish TTK ning birlamchi profilaktikasi bo'lib hisoblanadi. Bolalarning har kunlik temirga bo'lgan ehtyoji 0,5–1,2 mg ni tashkil qiladi. Odatdagi parhez organizmni kuniga 5-15 mg elementar temir bilan ta'minlaydi. Oshqozon-ichak traktidan ozuqada bo'lgan temirning 10–15% gina so'riladi.

JSST/YUNISEF ozuqa mahsulotlarini temir va boshqa mikronutriyentlar bilan fortifikatsiyalash; onalar va bolalar orasida temir soplamentatsiyasini o'tkazish; sog'lom ovqatlanish tamoyillarini tadbiriq etish, ovqatlanish odatlarini o'zgartirish; aholi orasida oqartuv ishlarini olib borish kabi profilaktik chora-tadbirlarni olib borishni tavsiya etadi. Yetarlicha harakat faolligi, ochiq havoda maksimal bo'lish, to'g'ri ovqatlanish, massaj, gimnastika, surunkali infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish, ichaklarda so'rilishning buzilishi bilan kechuvchi kasalliklari, qon ketishi, gijjalarni davolash profilaktika tadbirlariga kiradi.

Xulosalar. Temir tanqisligi kamqonligi bilan og'rigan, jumladan, ushbu patologiyaning xavf omillariga ega bo'lgan barcha bolalar UASh ning dispanser nazoratida bo'lishlari zarur. Ovqatlanish tartibiga rioya qilish, temir va vitaminlarga boy ozuqa mahsulotlarini kiritish bilan parhezni saqlash, medikamentoz terapiyani o'tkazish, gel'mintozlarni davolash kabi chora-tadbirlar kasallikni muvaffaqiyatli davolashga imkon beradi.

СТРУКТУРА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Шамансурова Э.А., Кошимбетова Г.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей и подростков занимают одно из ведущих мест в структуре патологии органов пищеварения. В настоящее время основным согласительным документом европейских гастроэнтерологов являются Римские критерии, или так называемые рекомендации Римского консенсуса. Распространенность функциональных заболеваний в детской популяции варьирует между 9,9% и 27,5% у детей и подростков и между 27% и 40,5% у новорожденных и младенцев.

Цель исследования: Изучить структуру функциональных расстройств органов пищеварения у детей.

Материал и методы исследования. Было обследовано 55 детей в возрасте от 2 месяцев до 11 лет с функциональными расстройствами органов пищеварения. Диагноз функционального заболевания кишечника ставился на основании жалоб, анамнеза, данных лабораторных и инструментальных исследований, которые позволили исключить органическую патологию.

На основании жалоб, анамнеза и объективных данных обследованных детей была выявлена нозологическая структура: функциональная диарея - у 6 детей (10,9%), абдоминальная мигрень – у 9 (16,4%), функциональные расстройства кишечника у 9 (16,4%), функциональный запор у 28 детей (50,9%), функциональная секреторная диарея у 3 (5,5%).

Таким образом, наиболее частым функциональным заболеванием кишечника явился функциональный запор. Лечение функциональных желудочно-кишечных расстройств проводилось амбулаторно. Назначалась диета, спазмолитическая терапия, при нарушении микробиоценоза- пробиотики, при запоре-слабительные средства.

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ф.М., Зайнабитдинова С.Н., Урумбоева З.О.

Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Пневмония – одно из наиболее частых серьезных заболеваний в детском возрасте. Реализация новых диагностических подходов к ведению детей с внебольничной пневмонией основана на оценке биомаркеров, появляющихся при воспалительной реакции организма хозяина против микроорганизма, и позволяют своевременно выявить пневмонию, оценить степень ее тяжести и определить необходимость назначения и продолжительности антибактериальной терапии.

Цель исследования: определение диагностического значения и причин ошибок диагностики, тактики лечения больных с внебольничной пневмонией в условиях стационара.

Материалы и методы. В основу исследования положены результаты ретроспективного анализа историй болезни за период 2016-2019 гг., а также результаты клинического обследования 85 больных внебольничной пневмонией в возрасте от 6 мес. до 3-х лет. Ретроспективное исследование проведено путем изучения 6790 историй пролеченных больных детей с бронхолегочной патологией в клиниках г. Ташкента. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру- Стьюденту с помощью персональных компьютеров с использованием пакета прикладных программ.

Результаты и их обсуждение. Анализ историй болезни детей с внебольничной пневмонией (ВП) показал, что детям проводился клинический осмотр, исследовался анализ крови и проводилась рентгенография органов грудной клетки. Ретроспективный анализ 6870 историй болезни детей с бронхолегочной патологией показал, что у 64,3% детей была выявлена внебольничная пневмония. Необходимо отметить, что рентгенологическое подтверждение пневмонии отмечено лишь в историях болезни 65,6% больных. Это показывает, что в 36,4% отмечалась гипердиагностика внебольничной пневмонии. Преимущественно назначались антибиотики пенициллинового ряда, а в 45% случаев стартовым препаратом являлся цефтриаксон. У 12% необоснованно проводились повторные курсы лечения и дополнительно второй антибиотик аминогликозид. Причем чаще назначался амикацин в 40% случаев. Схемы с назначением комбинации цефазолина и амикацина у 9,5% детей, также определяются как неадекватные: излишнее назначение цефалоспоринов 1-го поколения. При клиническом наблюдении 85 больных внебольничной пневмонией проанализированы микробиологические данные исследования мазков из зева, в которых в 35,6% случаев выделен *Staphilococcus aureus*, в 28,9% – *Streptococcus pneumoniae*. Исследование С-реактивного белка рассматривается как достоверный тест воспаления при бактериальных заболеваниях. Содержание С - реактивного белка увеличивается в сыворотке крови при воспалении (инфекционных заболеваниях). Биохимические исследования выявили у 31,1% детей с внебольничной пневмонией повышение показателей С- реактивного белка в крови, который у 68,9% больных был в пределах нормы

Выводы. У врачей общей практики доминирует гипердиагностика внебольничной пневмонии и соответственно необоснованное применение антибиотиков. Практическое использование современной классификации пневмоний с выделением внебольничных, госпитальных и внутриутробных, а также типичных и атипичных форм заболевания позволяет не только предполагать с высокой долей вероятности этиологию заболевания.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДИСМИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И., Абдуллаев С.К.

**Республиканский специализированный научно-практический центр педиатрии
Ташкентская медицинская академия**

Актуальность. Реактивность дыхательных путей — наиболее важная характеристика функционального состояния бронхолегочного аппарата. Синдром гиперреактивности бронхов (ГРБ) встречается не только при бронхиальной астме (БА), но и при других бронхолегочных заболеваниях: хронических и рецидивирующих обструктивных заболеваниях легких, поллинозе, аллергическом рините, атопическом дерматите. В патогенезе развития бронхиальной астмы ведущая роль принадлежит ионам кальция, магния, которые принимают непосредственное участие в сокращении бронхов; такие микроэлементы (МЭ) как селен, цинк, медь оказывают влияние на процессы перекисного окисления липидов и формирование аллергического воспалительного процесса трахеобронхиального дерева — морфологической основы для развития гиперреактивности.

Цель исследования: изучить возможные патогенетические механизмы формирования гиперреактивности бронхиального дерева при бронхиальной астме, связанные с микроэлементными нарушениями у детей.

Материалы и методы. В группу исследования включены 45 детей с БА со стойкими изменениями бронхиального тонуса. Средний возраст детей составил $9,1 \pm 0,6$ года. Группу контроля составили 30 детей, не имеющих в анамнезе атопических, хронических бронхолегочных заболеваний и имевших последнее острое респираторное заболевание более 1-го месяца до проведения исследования. Микроэлементный статус детей определялся в Институте ядерной физики АН РУз путем изучения содержания микроэлементов в волосах методом нейтронно-активационного анализа и в сыворотке крови методом атомно-абсорбционной спектроскопии.

Результаты исследования и их обсуждения. Гипомикроэлементозы обнаружены у всех детей. В основном отмечался дефицит кальция, селена, йода, марганца, цинка (65 (94,2 %), 57 (82,6 %), 55 (79,7 %), 52 (75,3 %), 42 (60,9 %) соответственно). Реже зарегистрирована недостаточность молибдена (24 (34,8 %)), хрома (21 (30,4 %)), меди (18 (26,1 %)), никеля (17 (24,6 %)), железа (15 (21,7 %)). Недостаточность более четырех МЭ отмечена в 33-х (47,8 %), четырех — в 21-м (30,4 %), трех — в 15-ти (21,7 %) случаях, ни у одного ребенка не было выявлено дефицита одного-двух МЭ. Гипермикроэлементозы отмечались у большинства пациентов с ГРБ (n=66; 95,7 %), чаще регистрировалось повышенное содержание нескольких МЭ: пяти-семи (n = 27; 40,9 %), четырех (n=15; 21,7 %), трех (n=13; 18,2 %), двух (n=13; 18,2 %). Преобладающими вариантами были интоксикация бромом (n=48; 69,6 %) и свинцом (n=36; 52,2 %), реже зарегистрирован гипермикроэлементоз рубидия (n=22; 31,9 %), циркония (n=19; 27,5 %), мышьяка (n =15; 21,7 %), никеля (n=14; 20,3 %). Учитывая, что при ГРБ отмечается высокая частота микроэлементных нарушений, проведен анализ показателей чувствительности бронхиального дерева в зависимости от концентрации эссенциальных и токсических МЭ. Степень выраженности микроэлементных нарушений различалась среди детей-«гиперреакторов» с высокой чувствительностью бронхов к гистамину и метахолину и различными градациями чувствительности.

Выводы. Состояние гиперреактивности бронхиального дерева у детей с сочетанными формами аллергии сопровождается полимикроэлементными нарушениями (дефицит эссенциальных МЭ выявлен в 69,6 %), которые особенно выражены при высокой чувствительности бронхов (ПК₂₀ метахолина, гистамина — 0,125–0,5 мг/мл), на фоне дефицита селена и цинка (содержание в плазме ниже 0,2 и 0,35 мг/л соответственно) и характеризуется снижением скоростных параметров функции внешнего дыхания.

БИОМАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Исмоилова Ш.С.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр педиатрии

Актуальность. Врожденная пневмония – острое инфекционно-воспалительное заболевание респираторных отделов легких в результате анте- и/или интранатального инфицирования, имеющее клинико-рентгенологические проявления в первые 72 ч. жизни ребенка. Независимо от уровня детской смертности, наиболее частыми причинами смерти новорожденных являются недоношенность и врожденная пневмония. В последние годы многие исследователи подчеркивают высокую диагностическую значимость определения уровня С-реактивного белка и цитокинов в сыворотке крови как одного из биомаркеров системного воспалительного ответа.

Цель исследования: изучить содержание С-реактивного белка и цитокинового статуса у новорожденных детей с врожденной пневмонией.

Материалы и методы. В основу исследования положены результаты проспективного обследования 35 новорожденных с подтвержденной врожденной пневмонией (ВП), находившихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТ) и выхаживания маловесных новорожденных в Перинатальном Центре Сурхандарьинской области - г. Термез. В процессе выполнения работы использованы общеклинические и лабораторные методы исследования. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишера-Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Оценка клинических признаков, отражающих состояние новорожденного при рождении, выявил влияние асфиксии (оцененной по шкале Апгар) на формирование дыхательных расстройств у новорожденных в группе наблюдения. Результаты анализа показали, что у детей была диагностирована тяжелая асфиксия с низкой оценкой по шкале Апгар на 1-й у 51,4% и на 5-й минуте жизни у 48,6%, остальные младенцы родились в среднетяжелой асфиксии. У новорожденных с ВП реакция при осмотре чаще проявлялась беспокойством 62,9%, чем вялостью 37,1%. Гипертермия наблюдалась у 40,0% новорожденных. В 65,7% наблюдали ослабление физиологических рефлексов. На фоне этого появляется одышка с участием дополнительных мышц в этом. Кожные покровы у обследованных новорожденных были бледными в 22,9% случаев. У большинства детей отмечался акроцианоз 77,3%, реже – центральный цианоз 25,7%. У новорожденных отмечалось ослабленное дыхание 74,3%. У большинства детей отсутствовал сосательный рефлекс 60,0%.

Исследование С-реактивного белка рассматривается как достоверный тест воспаления при бактериальных заболеваниях. Результаты анализа исследования уровня С-реактивного белка у новорожденных детей с врожденной пневмонией показало достоверное повышение этого показателя по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$).

Среди маркеров воспаления, активно изучаемых в последние годы, привлекают внимание цитокины. Анализ полученных данных цитокинового статуса у новорожденных детей с врожденной пневмонией показало, что уровень ИЛ-1 β достоверно повысился по

сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$). Также отмечалось достоверное повышение уровня ИЛ-6 по сравнению с нормой ($p < 0,01$).

Выводы. Полученные результаты проспективного анализа свидетельствуют об активности воспалительного процесса у новорожденных детей с врожденной пневмонией. Оценка биомаркёров воспаления С-реактивного белка и цитокинов является информативным показателем и их повышение подтверждают бактериальную природу патологического процесса. Гиперпродукция цитокинов свидетельствует о серьезных нарушениях в работе всех звеньев иммунной системы, угнетении неспецифической защиты, требующих соответствующей коррекции.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОМОЩИ ЭЛЕКТРОННОЙ АУСКУЛЬТАЦИИ

Эсаханов Ш.Н., Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является одним из самых распространенных хронических пульмонологических заболеваний в детском возрасте, что определяет ее высокую социальную значимость. Несвоевременная диагностика и неадекватная терапия – основные причины тяжелого течения и смертности от БА. Перспективны различные методы автоматизированного обнаружения респираторных звуков. Цифровая регистрация с последующим частотным анализом на персональном компьютере является единственным достоверным количественным методом для объективной оценки респираторных звуков. Целью компьютеризированного анализа дыхательных звуков является их объективное понимание и архивирование, что расширяет возможности контроля эффекта проводимой терапии, а также позволяет обнаруживать скрытые вентиляционные нарушения путем проведения бронхопровокационных проб, наряду со спирометрическими изменениями.

Целью нашего исследования было определить количественные характеристики звуков методом электронной аускультации у детей с БА и выявить взаимосвязь спирометрии и пикфлоуметрии с параметрами электронной аускультации.

Материалы и методы. Работа проводилась в отделении пульмонологии РСНПМЦП. В обследование включены 71 ребенок в возрасте 7-18 лет с бронхиальной астмой. Звуковые волны регистрировались на грудной клетке с помощью электронного стетоскопа Littman 3200 3M, чувствительностью 50-18000 Гц, встроенного в металлическую головку стетоскопа. Дальнейшая цифровая обработка данных осуществлялась с помощью аудиоредактора «Steth Assist Software from 3M».

Результаты и их обсуждение. Для детей контрольной группы кривая имела вид волны с максимумом в пределах частот 100-200 Гц с дальнейшим резким снижением до частоты 1300 Гц, и постоянной низкой амплитудой в частотном диапазоне 1400-4000 Гц. Это, возможно, связано с ламинарным потоком воздуха в дыхательных путях при везикулярном дыхании и отсутствием нарушения бронхиальной проводимости. Диапазон параметров амплитуды звука здоровых составляет: минЗС = $-(31,31-39,46)$ дБ, максЗС = $-(8,95-22,02)$ дБ, СЗС = $-(16,57-28,91)$ дБ. Методом автокорреляции определялся частотный пик в диапазоне 109-171 Гц, имеющий спектральную мощность 7-34. Дополнительные пики

выявлены в низкочастотном диапазоне (менее 100 Гц). При купировании БОС, кривая респирофонограммы претерпевала определенные изменения в спектре наблюдаемых частот. Так отмечалось плавное снижение амплитуды в области частот более 500 Гц с сохранением низкоамплитудных пиков в диапазоне высоких частот (более 1200 Гц). Таким образом, поток воздуха становится менее турбулентным и выраженность БОС уменьшается. Однако, при сравнении паттернов дыхания детей с БА в стадии клинического улучшения (при отсутствии хрипов) и кривых звука у здоровых детей, имелись различия. У детей с БА сохраняется большая амплитуда звука в спектре высоких частот, чем у здоровых детей, что свидетельствует, возможно, о сохраняющемся нарушении бронхопроводимости у детей с БА даже в стадии улучшения клинической картины и отсутствия физикальных признаков БОС.

Выводы. Методом электронной аускультации обнаруживаются различия звуковых паттернов в группе здоровых и детей с БА. Количественная характеристика позволяет объективно установить наличие нарушения проходимости. Отсутствует достоверная взаимосвязь результатов исследования ФВД стандартными и данным методом. Проведение пробы с бронхолитиком доступно даже в амбулаторных условиях, что облегчает диагностику на догоспитальном этапе.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА СВИСТЯЩЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Эсаханов Ш.Н., Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И., Шарипова Н.П.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность. Синдром свистящего дыхания очень распространен в раннем возрасте и является одним из проявлений бронхиальной обструкции. Результаты эпидемиологических исследований с использованием современных критериев диагностики позволяют считать, что рецидивирующий синдром свистящего дыхания часто является манифестацией бронхиальной астмы (БА). Отсутствие единой классификации, которая адекватно бы отражала особенности свистящих хрипов у детей раннего возраста и позволяла прогнозировать вероятность возникновения БА, необходимость назначения базисной терапии, все это обуславливает необходимость дальнейшего изучения особенностей естественного течения свистящего дыхания у детей, что позволит улучшить раннюю диагностику БА.

Цель исследования: изучить факторы риска и клиничко-анамнестические особенности синдрома свистящего дыхания у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Обследовано 40 детей в возрасте от 1 до 5 лет с персистирующим синдромом свистящего дыхания, наблюдавшиеся и получавшие лечение в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз с учетом жалоб, анамнестических данных, результатов физикальных методов обследования, общеклинических, лабораторных и рентгенологических обследований органов грудной клетки.

Результаты и их обсуждение. Было обследовано 40 детей, из них 27 мальчиков (67,5%) и 13 девочек (32,5%). У 65,0% (26) детей единственным триггером, провоцирующим обструкцию, были инфекционные заболевания дыхательных путей. Они составили группу пациентов с эпизодическими свистящими хрипами. У 25,0% (14) исследуемых обструкции возникали также при воздействии аллергенов, табачного дыма, смеха, плача, холодного воздуха (мультифакторные хрипы). В группе у детей с эпизодическими хрипами наследственный аллергологический анамнез был отягощен у 34,6% (9) детей. Из них: по БА - у 33,3% (3), по аллергическому риниту - у 22,2% (2), по atopическому дерматиту - 22,2% (2), по крапивнице - 11,1% (1), по лекарственной аллергии - у 11,1% (1). Однако у детей с мультифакторными хрипами наследственная отягощённость наблюдалась статистически значительно чаще - у 57,1% (8) от общего числа пациентов в этой группе (14), чем у исследуемых с эпизодическими хрипами 17,74% (n=33) от общего числа детей в этой группе (26) ($p < 0,001$). В структуре сопутствующих аллергических заболеваний в группе детей с мультифакторными хрипами, аллергический ринит составил 64,2% (9), atopический дерматит составил 57,1% (8), аллергический конъюнктивит у 7,14% (1), лекарственная аллергия у 14,2% (2). У детей с мультифакторными хрипами ярко выраженная гиперреактивность бронхов была выявлена в 64,2% случаев (9), умеренная - в 28,5% (4), слабая - в 11,1% (1). При эпизодических хрипах выраженная гиперреактивность бронхов была зафиксирована у 26,9% детей (7), умеренная - у 38,4% (10), слабая - у 34,6% (9).

Выводы. Синдром свистящего дыхания встречался чаще у мальчиков, нежели у девочек. Отягощение наследственного аллергологического анамнеза у детей с мультифакторными свистящими хрипами отмечалось чаще, чем у детей с эпизодическими свистящими хрипами (в 64,2% и 34,6%), наличие сопутствующих аллергических заболеваний составило 83,78% и 13,97%. Результаты нашего исследования показали, что при мультифакторном фенотипе синдрома свистящего дыхания свистящие хрипы часто были ассоциированы с другими аллергическими заболеваниями, в особенности с аллергическим ринитом - в 64,2% и atopическим дерматитом - в 57,1%. У обследуемых с мультифакторными хрипами достоверно чаще наблюдалась выраженная гиперреактивность бронхов, реже - слабовыраженная, чем у детей с эпизодическими свистящими хрипами.