



ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ



РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН
ПЕДИАТРИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ



4-6 октябр
2024
ТОШКЕНТ

ЎЗБЕКИСТОН ПЕДИАТРАЛАРИНИНГ IX СЪЕЗДИ

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИНИ ИСЛОҲ ҚИЛИШНИНГ
ЗАМОНАВИЙ БОСҚИЧИДА ПЕДИАТРИЯНИНГ
ДОЛЗАРЪ МАСАЛАЛАРИ

СЪЕЗД ТЕЗИСЛАРИ ТЎПЛАМИ



www.pediatriya.uz

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

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

**ЎЗБЕКИСТОН ПЕДИАТРАРИНИНГ
ХАЛҚАРО ИШТИРОКИДАГИ IX СЪЕЗДИ
«ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ТИЗИМИНИ ИСЛОҲ ҚИЛИШНИНГ ЗАМОНАВИЙ БОСҚИЧИДА
ПЕДИАТРИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МАСАЛАЛАРИ»**

ТЕЗИСЛАР ТЎПЛАМИ

2024 йил 4-6 октябрь

**IX СЪЕЗД ПЕДИАТРОВ УЗБЕКИСТАНА
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ПЕДИАТРИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН»**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

4-6 октября 2024 года

ТОШКЕНТ — 2024

Ўзбекистон педиатрларининг халқаро иштирокидаги IX съезди «Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишнинг замонавий босқичида педиатриянинг долзарб масалалари» тезислари тўплами, 2024 йил 4-6 октябрь, Тошкент, 238 бет.

Тахририят хайъати:

Бош муҳаррир Абдуқаюмов А.А. – Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази директори, тиббиёт фанлари доктори.

Масъул муҳаррир: Мирсалихова Н.Х. – Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази директори ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори.

Масъул котиба: Мусажанова Р.А. – Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори.

Тахририят хайъати аъзолари:

Иноятова Ф.И. – РИПИАТМ гепатология бўлими раҳбари, т.ф.д., ЎзР ФА академиги;

Камилова А.Т. – РИПИАТМ гастроэнтерология бўлими раҳбари, т.ф.д., профессор;

Шамсиев Ф.М. – РИПИАТМ пульмонология бўлими раҳбари, т.ф.д., профессор;

Арипов А.Н. – РИПИАТМ КДЛ бўлими раҳбари, т.ф.д., профессор;

Салихова К.Ш. – т.ф.д., РИПИАТМ Чақалоқ ва кичик ёшли болалар бўлимининг раҳбари, тиббиёт фанлари доктори;

Умарназарова З.Е. – РИПИАТМ гастроэнтерология бўлими етакчи илмий ходими, тиббиёт фанлари доктори;

Арипова Д.С. – РИПИАТМ Маънавият в маърифат раҳбари, т.ф.н.

Тошпулатова М.Р. – ташкилий-услубий бўлим раҳбари ўринбосари;

Агзамходжаева Б.У. – неонатология бўлими шифокори, фалсафа доктори (PhD).

Съезд Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сонли «2022-2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги фармони, 2023 йил 8 сентябрдаги ПҚ-296-сонли «Оналар ва болалар саломатлигини муҳофаза қилиш, аҳолининг репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш чора-тадбирлари тўғрисида»ги, 2021 йил 28 июлдаги ПҚ-5199-сонли «Соғлиқни сақлаш соҳасида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги, 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891 «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид кўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги қарорларида белгиланган асосий вазифаларни амалга ошириш доирасида ўтказилади.

Тезислар тўпламида «Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишнинг замонавий босқичида педиатриянинг долзарб масалалари» мавзусидаги Ўзбекистон педиатрларининг IX Съездида тақдим этилган илмий ишлар натижалари ўз аксини топган.

Тўпламга съезднинг асосий йўналишларига оид: Ўзбекистонда педиатрия хизмати ривожланишининг тиббий, ижтимоий ва ташкилий масалалари; педиатрияда замонавий технологиялар, янги ютуқлари ва истиқболлар; болаларга тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини яхшилашда халқаро ҳамкорлик ва кадрлар тайёрлаш; ижтимоий аҳамиятга эга касалликлар ва болалар ногиронлиги муаммолари; чақалоқларга бирламчи ва ихтисослаштирилган тиббий ёрдам; она сути билан боқиш ва болалар овқатланиши; эмлаш масалалари; кам учрайдиган ва ирсий касалликларни ташхислаш, даволаш ва реабилитация; ЛОР аъзолари касалликларини даволаш ва реабилитация масалалари, болалар хирургиясининг долзарб масалалари ва истиқболли йўналишлари, педиатрияда лаборатор ва инструментал, генетик текширувлар имкониятлари ва бошқа масалалар ечимига қаратилган илмий тадқиқотлар тўғрисидаги маълумотлар киритилган. Тўплам материалларида мамлакатимизнинг турли ҳудудларидан ва хорижий давлатлардан илмий ва амалий муассасалар, соғлиқни сақлаш, таълим ва бошқа ташкилотларнинг етакчи олимлари ва мутахассислари, шунингдек ёш олимлар иштирок этдилар.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА У ДЕТЕЙ

Абдукаюмов А.А., Идиев З.З., Мансурова С.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность темы. Хронический риносинусит (ХРС) у детей является распространенным заболеванием, которое оказывает значительное влияние на качество жизни и общее состояние здоровья. Частые рецидивы, длительное течение заболевания и сложности в лечении делают эту проблему актуальной для педиатрии. Риносинуситы являются наиболее часто встречающимся заболеванием в практике отоларинголога среди госпитализированных больных с синуситами и составляет 46-59%. Современные методы диагностики позволяют выявлять ХРС на ранних стадиях, однако многие из них требуют оптимизации с учетом возрастных особенностей и индивидуальных факторов у детей. Комплексный подход к диагностике, включающий использование новых методов визуализации, лабораторных исследований и функциональных тестов, способствует более точной постановке диагноза и подбору эффективной терапии. Оптимизация комплексной диагностики хронического риносинусита у детей позволит сократить сроки постановки диагноза, повысить эффективность лечения и снизить риск развития осложнений, что делает данный вопрос крайне актуальным для современной медицины.

Цель исследования: оптимизация диагностики хронического риносинусита у детей для повышения точности и эффективности лечения.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 172 детей с хроническим риносинуситом в возрасте от 3 до 18 лет, из них 108 (62,8%) - мальчики и 64 (37,2%) - девочки. Методика обследования включала подробное изучение жалоб и анамнеза больных, эндоскопический осмотр полости носа и мультиспиральную компьютерную томографию околоносовых пазух. Эндоскопия носа и носоглотки выполнялась с использованием эндоскопической стойки с видеосистемой KARL STORZ (Германия). Полученные данные фиксировались архивирующей системой, что позволяло отслеживать динамику заболевания и при необходимости корректировать тактику лечения.

Результаты и обсуждение. Изучение анамнеза детей, находящихся под нашим наблюдением, позволило выделить группы больных в зависимости от частоты и характера обострений. У всех больных детей - 172 (100%) отмечались обострения риносинусита в виде обычных синуситов в течение одного года. Так у 92 больных (53,5%) обострения заболевания происходили от 3 до 5 раз в год, у 24 (13,9%) — до 3 раз, и у 56 (32,6%) — более 5 раз в год.

При изучении анамнеза было установлено следующее: 82 больных (47,7%) связывали заболевание с перенесенной ОРВИ, 44 ребенка (25,6%) входили в группу часто болеющих детей, в 28 случаях (16,2%) был выявлен отягощенный аллергологический анамнез (экссудативно-катаральный и тимико-лимфатический диатез), а в 18 случаях (10,5%) была диагностирована сопутствующая глистная инвазия. Среди обследованных детей у 130 (75,6%) был диагностирован двухсторонний процесс, а у 42 (24,4%) — односторонний. При этом у 132 (76,7%) больных была выявлена острая форма риносинусита, а у 40 (23,3%) — хроническая.

Эндоскопическое исследование носа и носоглотки показало следующие результаты: у 128 детей (62,8%) наблюдались признаки аллергического ринита, при этом у 68 (63%) из них это состояние сочеталось с различными формами деформации носовой перегородки. У 82 больных (47,7%) была обнаружена полоска гноя, стекающая по задней стенке носоглотки. У 76 больных (44,2%) были выявлены аденоидные вегетации II-III степени, у 58 (33,7%) — аденоиды сочетались с гипертрофией небных миндалин различной степени,

у 56 (32,6%) наблюдалась гипертрофия трубных валиков, а у 42 (24,4%) были зафиксированы рубцовые изменения в носоглотке, связанные с ранее перенесенными операциями (аденотомия или вазотомия).

Компьютерная томография околоносовых пазух показала наличие различных видов синуситов у 82 больных (47,6%). Из них у 42 детей (51,2%) был диагностирован гайморэктоидит, у 28 (34,2%) - этмоидит, у 12 (14,6%) - односторонний изолированный гайморит с горизонтальным уровнем гноя в пазухе.

Выраженная риноскопическая картина в совокупности с данными анамнеза и жалобами пациентов позволила подтвердить диагноз риносинусита у всех обследованных детей. Важно отметить, что у 158 (91,8%) пациентов выявлено одновременное сочетание двух и более местных клинических признаков риносинусита.

Выводы. Проведенное исследование показало, что хронический риносинусит у детей характеризуется частыми рецидивами и выраженными клиническими проявлениями, как местными, так и общими. У большинства пациентов выявлено сочетание двух и более клинических признаков, что затрудняет диагностику и требует применения комплексного подхода. Оптимизация диагностики, включающая эндоскопическое исследование и мультиспиральную компьютерную томографию, позволяет повысить точность диагностики и своевременно скорректировать тактику лечения, что способствует улучшению прогноза заболевания у детей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

Абдукаюмов А.А., Разаков А.Д., Ли Б.С.

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

Актуальность. Кохлеовестибулярные расстройства при хроническом гнойном среднем отите представляют собой серьезную проблему в оториноларингологии, так как сопровождаются значительными нарушениями слуха, вестибулярными симптомами (головокружение, тошнота) и ухудшением качества жизни пациентов. Особую важность приобретает поиск эффективных методов лечения, которые могут не только снизить выраженность симптомов, но и улучшить функциональное состояние слухового и вестибулярного аппаратов. Проведение комплексного лечения с включением вестибулярной реабилитации и современных антигистаминных препаратов может существенно повысить клиническую эффективность терапии.

Цель исследования. Изучение эффективности, предложенной комплексной консервативной терапии с вестибулярной реабилитацией у пациентов с кохлеовестибулярными расстройствами при хроническом гнойном среднем отите.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 95 больных с кохлеовестибулярными нарушениями при хроническом гнойном среднем отите, которые были разделены на две группы: группа А (n=56): больные с туботимпанальной формой хронического гнойного среднего отита, которым помимо традиционного лечения применяли предложенный метод комплексной терапии с вестибулярной реабилитацией; группа В (n=39): больные с аттикоантральной формой хронического гнойного среднего отита, получавшие только традиционное лечение. Традиционная схема включала антибактериальные и противогрибковые препараты, дезинтоксикационные, антигистаминные средства (включая "Демингидрилат"), иммуномодуляторы. В группе А дополнительно применялась вестибулярная реабилитация — специальный комплекс упражнений, направленный на восстановление вестибулярной функции.

Результаты исследования. Проведённое исследование показало, что предложенный метод лечения пациентов с кохлеовестибулярными расстройствами при хроническом гнойном среднем отите (ХГСО) оказался более эффективным по сравнению с традиционной терапией. В группе пациентов, получавших комплексное лечение с вестибулярной реабилитацией, наблюдались значительные улучшения клинических показателей. У больных группы А, получавших предложенное комплексное лечение, отмечено значительное снижение числа случаев скрытого нистагама: до лечения скрытый нистагм наблюдался у 14,7% пациентов, а после лечения этот показатель снизился до 7,3% ($p < 0,01$). Для сравнения, в группе, получавшей традиционное лечение, снижение числа случаев скрытого нистагама составило с 14,7% до 10,5% ($p < 0,05$), что демонстрирует более выраженный эффект в группе с предложенным лечением. В группе В с аттикоантральной формой ХГСО также зафиксированы положительные результаты: скрытый нистагм уменьшился с 13,1% до 6,9% ($p < 0,01$), а случаи явного нистагама полностью исчезли (с 5,2% до 0%). Это подтверждает высокую эффективность предложенной терапии в улучшении вестибулярной функции. Исследования слуховой функции показали, что через год после лечения у пациентов группы А наблюдалось снижение степени тугоухости. У 16,8% пациентов была зафиксирована I степень кондуктивной или смешанной тугоухости, у 12,6% — II степень, у 7,3% — III степень, а IV степень была отмечена у 1,1% пациентов. Это свидетельствует о том, что комплексное лечение положительно влияет не только на вестибулярные функции, но и на слуховую функцию, способствуя улучшению состояния пациентов.

Общая клиническая эффективность предложенного метода составила 94,7%, что значительно превышает результаты традиционного лечения, где клиническая эффективность составила 74,6%. Это подтверждает, что предложенная методика, включающая вестибулярную реабилитацию и применение антигистаминных препаратов (демингидрилат), обеспечивает более выраженное снижение симптомов кохлеовестибулярных нарушений, таких как головокружение, нистагм и снижение слуха.

Заключение. Результаты исследования подтвердили высокую эффективность предложенного метода лечения кохлеовестибулярных расстройств у пациентов с ХГСО. Комплексная терапия, включающая вестибулярные упражнения и медикаментозное лечение, показала лучшие результаты по сравнению с традиционным лечением, значительно улучшив состояние пациентов и снизив выраженность симптомов.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЬЮТЕРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С КОХЛЕАРНЫМ ИМПЛАНТОМ ДО И ПОСЛЕ ЗАМЕНЫ РЕЧЕВОГО ПРОЦЕССОРА

Абдукаюмов А.А., Иноятова Ф.И., Абдукамилова М.М.

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

Актуальность. Кохлеарная имплантация представляет собой эффективный метод восстановления слуха у детей с тяжелыми и глубокими потерями слуха. Однако успешность реабилитации после установки кохлеарного импланта зависит не только от самого устройства, но и от правильной настройки речевого процессора и подхода к реабилитации. Замена речевого процессора — это важный этап, который может значительно повлиять на слуховое восприятие и речевые навыки ребенка. Компьютерные технологии предоставляют возможности для объективной и стандартизированной оценки слуховых навыков и речевого восприятия. Использование таких методов позволяет получить более точные данные о результате замены речевого процессора и выявить особенности индивидуального ответа на изменения.

Цель исследования: оценить влияние замены речевого процессора на слуховую функцию детей с кохлеарным имплантом посредством сравнения результатов компьютерного обследования до и после замены.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 113 детей в возрасте от 11 до 14 лет на момент замены речевого процессора. Всем испытуемым был имплантирован кохлеарный имплантат модели Sonata STANDARD с речевым процессором OPUS 2 в отделе врожденных и приобретенных заболеваний ЛОР органов РШПМЦ Педиатрии в 2015 году. В 2023 году этим больным была проведена замена речевого процессора на модель Rondo 3. По результатам компьютерной оценки были проанализированы и сравнены показатели больных до и после замены речевого процессора.

Результаты исследований. По результатам компьютерной оценки были выявлены взаимосвязи между параметрами программирования и такими факторами, как возраст на момент имплантации и слуховой опыт. У 113 детей до замены речевого процессора OPUS 2, по данным первичной компьютерной оценки, у 15 детей результаты были ниже 50%, у 22 детей — в пределах 55-70%, и у 76 детей — выше 80-90%. После замены речевого процессора на Rondo 3 вторичная компьютерная оценка проводилась через месяц, и результаты показали, что у 9 детей оценка была ниже 50%, у 15 детей — в пределах 55-70%, и у 89 детей — выше 80-90%.

Анализ показателей до и после замены речевого процессора OPUS 2 на Rondo 3 продемонстрировал значительное улучшение: количество детей с оценкой выше 80-90% увеличилось с 76 до 89, что свидетельствует о положительном влиянии нового устройства. Особенности аудиопроцессора Rondo 3, такие как направленность микрофона, подавление фонового шума и адаптивный интеллект, способствовали улучшению слухового восприятия у имплантированных детей, что подтверждается вторичной оценкой.

Выводы. Результаты компьютерной оценки показали значимые взаимосвязи между параметрами программирования речевых процессоров и такими факторами, как возраст на момент имплантации и слуховой опыт, что подчеркивает важность индивидуализированного подхода к настройке устройств. Замена речевого процессора на Rondo 3 привела к значительному улучшению слуховых навыков у детей, что свидетельствует о необходимости своевременной замены устройств для повышения эффективности реабилитации и улучшения качества жизни детей.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Абдуллаев С.К., Шамсиев Ф.М.

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

Актуальность. Неуклонный рост распространенности бронхиальной астмы (БА) в структуре детской заболеваемости, как и его обусловленность экологическим неблагополучием представляют серьезную проблему для здравоохранения большинства стран мира. В последние годы наблюдается тенденция к раннему возникновению и более тяжелому течению заболевания, что снижает качество жизни больных детей и способствует увеличению детской инвалидности. БА – это мультифакторное заболевание, формируемое совокупностью генетических и средовых факторов.

Цель исследования: Изучить клинические особенности коморбидного течения бронхиальной астмы, аллергического ринита и атопического дерматита у детей.

Материалы и методы исследования. Обследовано 48 детей с аллергическим ринитом, атопическим дерматитом и бронхиальной астмой наблюдавшиеся и получавшие лечение в отделении пульмонологии и аллергологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. У пациентов учтены жалобы, анамнестические данные, результаты физических методов обследования, общеклинических, лабораторных и рентгенологических обследований органов грудной клетки.

Результаты исследования. Среди больных с бронхиальной астмой (БА) детей от 7 до 14 лет было 53,3% и 38% БА с аллергическим ринитом (АР) и атопическим дерматитом (АтД). Общее состояние больных было расценено как очень тяжелое у 3,2% детей, тяжелое у 36,1% и среднетяжелое у 60,7% детей. Бронхиальная астма с аллергическим ринитом и атопическим дерматитом у детей часто протекала на фоне сопутствующей патологии. Наиболее часто из перечисленных заболеваний у обследованных больных выявлялся острые респираторные заболевания в 34,2% случаев. При поступлении в стационар основными жалобами были: кашель у 98,8%, одышка – у 100,0%, удушье – у 89,9% детей, снижение аппетита – у 92,1%, бледность – у 94,4%, сухость кожных покровов – 33,3%, головная боль – у 45%, повышенную утомляемость – у 69,9, нарушение концентрации внимания – у 47,2%, нарушение сна – у 55,6% детей. Однако в 23% наблюдениях отмечалось заложенность в носу и зуд. 64,1% детей жаловались на заложенность в носу и обильные водянистые выделения с высокой достоверностью по сравнению с другими признаками, характеризующими характер насморка. Характерный для БА основной симптом - экспираторная одышка появлялась внезапно, как один из первых признаков болезни в 98,9 (49,5%) случаях, у 85,3 (9,1%) больных изначально отмечалось свистящее дыхание с присоединением одышки через несколько часов или на следующий день. При БА с АР и АтД кашель был в основном влажным в 88,9% случаев. Наблюдались признаки ДН в виде цианоза носогубного треугольника 91,7%, отмечалось усиление выдоха, тахипноэ с выраженным участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания - 95,5%, раздувание крыльев носа 69,6% случаев. Перкуторно определялся коробочный оттенок звука у 89,4% детей. При аускультации у детей с БА+АР+АтД жесткое дыхание определялось в 74,7% случаях, у 13,1% ослабленное дыхание. У больных с тяжелым приступом БО (2-2,1%) отмечался признак гиперинфляции и неравномерности вентиляции легких (1-1,1%), в 4-х случаях (3,5%) наблюдалось усиление интерстициального рисунка.

Выводы. Дети с коморбидным течением БА с АР и АтД чаще болеют ОРЗ, особенно в ранние годы жизни. Для этих детей характерны определенные клинические и рентгенологические проявления, что важно учитывать в клинической практике. АР является фактором риска развития БА. Понимание коморбидности АР, АтД и БА у детей имеет большое значение в практической деятельности педиатров, аллергологов и оториноларингологов. Своевременная диагностика АР и АтД, адекватная их терапия может способствовать профилактике манифестации БА. У больных с персистирующим АР и АтД следует исключить астму на основании анамнеза, клинических проявлений.

ЭКГ- ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Абдуразакова З.К., Юнусова Р.Т., Илхомова Х.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Дилатационная кардиомиопатия – гетерогенная группа заболеваний сердечной мышцы, связанная с систолической и диастолической дисфункцией и нарушением структуры миокарда. Частота встречаемости дилатационной кардиомиопатии

недостаточно изучена, что связано с отсутствием соответствующих знаний у широкого круга как патологоанатомов, так и педиатров.

Целью исследования: Определить электрокардиографические особенности при дилатационной кардиомиопатии у детей.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели обследовано 12 детей, лечившихся в кардиоревматологическом отделении клиники ТашПМИ за период с 2019 по 2024 гг. Возраст обследованных детей варьировал от 5 до 17 лет и в среднем составил $8,8 \pm 0,6$ лет. Диагноз ставился на основании жалоб, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования (клинические и биохимические анализы крови, рентгенография грудной клетки, ЭКГ и Эхо-КГ сердца).

Результаты исследования. На электрокардиограмме регистрировались изменения, характерные для тяжелых метаболических и дистрофических изменений в миокарде. Часто наблюдались признаки умеренной гипертрофии левого желудочка (80,9%), реже — обоих желудочков и перегрузки левого предсердия (19,1%). Наряду с этим может регистрироваться низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях.

Один из ЭКГ-критериев ДКМП: отношение амплитуды зубца RV6 к максимальной амплитуде зубца R (R_{max}) в одном из стандартных отведений ($RV6/R_{max} > 3$). Количество таких больных, где соотношение $RV6/R_{max}$ было больше 3 составило 25,5%. У детей с ДКМП выявлены различные нарушения сердечного ритма и проводимости: экстрасистолии (31,9%), неустойчивая желудочковая тахикардия (85,1%), атриовентрикулярные блокады I–II степени (51,1%), которые сопровождались резким отклонением электрической оси сердца влево.

Выводы. Изучение клинико-инструментальных показателей выявило, что наиболее один из достоверным инструментальным методом в оценке доклинических признаков ДКМП является наличие отношения амплитуды зубца RV6 к максимальной амплитуде зубца R (R_{max}) в одном из стандартных отведений ($RV6/R_{max} > 3$).

СОДЕРЖАНИЕ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭНОЛАЗЫ У МЛАДЕНЦЕВ С НЕКОНЬЮГИРОВАННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЕЙ

Абдурахманова Ф.Р., Салихова К.Ш., Нуртаева Ч.К., Бахрамова Ш.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность. Оценка степени гипербилирубинемии, выявление ее причины является важной задачей педиатров и неонатологов в связи с риском развития при чрезмерно высоком уровне билирубина такого тяжелого осложнения, как билирубиновая энцефалопатия. Для оценки степени повреждения ЦНС, наряду со стандартными клинико-инструментальными методами обследования, мы определяли уровень нейроспецифической энολазы (НСЕ) в сыворотке крови новорожденных. Важным преимуществом иммунохимического определения уровня НСЭ в биологической жидкости по сравнению с другими методами диагностики являются высокая чувствительность, точность и малое количество исследуемого материала.

Цель: нашей работы является оценка степени повреждения ЦНС определением уровня НСЕ в сыворотке крови с гипербилирубинемии у доношенных новорожденных.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование охватывает 54 новорожденных в позднем неонатальном периоде с выраженной и длительной гипербилирубинемией. Гестационный возраст детей 37-40 недель. Средняя масса тела 3240,0гр. Дети госпитализированны на $27,6 \pm 2,59$ день жизни, с уровнем непрямого билирубина $302,9 \pm 23,7$ мкмоль/л. Контрольную группу составили новорожденные без

гипербилирубинемии. Внутриклеточный фермент центральной нервной системы- НСЭ определяли применением стандартных тест- систем «Fujirebio» (Швеция). По его уровню можно судить о нарушениях общей целостности гематоэнцефалического барьера, что характеризует степень билирубинового повреждения мозга.

Результаты исследования. В ходе исследования было выявлено статистически достоверное повышение уровня НСЭ у младенцев с затянувшейся гипербилирубинемией, имевших высокий уровень непрямой фракции билирубина в крови которое было достоверно выше показателя сравняваемой группы ($p<0,05$). У 80% младенцев с затяжной желтухой регистрировалось снижение значений НСЭ концу 2- го месяца жизни в 1,7 раза по сравнению с показателем на 21 сутки жизни. Это может свидетельствовать о снижении деструктивных процессов нейронов и улучшению клинических проявлений в возрасте двух месяцев. У 30% младенцев показатели НСЭ имеют тенденцию к снижению, достоверно превышали аналогичные данные группы контроля ($p<0,001$).

Несомненный интерес представляет изучение взаимосвязи показателя НСЭ, выраженность гипербилирубинемии новорожденных и степени тяжести поражения ЦНС. Проведенный корреляционный анализ показал, что содержание НСЭ находится в прямой корреляционной связи с количеством непрямого билирубина в крови ($r=0,59$; $p<0,05$). Отмечалась закономерная прямая зависимость уровня НСЭ в сыворотке крови от выраженности гипербилирубинемии.

Выводы. Выявленные данные подтверждают повышенную проницаемость ГЭБ и повышенную чувствительность структур головного мозга к нейротоксическому действию билирубина, что может развить неврологические нарушения.

SYMPTOMS OF TEENAGERS WITH VEGETATIVE ILLNESSES ON A CLINICAL AND NEUROLOGICAL LEVEL

Abdusattarova G.SH., Turaeva G.N., Tulqinova N.M.

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent Medical Academy

Relevance. Autonomic dysfunction of the neural system is a syndrome that has a variety of etiologies and a range of symptoms, such as disturbances of the gastrointestinal, respiratory, and cardiovascular systems, as well as neuropsychiatric and disorders of thermoregulation and the development of neurosis. Crisis phenomena in society and its socioeconomic stratification, which lower life quality, increase the number of children with borderline pathology, which is based on covert mechanisms of vegetative regulation violation, decreasing the tolerance of adolescents to adverse environmental influences that restrict career choice, military fitness, and reproductive health disorders.

Objective. Studying the autonomic nerve system's clinical condition in teenagers between the ages of 10-15 was the goal.

Materials and research methods. The study was based on survey data of 67 children (23 boys and 44 girls) treated at the neurological department of the TashPMI clinic and the Neuromed clinic, who were between the ages of 10-15. The indicators of cardiointervalography and the clinorthostatic test were utilized in the tables below to evaluate the condition of the autonomic nervous system.

Results of the study. Sympathicotonia, vagotonia, and a mixed kind of vegetative-vascular dystonia were found in teenagers of both sexes (28% of boys and 81.8% of girls), indicating an imbalance of the autonomic nerve system. Adolescent children with autonomic dystonia syndrome exhibit a variety of clinical and paraclinical manifestations, which manifest as two successive phases: autonomic dysfunction, which in 57% of all children (46.3% of boys and 53.7% of girls) manifests as a symptom complex of general clinical signs of autonomic instability, and vegetative

dystonia, which in 43% of adolescent's manifests as the development of clinical syndromes. Vascular dyskinesia, cephalgia (88%), cardialgia (33%), dizziness (54%), pastiness, and hyperventilation syndrome are somatic indicators of autonomic dysfunction and dystonia. Adolescents with autonomic dysfunction typically exhibit high levels of emancipation, excessively aggressive intrapersonal conflict, and a lack of sensitivity. Character accentuation, aggressiveness in interpersonal interactions, leadership aspirations, seclusion, and rejection of relationships in the presence of negative stimulus are all distinct personality traits associated with vegetative dystonia. Inadequate energy delivery to the cell and a rise in lactate cause vegetative dysfunction and dystonia, which harm cell membranes by increasing their permeability. followed by a rise in potassium and free phosphate concentrations, which exacerbate energy shortage.

Conclusions. Teenagers require special dispensary supervision and behavior since they are at risk for developing psychosomatic disorder in the future. Adolescent children's dynamic changes in their vegetative state are based on a cascade mechanism, which is a collection of successive reversible phase processes of a compensatory and adaptive nature. This mechanism determines the stage character of vegetative disorders caused by overstrain and the depletion of the functional reserve of adaptation.

THE ROLE OF MOLECULAR GENETIC ANALYSIS IN THE DIAGNOSIS OF VITAMIN D-RESISTANT RICKETS

Abidova M.D., Akhmedova D.I.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Relevance. Vitamin D-resistant rickets, particularly hereditary 1,25-dihydroxyvitamin D-resistant rickets (HVDRR), is a rare genetic disorder characterized by the body's resistance to the active form of vitamin D. This condition is primarily caused by mutations in the vitamin D receptor (VDR) gene, leading to various clinical manifestations such as rickets, hypocalcemia, and alopecia. Molecular genetic analysis plays a crucial role in diagnosing this condition by identifying specific mutations in the VDR gene.

The purpose of the study. To evaluate the effectiveness of molecular genetic analysis in the diagnosis of vitamin D-resistant rickets and to determine its role in improving the accuracy of diagnosis and timely treatment.

Materials and methods. The analysis of scientific articles, publications and databases in international scientific sources PubMed, Medline and Cochrane Library devoted to the study of the role of molecular genetic research, including sequencing of exomes and genes associated with VDRR in children. The studies used various types of research approaches, including clinical observations, randomized clinical trials, and systematic reviews. These studies provided statistical data on the prevalence and characteristics of nephropathies in Alport syndrome in children.

Results. HVDRR is caused by various mutations in the VDR gene, including nonsense, missense, and splice site mutations, which lead to non-functional receptors and resistance to 1,25-dihydroxyvitamin D.

Specific mutations such as p.Arg73Ter, c.122G>A (p.C41Y), and others have been identified in different populations, highlighting the genetic heterogeneity of HVDRR. Genome-wide single nucleotide polymorphism (SNP) arrays and direct sequencing are effective in identifying homozygous mutations and uniparental disomy, which are crucial for accurate diagnosis and genetic counseling. Polymerase chain reaction (PCR) and restriction fragment length polymorphism (RFLP) analysis are useful for detecting specific point mutations in the VDR gene, facilitating the diagnosis of HVDRR in affected individuals and carriers.

Patients with HVDRR typically present with severe rickets, hypocalcemia, hypophosphatemia, secondary hyperparathyroidism, and elevated serum levels of 1,25-

dihydroxyvitamin D. Alopecia is a common clinical feature observed in a majority of HVDRR patients, often aiding in the clinical diagnosis.

High-dose oral calcium and calcitriol therapy have been shown to be effective in managing HVDRR, with some patients responding well to these treatments despite the genetic mutations. The response to treatment may vary depending on the specific mutation in the VDR gene, with some variants showing better outcomes with oral therapy.

Conclusions. Molecular genetic analysis is essential in diagnosing vitamin D-resistant rickets, particularly HVDRR, by identifying specific mutations in the VDR gene. Techniques such as SNP arrays, direct sequencing, and PCR are invaluable in detecting these mutations. Clinically, HVDRR is characterized by severe rickets, hypocalcemia, and alopecia, with treatment often involving high-dose oral calcium and calcitriol. The genetic heterogeneity of HVDRR necessitates a comprehensive diagnostic approach to ensure accurate diagnosis and effective management.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ И САНАЦИОННОЙ БРОНХОСКОПИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Авезов Р.К., Носиров Ю.У., Кулиев Б.Х.

Бухарский областной многопрофильный детский медицинский центр

Актуальность. Инородные тела дыхательных путей у детей остаются одной из сложных и актуальных проблем в педиатрической практике, что связано с отсутствием жалоб у пациентов и стертой клинической картиной. Своевременная диагностика и эффективное удаление инородных тел являются критически важными для предотвращения осложнений, включая воспалительные процессы и обструкцию дыхательных путей.

Цель исследования: изучить особенности анестезии и проведения санационной бронхоскопии у детей с инородными телами в дыхательных путях, а также разработать подходы к оптимизации лечения.

Материалы и методы. В исследование включены 42 ребенка с подозрением на инородные тела дыхательных путей, которые проходили лечение в хирургическом отделении Бухарского областного многопрофильного детского медицинского центра в период с 2021 по 2023 гг. Возраст пациентов варьировал от 1 до 8 лет. Всем пациентам перед проведением бронхоскопии была выполнена рентгенография органов грудной клетки, а также проведена фибробронхоскопия под общей анестезией с использованием внутривенного кетамина.

Результаты исследования. У всех больных перед проведением бронхоскопии была выполнена стандартная рентгенография органов грудной клетки. Инородные тела были выявлены у 12 (28,5%) больных, а у 9 (21,4%) наблюдались косвенные рентгенологические признаки наличия инородных тел. У 23 (54,7%) больных рентгенологические признаки ИТ отсутствовали. Фибробронхоскопия проводилась под общей анестезией с использованием внутривенного кетамина. В ряде случаев, особенно при "старых" инородных телах, предварительно выполнялись санационные бронхоскопии для уменьшения воспалительных изменений и расширения просвета обтурированного бронха. Для санации использовался 0,9% раствор натрия хлорида. Как правило, после 2-3 сеансов удавалось полностью удалить инородное тело, однако в некоторых случаях потребовалось до 5 сеансов. Для удаления инородных тел использовались бронхо- и гастроскопические щипцы, петли, а также специальные инструменты, такие как "крысиный зуб" и "аллигатор". В случае образования грануляционной ткани вокруг инородного тела проводилось её механическое удаление. После удаления инородных тел всем пациентам назначались обязательные санационные бронхоскопии.

Инородные тела трахеобронхиального дерева были обнаружены у 35 (83%) больных. Чаще всего они встречались в правом нижнедолевом бронхе — 22 (52%) больных, а при крупных инородных телах — в правом главном бронхе у 8 (19%) детей. У 5 больных, не предъявлявших жалоб на момент осмотра, также были обнаружены и удалены инородные тела из просвета трахеобронхиального дерева.

Вывод. Стертая клиническая картина и отсутствие жалоб у больных затрудняют своевременную диагностику инородных тел дыхательных путей. Бронхоскопия остается основным методом диагностики и удаления инородных тел трахеи и крупных бронхов у детей.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ

Авезов Р.К.

Бухарский областной детский многопрофильный медицинский центр

Актуальность. В связи с анатомо-физиологическими особенностями бронхолегочной системы у детей и несовершенством иммунной системы, заболевания органов дыхания наиболее часто встречается именно в детском возрасте, в частности, до 3 лет и занимают доминирующее место среди заболеваний по обращаемости в медицинские учреждения.

Цель: анализ клинических проявлений бронхиолита у детей.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано больные дети с острым бронхиолитом, в возрасте от 3 месяцев до 18 месяцев, находившиеся на стационарном лечении в отделении реанимации областного детского многопрофильного медицинского центра Бухарской области за 2021-2023 годы.

Дети были разделены на 2 группы. В 1 группу входили дети в возрасте от 3 до 9 месяцев (n-22). Во 2 группу вошли дети, в возрасте от 10 до 18 месяцев (n-17).

Результаты и их обсуждение. Острый бронхиолит – это воспалительное заболевание нижних дыхательных путей, характеризующееся обструкцией бронхов малого диаметра и бронхиол. Чаще всего болеют дети 2 – 6 месяцев жизни преимущественно до 1 года, характеризующееся нарушением проходимости дыхательных путей в результате инфекционного поражения бронхиол и мелких бронхов.

Клинические проявления бронхиолита не зависят от вида вируса. Заболевание обычно развивается на 2–5-й день острой инфекции верхних дыхательных путей и протекает чаще с субфебрильной температурой; характеризуется нарастающими в течение 3–4 дней кашлем, одышкой экспираторного типа, тахипноэ 50–70 в мин, мелкопузырчатыми хрипами и/или крепитацией в легких с обеих сторон, нередко также выявляются сухие свистящие хрипы. За результаты мы взяли средние по группе превышения показателей частоты дыхания, частоты сердечных сокращений, сатурации, а также внешние проявления клинических признаков заболевания. В течение 4 дней проводился мониторинг данных показателей.

По результатам в 1 группе испытуемых на 1 сутки следующие сутки отмечалось снижение частоты дыхания до 32%, частоты сердечных сокращений до 31,2%, сатурация соответствовала 94%. На 2 сутки частота дыхания 30%, частоты сердечных сокращений 30%, сатурация 96%. На 3 сутки частота дыхания 5%, частоты сердечных сокращений -25%, сатурация 97%. На 4 сутки показатели приближались возрастной норме. Наблюдались признаки дыхательной недостаточности в виде цианоза носогубного треугольника, тахипноэ с выраженным участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, раздувание крыльев носа и симптомы интоксикации.

Вывод. Для эффективного мониторинга клинических проявлений бронхолита у детей важно учитывать разнообразие симптомов, применять современные методы диагностики и обеспечивать своевременное лечение. Исходя из вышеуказанного можно, сделать вывод, что в младшей возрастной группе клиническая картина характеризовалась выраженным интоксикационным синдромом, среднетяжелым или тяжелым течением заболевания, длительным пребыванием в стационаре. В старшей возрастной группе не было отмечено развития интоксикационного синдрома, степень дыхательной недостаточности не превышала первую.

ОСОБЕННОСТИ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Агаева Г.Т., Дадашова К.Г.

**Азербайджанский Медицинский Университет
Институт физиологии им.А.И. Гараева, г.Баку, Азербайджан**

Актуальность. Созревание мозга человека на различных этапах развития, определение особенностей данного процесса на разных этапах является одной из актуальных проблем возрастной физиологии. Разработка научно основанных методов обучения и воспитания, в то же время определение критериев психического «здоровья», зависят от решения этой проблемы. В связи с этим особый интерес вызывает развитие в период раннего школьного обучения, так как в данный период развития, в связи с началом школьного обучения детский организм подвергается как физическому, так и психологическому воздействию, что отражается как в функционировании мозговых систем, так и поведении и высшей нервной деятельности.

Цель: изучение функционального состояния биоэлектрической активности головного мозга здоровых детей раннего школьного возраста.

Материалы и методы исследования. В исследования принимали участие здоровые девочки и мальчики разделенные на две возрастные группы: 6-7 и 8-9 лет. Биоэлектрическая активность головного мозга регистрировалась по международной схеме 10-20 с лобных, центральных, теменных, затылочных и височных областей обоих полушарий в свободном состоянии. Рассчитывались индексы основных ритмов головного мозга, спектральная мощность, определялось распределение частот по областям.

Результаты исследования. В результате проведенных исследований обнаружено, что как в группе 6-7 летних, так и 8-9 летних индекс альфа-ритма возрастает в направлении от передних к каудальным отделам и самые высокие показатели регистрируются в затылочных областях. Динамика тета-ритма, в отличие от 6-7 летних, у которых прослеживается некоторое снижение спереди назад, у 8-9 летних не подвергается значимым изменениям. Выраженность дельта-ритма в передних отделах минимальна, у 6-7 летних несколько повышается в заднем направлении, у 8-9 летних не меняется. Значимая динамика бета-ритма по областям мозга не прослеживается.

При рассмотрении частотных гистограмм у 6-7 летних здоровых детей в затылочных областях, в основном доминируют волны частотой 8 Гц, в то же время в каудальных отделах также прослеживаются волны частотой 4-7 Гц. У здоровых 8-9 летних в затылочных областях выражены волны частотой 9-11 Гц, с преобладанием волн частотой 10 Гц. В отличие от 6-7 летних выраженность тета-волн в каудальных отделах снижается.

Спектральная мощность альфа-ритма в обеих группах максимально выражена в теменно-затылочных областях, в переднем же направлении снижена и в основном, выражена примерно одинаково в этих отделах. Спектральная мощность тета и дельта-

ритмов меньше выражена, больше прослеживается в центрально-теменно-затылочных областях.

Выводы. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что в данный период развития процессы созревания мозга усиленно продолжают, способствуя постепенному появлению баланса между синхронизирующими и десинхронизирующими интегративными системами головного мозга.

ПОЛИМОРФИЗМ C-590T - ГЕНА IL-4 У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Азизова Н.Д., Шамсиев Ф.М., Зокиров Б.К., Мирсалихова Н.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии
Андижанский Государственный Медицинский институт

Актуальность. Как известно, для возникновения хронических заболеваний, таких как бронхиальная астма, необходимо сочетанное воздействие генетических и средовых факторов. В то же время не исключается влияние генетических предикторов на течение рекуррентного бронхита у детей.

Цель работы: определить значение полиморфных маркеров полиморфизма C-590T гена IL-4 в развитии аллергического ринита при бронхиальной астме у детей.

Материал и методы. Работа проводилась на базе Андижанской детской областной больницы и РСНПМЦ Педиатрии в отделении пульмонологии. Под нашим наблюдением находились 130 детей с БА, из них, 45 больных АР у детей с БА в возрасте от 7 до 15 лет, 45 детей РБ с БОС и АР и 40 детей контрольной группы. Исследование полиморфизма C-590T гена IL-4 методом ПЦР и ПДРФ анализа, которые являются специфическими диагностическими маркерами развития АР с БА у детей. Исследования проводились в лаборатории «Genotexnologiya».

Результаты исследования. При анализе распределения аллелей по полиморфизму C-590T гена IL-4 среди условно здоровых детей отмечалось преобладание аллеля С, а также ассоциированных с ним генотипов, а именно генотипов, С/С и С/Т (85,0% и 15,0% соответственно). Частота неблагоприятной аллели С, определенная в основной и контрольной группах статистически значимо не отличается друг от друга $\chi^2 = 5,754$; $p=0,017$; $OR=2,98$; $95\% CI 1,19-7,49$). Установлено достоверное преобладание генотипа С/С полиморфизма C-590T гена IL-4 у детей АР с БА ($OR=0,353$; $95\% CI 0,12-1,03$). Согласно данным статистического анализа, доказана ассоциация генотипа Т/Т с развитием АР с БА у детей и составило 11,1% ($\chi^2 = 2,39$; $p=0,56$; $OR=4,87$; $95\% CI 0,54-43,64$). Полиморфизм C-590T гена IL-4 характеризовался наличием всевозможных генотипов у детей в группах наблюдения. Из представленных данных установлено достоверное преобладание генотипа С/С полиморфизма C-590T гена IL-4 у детей АР с БА ($\chi^2 = 1,38$; $p=0,24$; $OR=0,29$; $95\% CI 0,22-1,46$). Согласно данным статистического анализа, доказана ассоциация генотипа С/Т с развитием АР с БА у детей $\chi^2 = 0,65$; $p=0,42$; $OR=1,55$; $95\% CI 0,5-4,52$). Однако у детей с аллергическими заболеваниями частота встречаемости гетерозигот С/Т была несколько выше, по сравнению с группой контроля. А среди больных частота встречаемости С-аллеля была выше, чем Т-аллеля. $\chi^2 = 0,65$; $p=0,42$; $OR=1,55$; $95\% CI 0,5-4,52$).

Вывод. Данный полиморфизм является предрасполагающим к развитию заболевания. При анализе распределения частот аллелей и генотипов полиморфизма C-590T гена IL-4 отмечено преобладание гетерозиготного генотипа С/Т в общей группе детей при более легких нарушениях, что определяет его протективное действие в отношении степени

выраженности обструкции дыхательных путей и с последующим определением риска неблагоприятного течения заболевания для оптимизации тактики ведения.

КЛИНИКО- ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

**Азизова Н.Д., Туракулова Х.Э., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А.,
Каримова М.Х.**

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

Актуальность. Бронхообструктивный синдром (БО) довольно часто встречается в патологии детей раннего возраста (30-35%), однако до настоящего времени не сложилось единых подходов к дифференциальной диагностике бронхообструктивного синдрома, трактовке ее патогенеза, оценке прогноза и лечения. Отмечена значительная роль смешанных вирусных инфекций. В 30-50% случаев эпизоды бронхообструкции рецидивируют при повторных респираторных заболеваниях, так у 15-30% случаев формируется типичная бронхиальная астма. В появлении рецидивов бронхиальной обструкции у детей отмечена этиологическая роль хламидийной и респираторно-синцитиальной инфекции. Разнообразие иммунных нарушений при данной патологии определяют актуальность изучения факторов риска и механизмов формирования бронхообструктивного синдрома у детей с инфекциями респираторного тракта.

Цель работы: изучить роль основных этиологических факторов, выявить особенности клинического течения при бронхообструктивном синдроме у детей.

Материал и методы. На основании ретроспективного анализа 6965 историй болезни детей с бронхолегочной патологией – у 11,2% (780) детей с острым бронхитом (ОБ), - у 24,9% (1734) детей с острым обструктивным бронхитом (ООБ), - у 19,8% (1379) больных рецидивирующим бронхитом с бронхообструктивным синдромом (РБ с БОС) и другие заболевания – у 44,1% (3072). Анализ возрастного состава детей показывает, что наиболее часто заболеваемость бронхообструктивным синдромом регистрируется в возрасте от 1 до 7 лет. На дальнейшем этапе нами было проведено проспективное исследование 130 больных детей в возрасте от 1-7 лет: из них 40 с ООБ, 90 детей с РБ с БОС и в качестве контрольной группы 20 практически здоровых детей аналогичного возраста.

Результаты исследования. Анализируя эти показатели, мы выявили, что при ООБ больные в основном поступали на 3-5 день заболевания 27 (67,3%); при РБ с БОС с рекуррентным течением поступали дети в основном на 5-7 день болезни - 43(48,0%) детей после безуспешного лечения на дому. Основными жалобами родителей больных детей с ООБ и РБ с БОС были кашель 130 (100%), одышка 130 (100%), снижение аппетита 22 (54,5%) и 81 (89,7%), цианоз носогубного треугольника 18 (44,0%) и 69 (76,7%). Проявления бронхообструктивного синдрома в форме одышки (42,5% и 52,6%) и дистанционных хрипов (47,4% и 48,2%) наблюдались у детей РБ с БОС достоверно чаще, чем у больных с ООБ. Цианоз носогубного треугольника наблюдался у 18 (44,0%) и 69 (76,7%). При аускультации на фоне жесткого дыхания у 40 (100,0%) больных ООБ выслушивались разнокалиберные влажные хрипы. Сухие хрипы определялись у 35 (82,7%), влажные проводные хрипы у 2 (6,2%), у детей РБ с БОС (82,7% и 68,2) и (6,2%-84,6%).

Перкуторные изменения в легких у 35 (87,2%) наблюдался коробочный оттенок перкуторного звука у больных с ООБ и 82 (91,3%) у детей РБ с БОС, который характерен для бронхиальной обструкции. Признаки дыхательной недостаточности встречались чаще и тяжелее у детей с бронхиальной обструкцией II и III степени.

Установлено, что основным видом микрофлоры обследованных детей был *Streptococcus viridans* обнаружен в 41,1% случаев у детей с РБ с БОС бактериальной этиологией и РБ с БОС с вирусно-бактериальной этиологией в 62,9%. Стафилококковая флора формировалась за счет присутствия в биоценозе золотистого стафилококка и коагулазоотрицательных стафилококков различных видов, в 22,4% случаев высевались штаммы *S. Aureus* в группе с РБ с БОС бактериальной этиологией и РБ с БОС с вирусно-бактериальной этиологией в 31,3%. Помимо патогенных видов этого микроорганизма, были коагулазоотрицательные стафилококки, такие как *S. haemolyticus* и *S. epidermidis*, выявленные у 6,1% и 11,4% больных. *Streptococcus pneumoniae* была выделена у 39,8 % и 48,6 детей. Высеваемость в биоптате грибов рода *Candida* составил 8,6 % у детей с РБ с БОС бактериальной этиологией. Из вирусных возбудителей в основном чаще выявлялся (таблица 3.1.4) РС-вирус у 52,0%, аденовирус 16,0% и коронаровирус у 12,0%.

Кроме того, гиподиагностика атипичной микрофлоры (необычной для данного заболевания), а также нерациональная фармакотерапия при обструктивных болезнях легких могут приводить к рецидивам заболевания. Это означает, что недостаточная диагностика и неправильный выбор лекарственных препаратов могут ухудшить состояние пациента и вызвать повторение симптомов.

Заключение. Необходимость проведения анализов для определения возбудителя у всех детей с рецидивами бронхообструкции связана с потенциальным распространением атипичных инфекций, если их выявление и лечение будут задержаны или несбалансированными. Поэтому рекомендуется регулярно проводить анализы для определения возбудителя, чтобы точно определить причину и подобрать соответствующее лечение с учетом чувствительности возбудителя к антибиотикам. Это поможет предотвратить распространение атипичных инфекций и снизить количество рецидивов бронхообструкции у детей. Правильная и своевременная диагностика и лечение атипичных инфекций играют важную роль в управлении обструктивными заболеваниями легких у детей.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ У ДЕТЕЙ И РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА C-590T - ГЕНА IL-4

Азизова Н.Д., Зокиров Б.К., Мирсалихова Н.Х., Мусажанова Р.А., Узакова Ш.Б.

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

Актуальность. Согласно данным эпидемиологических исследований астма и аллергический ринит часто сопутствуют друг другу. Было установлено, что симптомы назальной аллергии отмечаются у 28–78 % пациентов с астмой, притом, что распространенность аллергического ринита в популяции значительно меньше (10–40%). Генетическая предрасположенность вносит значительный вклад в развитие астмы. В настоящее время ведётся активный поиск синтропных генов и определение их роли в интегративных генных сетях, обнаружение которых может существенно изменить наши взгляды на систематизацию «самостоятельных нозологий». Примерами генетической коморбидности являются множественные пороки развития, врождённые нарушения, сочетающиеся с проблемами развития. Показано, что полиморфизм в области 3-UTR гена IL4, находящийся в неравновесном сцеплении с транзицией C-590T, может иметь прогностическое значение в отношении усиления степени тяжести БА.

Цель работы: определить значение полиморфных маркеров полиморфизма C-590T гена IL-4 в развитии аллергического ринита при бронхиальной астме у детей.

Материал и методы. Работа проводилась на базе Андижанской детской областной больницы и РСНПМЦ Педиатрии в отделении пульмонологии. Под нашим наблюдением находились 130 детей с БА, из них, 45 больных АР у детей с БА в возрасте от 7 до 15 лет, 45 детей РБ с БОС и АР и 40 детей контрольной группы. Исследование полиморфизма С-590Т гена IL-4 методом ПЦР и ПДРФ анализа, которые являются специфическими диагностическими маркерами развития АР с БА у детей. Исследования проводились в лаборатории «Genotехnologiya».

Результаты исследования. При анализе распределения аллелей по полиморфизму С-590Т гена ИЛ-4 среди условно здоровых детей отмечалось преобладание аллеля С, а также ассоциированных с ним генотипов, а именно генотипов, С/С и С/Т (85,0% и 15,0% соответственно). Частота неблагоприятной аллели С, определенная в основной и контрольной группах статистически значимо не отличается друг от друга $\chi^2 = 5,754$; $p=0,017$; $OR=2,98$; $95\% CI 1,19-7,49$). Установлено достоверное преобладание генотипа С/С полиморфизма С-590Т гена ИЛ-4 у детей АР с БА ($OR=0,353$; $95\%CI 0,12-1,03$). Согласно данным статистического анализа, доказана ассоциация генотипа Т/Т с развитием АР с БА у детей и составило 11,1% ($\chi^2 = 2,39$; $p=0,56$; $OR=4,87$; $95\% CI 0,54-43,64$). Полиморфизм С-590Т гена ИЛ-4 характеризовался наличием всевозможных генотипов у детей в группах наблюдения. Из представленных данных установлено достоверное преобладание генотипа С/С полиморфизма С-590Т гена ИЛ-4 у детей АР с БА ($\chi^2 = 1,38$; $p=0,24$; $OR=0,29$; $95\%CI 0,22-1,46$). Согласно данным статистического анализа, доказана ассоциация генотипа С/Т с развитием АР с БА у детей $\chi^2 = 0,65$; $p=0,42$; $OR=1,55$; $95\%CI 0,5-4,52$). Однако у детей с аллергическими заболеваниями частота встречаемости гетерозигот С/Т была несколько выше, по сравнению с группой контроля. А среди больных частота встречаемости С-аллеля была выше, чем Т-аллеля. $\chi^2 = 0,65$; $p=0,42$; $OR=1,55$; $95\%CI 0,5-4,52$).

Заключение. Данный полиморфизм является предрасполагающим к развитию заболевания. При анализе распределения частот аллелей и генотипов полиморфизма С-590Т гена ИЛ-4 отмечено преобладание гетерозиготного генотипа С/Т в общей группе детей при более легких нарушениях, что определяет его протективное действие в отношении степени выраженности обструкции дыхательных путей и с последующим определением риска неблагоприятного течения заболевания для оптимизации тактики ведения.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Максумов Г.А.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Инвагинация кишечника — одна из наиболее частых причин приобретенной кишечной непроходимости у детей раннего возраста. Диагностика и лечение кишечной инвагинации у детей продолжает оставаться актуальной проблемой. В решении этой сложной задачи помогают современные методы обследования (лапароскопия), варианты применения которой требуют изучения и обсуждения. В большинстве случаев основной метод лечения пациентов с кишечной инвагинацией — консервативный. Не вызывает сомнения, что абсолютными показаниями к оперативному лечению являются осложнения со стороны брюшной полости (перфорация, перитонит) и неэффективность консервативной дезинвагинации.

Цель: изучение целесообразности применения лапароскопии в диагностике и лечении инвагинации кишечника у детей.

Материалы и методы. В работе проанализированы результаты лечения 157 пациентов в возрасте от 2 месяцев до 18 лет с инвагинацией кишечника и ее осложнениями с 2014 по 2024 г.г, получивших лечение в хирургическом отделении педиатрического корпуса РНЦЭМП. Мальчиков – 102 (65%), девочек – 55 (35%). Наиболее часто инвагинация встречалась в возрасте от 4 до 11 мес. – 104 ребенка (66,2%). Основными симптомами инвагинации являлись: приступообразное беспокойство у 154 пациентов (98%), рвота у 134 (85,3%), примесь крови в стуле у 105 (66,9%), наличие при пальпации объемного образования в брюшной полости у 86 (54,8%).

Результаты исследования. Всем 157 (100%) больным выполнено ультразвуковое исследование и обзорная рентгенография органов брюшной полости с пневмоирригографией. У 41 (26,1%) детей произошла пневмодезинвагинация. 116 (73,9 %) больным произведено оперативное вмешательство. Из них у 101 (87%) больных произведено оперативное вмешательство с использованием эндовидеохирургических технологий. Дезинвагинация из лапароскопического доступа выполнена 88 (87,1%) больным. Из них у 64 больных лечение начиналось с внутрикишечной пневмоирригокомпрессии, расправления толстокишечного фрагмента, а затем с использованием двух манипуляторов проводилось устранение тонкокишечной его части. У 23 детей после дезинвагинации выявлены выраженные вторичные изменения со стороны червеобразного отростка: отек, интрамуральные гематомы. Всем им выполнена лапароскопическая аппендэктомия.

Тонко кишечная инвагинация, считавшаяся ранее абсолютным показанием к лапаротомии, у пяти детей была устранена с использованием эндовидеотехнологий. У 13 больных лапароскопия переведена в лапаротомию, поскольку многократные попытки пневмокомпрессии не позволили провести дезинвагинацию из-за чрезмерного отека терминального отдела подвздошной кишки, ущемленной в баугиниевом жоме.

Средний койко-день составил 3,8 (при лапароскопии 4,2, при лапаротомии 8,7). Независимо от вида операции, рецидивов не было. Летальных исходов не наблюдалось.

Выводы. Лапароскопическое лечение детей с инвагинацией кишечника является современным перспективным методом лечения детей, который во многих случаях может заменить традиционные. Начинать оперативное вмешательство с диагностической лапароскопии мы рекомендуем во всех случаях, с определением дальнейшей тактики исходя из технических возможностей и опыта хирурга. Убедительным достоинством эндоскопии является визуальный контроль за качеством расправления инвагината, оценка нарушений кровоснабжения в стенке кишки и брыжейке, устранения тонкокишечной инвагинации, выявление органических причин заболевания, возможность попутной (по показаниям) аппендэктомии и провести фиксацию купола подвижной слепой кишки.

ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ВТОРИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ

Алибекова М.Б., Рахимова С.Р., Бабаджанова З.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Пневмония остается одним из самых распространенных заболеваний респираторной системы у детей первых трёх лет жизни и нередко главной или основной причиной смерти в раннем возрасте. Учащение заболеваний органов дыхания связано прежде всего, с влиянием на реактивность организма ребенка перенесенные инфекционные заболевания. Бактериальные, вирусные инфекции и их токсические продукты воздействия на нейроиммуноэндокринную систему, приводят к развитию вторичного иммунодефицита.

Цель исследования: изучение особенностей течения пневмоний у детей грудного возраста с вторичными иммунодефицитными состояниями.

Материал и методы. В работе представлены данные обследования 43 детей в возрасте от 2 месяцев до 1 года. Все дети находились на стационарном лечении с основным диагнозом пневмония. Всем детям проведено исследование основных показателей иммунного статуса в острый период болезни (уровень СД3, СД4; СД8, СД16, СД25, СД95 и СД20, количество сывороточных иммуноглобулинов Jg A, Jg M, Jg G (г/л)).

Результаты и обсуждение. Анализ анамнестических данных показал, что все обследованные дети имели отягощенный преморбидный фон. Превалирующей патологией являлись последствия перинатального поражения ЦНС (65%), рахит (25,6%).

Изучение основных показателей иммунного статуса детей выявило значительные нарушения. В иммунном статусе у обследованных больных отмечалось снижение относительного числа Т-лимфоцитов, Т-хелперов и соответственно иммунорегуляторного индекса (ИРИ). Кроме того, выявлено снижение функциональной активности Т-системы (снижение СД16, СД25, СД95).

В гуморальном звене иммунной системы отмечалось выраженное увеличение концентрации всех иммуноглобулинов и особенно Ig A и Ig G. У всех обследованных детей были выявлены признаки вторичного иммунодефицитного состояния, более выраженные в основной группе. При этом значительные нарушения наблюдались как в Т-клеточном звене иммунной системы, так и в гуморальном звене.

В ходе динамического наблюдения нами отмечено, что у 31 (72%) детей при поступлении наблюдалась некоторая «стертость» клинических проявлений тяжести пневмонии приводила к «щадящей» стартовой терапии (антибактериальной). Но в дальнейшем у 26 (60,5%) детей была проведена либо смена антибиотика, либо подключен второй антибиотик резерва. Также необходимо отметить более выраженные и частые нарушения со стороны других органов и систем: токсический кардит (25,6%), токсический гепатит (11,6%), энцефалопатия (65%), токсический нефрит (6,9%).

Выводы. Вторичное иммунодефицитное состояние проявляется нарушением соотношения между клеточной и гуморальной составляющими иммунитета, при этом клеточная подавляется, а гуморальная активизируется. Клиническое течение заболевания характеризуется постепенным началом, «стертой» клиникой, и более частыми и выраженными осложнениями со стороны многих органов и систем. Все это диктует необходимость назначения профилактической иммунокорректирующей терапии грудным детям, перенесшими пневмонию.

АНАЛИЗ АКУСТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ГОЛОСА ДЖИТТЕР И ШИММЕР У ДЕТЕЙ С ДИСФОНИЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ГОРТАНИ

Алиева М.У., Наджмутдинова Н.Ш., Абдукаюмов А.А., Сайдахмедов С.Б.

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

Актуальность. Акустические параметры голоса обладают рядом преимуществ, в том числе диагностика дисфонии с максимальным исключением субъективности при оценивании состояния речевых навыков, раннее выявление недостатков речи у пациентов, мониторинг прогресса после операции, проведение удаленной диагностики на базе голоса пациента.

Цель исследования: изучение параметров голоса детей с дисфонией и анализ акустических показателей джиттера и шиммера для мониторинга восстановления речи у детей с дисфонией после операции.

Материал и методы. В клинике РСНПМЦП проводилось изучение акустических параметров джиттера и шиммера у детей после операции на речевом аппарате на основе базы данных аудиозаписей. Джиттер определяется как стандартное отклонение временных различий между последовательными периодами основного тона:

$$J_i = \sqrt{\frac{1}{N-1} \sum_{i=1}^{N-1} (P_{i+1} - P_i)^2}$$

где, P_{i+1} и P_i – длительности i -го и $i+1$ -го основных тональных периодов соответственно; N – общее количество периодов в речевом сигнале.

Шиммер является мерой вариабельности амплитуды периодов основного тона и может быть представлен формулой:

$$S_i = \frac{\sqrt{\frac{1}{N-1} \sum_{i=1}^{N-1} (A_i - \bar{A})^2}}{A}$$

A – средняя амплитуда периодов основного тона; N – общее количество периодов в речевом сигнале.

Статистический анализ данных проводился с использованием непараметрических методов. Для сравнения показателей джиттера и шиммера между группами пациентов и здоровых детей применялся U-критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение: Исследования показали, что дети с патологией голосового аппарата до оперативного лечения имели значительно более низкие значения акустических параметров голоса по сравнению со здоровыми детьми. Так, показатель джиттера у пациентов с дисфонией до операции составил 574359,587, в то время как у здоровых детей он был существенно выше - 1316743,376. Аналогичная картина наблюдалась и для шиммера: 2,3 у детей с патологией против 4,84 у здоровых. Однако уже через 3 месяца после проведенного хирургического лечения голосовой аппарат пациентов значительно восстановился. Значения джиттера и шиммера у детей с дисфонией стали более приближенными к норме - 1292562,982 и 4,22 соответственно. Согласно литературным данным, для устойчивой фонации у детей типичными считаются значения джиттера в диапазоне 0,5-1,0% и шиммера около 0,4-1%. Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о высокой информативности акустических параметров голоса для объективной оценки состояния голосовой функции у пациентов с дисфонией и мониторинга динамики ее восстановления после оперативного лечения.

Выводы. Акустические параметры джиттера и шиммера могут быть использованы для мониторинга и оценки эффективности реабилитации детей с дисфонией после операции на гортани.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Алиева Н.Р., Файзиева З.Я.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В последние годы вопросам оценки, профилактики и лечения гастроэнтерологических заболеваний у детей с неврологическими заболеваниями, в частности с детским церебральным параличом, уделяется особое внимание. Пациенты с неврологическими нарушениями, врожденными или приобретенными, с сопутствующими заболеваниями на разных уровнях желудочно-кишечного тракта, представляют собой сложную проблему, требующую междисциплинарного долгосрочного наблюдения.

Актуальность данного направления подтверждается результатами работы экспертов Европейского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. Заболевание детским церебральным параличом (ДЦП) является самой частой причиной тяжелой физической инвалидности детского возраста в большинстве стран мира. По мере увеличения тяжести поражения у пациентов с ДЦП сопутствующие заболевания, такие как гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР), становятся более распространенными, с распространенностью от 15 до 77%. Гипомобильность, вынужденный постельный режим, сколиоз, повышающий внутрибрюшное давление, и использование противосудорожных препаратов, усугубляющих тошноту и рвоту, также могут способствовать развитию ГЭР.

Цель исследования: изучить клинико-функциональные особенности желчевыделительной системы у детей с ДЦП.

Материалы и методы. На базе 1 Городской клинической детской больницы в отделениях соматоневрологии и реаниматологии обследовано 60 детей раннего и дошкольного возраста с патологией желчевыделительной системы на фоне детского церебрального паралича.

Результаты исследования. Многие пациенты с ДЦП находятся в хроническом положении лежа на спине, имеют сколиоз, который смещает желудок, а также имеют повышенное внутрибрюшное давление из-за спастичности. У 75% детей с ДЦП часто выявляются нарушения функционального состояния желчевыделительной системы. Это проявляется в виде дискинезии желчевыводящих путей, застоя желчи, сгущения желчи и формирования желчных песков. Основными клиническими симптомами являются боли в правом подреберье (у 62%), тошнота (у 53%), рвота (у 48%), метеоризм (у 71%), нарушение стула по типу запоров или диареи (у 67%). Данные симптомы отягощают и без того непростое течение основного заболевания - ДЦП. По данным ультразвукового исследования, у 65% детей с ДЦП выявляются признаки билиарной дисфункции в виде изменения размеров, формы и эхогенности желчного пузыря, утолщения его стенок, нарушения сократительной функции. Нарушения моторики желчевыделительной системы тесно связаны с особенностями нервной регуляции этой функции при ДЦП. Повышение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы (у 72% пациентов) приводит к спазму сфинктера Одди и нарушению опорожнения желчного пузыря. Своевременная диагностика и коррекция билиарной дисфункции у детей с ДЦП позволяет улучшить течение основного заболевания, повысить качество жизни пациентов (по данным опросников качества жизни) и предотвратить развитие органической патологии билиарной системы.

Выводы. Ранняя диагностика, рекомендации по питанию, и своевременное лечение дискинезии желчевыводящих путей, позволит в некоторой степени предотвратить заболевания желудочно-кишечного тракта, улучшить качество жизни и развитие детей с ДЦП. В то же время, по наблюдениям, дискинезия желчевыводящих путей со временем может перейти в органическую патологию при наличии негативных факторов, и усугубить общее состояние ребёнка с детским церебральным параличом.

РОЛЬ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Алявия М.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Как известно, кистозный фиброз (муковисцидоз) приводит к нарушению работы экзокринных желез организма ребенка, что затрудняет усвоение пищи и способствует потере питательных веществ. В связи с чем, на сегодняшний день одним из

самых важных направлений в лечении муковисцидоза остается вопрос нутритивного статуса ребенка. Специализированные белковые смеси могут обеспечить организм необходимым количеством белка, который имеет ключевое значение для роста и развития ребенка, а также способствует восстановлению тканей и поддержанию иммунной системы. Учитывая важность применения лечебных смесей у детей с муковисцидозом, целесообразным и актуальным является оценка нутритивного статуса детей с правильным подбором подходящей смеси.

Цель исследования: установить значение лечебного питания на физическое развитие детей с муковисцидозом.

Методы исследования. В исследовании принимали участие 30 детей с муковисцидозом в возрасте от 1 до 3 лет, из них по возрастной категории: 1 год жизни - 10 больных (30,0%), 2 года - 11 больных (36,7%) и больные 3х лет - 9 (33,3%). Для оценки физического развития была использована программа ВОЗ WHO-Antro.

Результаты и обсуждения. При низком нутритивном статусе детей старше 1 года с муковисцидозом в качестве дополнительного питания необходимо использовать высокоэнергетические, высокобелковые питательные смеси, которые можно разделить на две категории: 1-я – смеси на основе цельного молочного белка; 2-я – смеси на основе гидролизатов белка, которые используются, также при различных патологиях желудочно-кишечного тракта и при аллергии к белкам коровьего молока. Нами в наших исследованиях проведена оценка смеси на основе гидролизатов белка «Peptamen junior». По результатам исследования дети до потребления лечебной смеси имели индекс массы тела, соответствующей: у детей 1 года жизни - $14,44 \pm 0,73$ кг/м²; 2 года жизни – $15,27 \pm 0,8$ кг/м²; 3 года жизни - $15,23 \pm 0,54$ кг/м². При поступлении у обследованных детей пониженный аппетит был выявлен у 21 (70,0%) пациентов, а повышенный аппетит - у 3 (10,0%) детей. Стеатория наблюдалась у 22 (73,3%) пациентов. Других жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта выявлено не было. Все дети получали смесь «Peptamen junior». Результаты антропометрических измерений свидетельствовали о положительном влиянии данной лечебной смеси на физическое развитие. Так, в динамике применения лечебной смеси в течение 6 месяцев показатель индекса массы тела увеличился и составил: у детей 1 года жизни - $15,43 \pm 0,74$ кг/м²; 2-х лет – $15,85 \pm 0,8$ кг/м² ; 3-х лет $16,23 \pm 0,4$ кг/м². Улучшение физического развития способствовало уменьшению осложнений на 23,3% и улучшению качества жизни детей с муковисцидозом.

Выводы. По результатам исследования, можно сделать вывод, что применение специализированной смеси, благоприятно влияет на физическое развитие детей с муковисцидозом во всех возрастных группах, что отражается в увеличении индекса массы тела у детей после применения в течение 6 месяцев. Более того лечебные смеси можно применять длительно, не опасаясь привыкания, вкусовых нарушений или диспепсических расстройств. Таким образом, применение в комплексном лечении детей с муковисцидозом на фоне недостаточного веса лечебных смесей способствует снижению осложнений и улучшению качества жизни детей.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КОВИД ИНФЕКЦИЮ НА РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ

Аманова Н.Т., Ашурова Д.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Инфекция SARS-CoV-2 у беременной, как и другие вирусные инфекции, может оказывать неблагоприятное воздействие на плод. В ряде работ показано,

что при тяжелом течении болезни у беременной увеличивается риск таких осложнений, как преждевременные роды, пороки развития плода, внутриутробная задержка развития плода и мертворождение. В то же время, по мнению некоторых исследователей, перенесенная во время беременности COVID-19 инфекция в большинстве случаев не оказывает влияния на состояние здоровья новорожденных.

Цель исследования: дать оценку состояния здоровья новорожденных, родившихся от матерей, перенесших КВИ во время беременности.

Методы исследования. В основу исследования положены данные обследования 274 новорожденных, родившихся от матерей с КВИ в различные сроки беременности. Отбор детей в контрольную группу (25 детей) осуществлялся на основании анализа медицинских карт из базы данных Республиканского перинатального центра, соответствующему гестационному возрасту.

Полученные результаты. В основной группе матери перенесли КВИ в I триместре беременности в 78 (28,5%) случаях, во II триместре - в 131 (47,8%) случаях, в III триместре - в 65 (23,7%) случаях. 83 (30,3%) женщины во время болезни были госпитализированы в стационар, 191 (69,7%) лечились амбулаторно. От 274 матерей 226 новорожденных родились доношенными (в сроке 38-40 недель) и 48 новорожденных родились недоношенными (в сроке 32-37 недель). Дети, рожденные от матерей основной группы, имели в среднем вес $3296,1 \pm 62,5$ гр. и рост $49,9 \pm 0,6$ см., в контрольной группе $3625,2 \pm 38,5$ гр. и рост $51,3 \pm 0,5$ см. Гипоксия плода в родах развивалась у 51 роженицы основной группы (18,6%). Среди детей, родившихся от здоровых матерей контрольной группы, гипоксия в родах не наблюдалась. Асфиксия была зарегистрирована у 7 новорожденных, родившихся от матерей основной группы (2,6%). В всех случаях в родах произошло преждевременное излитие околоплодных вод, имел место патологический прелиминарный период, длительный безводный период, развилась первичная слабость родовой деятельности. Сложившаяся акушерская ситуация послужила показанием для оперативного родоразрешения. Среди новорожденных, родившихся от матерей контрольной группы (0%), данное осложнение не отмечалось. Среди новорожденных основной группы на респираторной терапии СРАР находились 15 детей (5,5%). Аномалии развития имелись у 9 детей, рожденных от матерей основной группы (3,3%). У 1 ребенка был выставлен диагноз синдром Дауна. В динамике наблюдения через 1 месяц всего в 12,0% (33 ребенка) у детей основной группы отмечена адекватная адаптация организма, и дети были здоровы. У 72 детей (26,3%) отмечались высокие показатели билирубина, что свидетельствует о затяжной желтухе. В 10,2% (28 детей) установлен диагноз ППЦНС. 32,1% матери обратились с клиническими симптомами ОРВИ. В 4,0% случаях была зарегистрирована пневмония. У данных детей в общем анализе крови наблюдались лейкоцитоз и высокие показатели скорости оседания эритроцитов. Гипотрофия была отмечена у 1,1% детей (3 ребенок) основной группы, тогда как в группе сравнения данная патология не регистрировалась. Так же хочется отметить, что у 2,6% (7 детей) детей основной группы отмечалась потеря слуха.

Выводы. Дети, рожденные от матерей с перенесенной короновирусной инфекцией, имели меньший росто-весовой показатель, в отличие от детей, родившихся от здоровых матерей, однако данные были не имели достоверно значимые отличия. Полученные данные свидетельствуют о срыве адаптационных возможностей организма новорожденных, рожденных от матерей с перенесенной короновирусной инфекцией в 88,0% случаях.

ДИАГНОСТИКА ВТОРИЧНЫХ АТРОФИЧЕСКИХ РИНИТОВ

Амонов А.Ш., Якубов М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Хронические воспалительные процессы в носовой полости является одной из факторов ухудшающих качество жизни пациентов, к числу которых относятся и хронические риниты. Хронические атрофические процессы в носовой полости могут быть первичными или вторичными.

Целью настоящего исследования явилось выявить наличие висцеральных патологий у больных с хроническим атрофическим ринитом.

Материалы и методы исследования. В обследованную группу входили 50 больных в возрасте от 15 до 60 лет. Лиц мужского пола были 36 (72%), женского пола составили 14 (28%). Методы обследования включало: общеклинический осмотр с изучением жалоб и анамнеза заболевания, оториноларингологический осмотр с включением эндоскопии, ультразвуковое исследование (УЗИ) внутренних органов, фиброэзофагогастро-дуоденоскопия (ФГДС) и биохимические исследования (АЛАТ, АСАТ, билирубин, сахар крови и креатинин, мочевины).

Результаты исследования. Комплексное обследование пациентов показало, что у 42 (84%) пациентов были выявлены патологические процессы со стороны ЖКТ, мочеполовой системы и дисбиохимические изменения в крови в виде наличия гастроэзофагеального рефлекса, гипербилирубинемии и хронического гепатита у 25 (50%) и повышение уровня сахара в крови у 19 (38%). Следует отметить, что среди обследованных мужчин в 20 (40%) имелась вредная привычка в виде хронического курения.

Вывод. Основываясь на вышеизложенные данные у пациентов с атрофическим ринитом необходимо всесторонние обследования соматического статуса для выявления висцеральных патологий, что является профилактикой дальнейшего прогрессирования заболевания.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ШВАННОМ

Амонов Ш.Э., Эргашев Ж.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. По литературным данным вестибулярная Шваннома (ВШ) встречаются как первичные интракраниальные опухоли и занимают 4-е место (после глиом, менингиом и аденом гипофиза), составляют около 8–10% всех первичных интракраниальных опухолей, 80–90% опухолей мосто-мозжечкового угла, преимущественно лиц работоспособного возраста (30-60 лет), на который приходится более 80% случаев. Важным аспектом ВШ является своевременная диагностика и грамотный подход к выбору лечения в зависимости от размера опухоли и наличие осложнений.

Цель исследования: изложение результатов диагностики и различных методов лечения ВШ.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Университетской клинике Сантьяго де Компостела (Испания), были обследованы 80 больных с ВШ. Для верификации диагноза всем больным проведено ЛОР осмотр, аудиологическое исследование, МСКТ и МРТ внутреннего слухового прохода.

Результаты исследования. Средний возраст обследованных больных составило 58 лет (R29-81). Нами установлено, что у 74 (93%) случаев опухоль первоначально выявили при МРТ исследовании с размером опухоли <2.0 см и со средней потерей слуха 17dB (R4-37 dB). У оставшихся 6 (7%) пациентов ВШ установлена первично оториноларингологом - посредством аудиологических и вестибулярных тестов с последующим подтверждением диагноза на МРТ.

Выбор метода лечения было традиционная микрохирургия, (ретросигмоидный и транслабиринтный доступ) у 20 (25%) с размером опухоли >2.0 см; радиохирургия гамма ножом у 25 (31%) пациентов с размером опухоли <2.0 см. У 35 (37,5%) с невыраженными клиническими проявлениями выбрана консервативная тактика лечения.

В результате микрохирургии у 15 (25%) больных полностью было потеряно остаточный слух и выявлен паралич лицевого нерва у 4 (6.6%) случаев. Следует отметить, что частым последствием радиохирургического метода лечения (82%) были интенсивные головные боли диффузного характера.

Вывод. Применение радиохирургического облучения гамма-ножом является методом выбора в лечение ВШ средних и малых размеров. Сложная хирургическая операция нередко является риском в плане потеря слуха и функции лицевого нерва.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Амонов Ш.Э., Умаров У.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Общемедицинское значение тонзиллярной патологии обусловлено тем, что хронический тонзиллит (ХТ) может влиять на функцию отдаленных органов и систем. Хроническое воспаление небных миндалин является непосредственной или косвенной причиной многочисленных патологических состояний у больных, а также фактором, усугубляющим течение различных болезней. В настоящее время описано свыше 100 заболеваний, связанных или сочетанных с ХТ, к числу которых относится и патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Цель исследования: изучения особенностей клинического течения сочетанной патологии в целях расширения представления обоих взаимовлияний и взаимообусловленности.

Материалы и методы исследования. В процессе исследований было изучено клиническое течение хронического тонзиллита у больных в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Под наблюдением находились 120 больных в возрасте от 18 до 60 лет.

Результаты исследования.

- казеозно-гнойные пробки в лакунах миндалин - $86,7 \pm 4,4$;
- гиперемия и отечность небных дужек - $76,7 \pm 5,5$;
- нагноившиеся фолликулы в виде холодных абсцессов - $73,3 \pm 5,7$;
- жидкий гной в трабекулах миндалин - $83,3 \pm 4,8$;
- рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками - $63,3 \pm 8,8$;
- достаточно высокий уровень обнаружения аэробной микрофлоры у 95 (79,2%), анаэробная микрофлора составляла - 25 (20,8%) случаев;
- частыми обострения хронического тонзиллита, которые сочетаются с развитием тяжелых форм ГЭРБ, влияют на скорость прогрессирования болезни и частоту неблагоприятных исходов.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у больных ХТ на фоне ГЭРБ наблюдаются более выраженные местные и общие проявления заболевания, которые характеризуются тяжелым и затяжным клиническим течением. У всех больных проявлениями микста патологий ХТ и ГЭРБ были рецидивирующее течение заболеваний глотки и частые обострения ГЭРБ, симптомы эндогенной интоксикации, диспепсические явления, а также признаки дискомфорта со стороны желудочно-кишечного тракта.

Выводы. Хронический тонзиллит на фоне ГЭРБ у больных протекает более тяжело, чем обычная изолированная форма, проявляется выраженными местными и общими клиническими симптомами.

Клиническое значение течения хронического тонзиллита больных ГЭРБ определяется его ролью в развитии тяжелых форм течения, влиянием на скорость прогрессирования основного заболевания и частоту неблагоприятных исходов, что снижает качество жизни пациентов.

БОЛАЛАРДАГИ ТИМПАНОСКЛЕРОЗНИ ДАВОЛАШГА ЖАРРОҲЛИК ЁНДОШУВИ

Амонов Ш.Э., Назиров Ф.Н.

Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази

Мавзунинг долзарблиги. Тимпаносклероз – болалар касалликлари орасида шифохона ва амбулатория амалиётида етакчи ўринни эгаллаб келмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) нинг маълумотларига кўра, бугунги кунга келиб, ушбу касаллик болалар ЛОР патологияси таркибида 13,2% ни ташкил қилмоқда. Сурункали яллиғланиш жараёнида ўрта кулоқда эшитиш заифлигига олиб келадиган қайтмас ўзгаришлар юз бериши натижасида ўрта кулоқ ёки ноғора парданинг шиллиқ қавати қатламида ўзига хос склеротик ўчоқлар шаклланади. Тимпаносклероз сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган беморларнинг 3,3-38,1% ни, икки томонлама сурункали йирингли отит мавжуд бўлганда эса 36-95% ташкил қилади.

Тадқиқот мақсади: Клиник-функционал ва инструментал тадқиқотлар асосида болаларда тимпаносклерозни даволашнинг бир босқичли жарроҳлик усулини такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг объекти сифатида республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт марказида даволанган 80 нафар бемор болалар ҳамда назорат гуруҳидаги 20 нафар соғлом болалар олинган.

Натижалар:

1. Тимпаносклероз белгилари ҳозирги вақтда сурункали йирингли ўрта отит бўлган беморларнинг 27,6% да учраб, кўпинча 72% туботимпаник шаклида аниқланади, ҳамда 52,4% ҳолларда тимпаносклероз ноғора бўшлиғида жойлашган суякчаларни ҳаракатсизлантиради;

2. Болғача ёки сандончанинг латерал юзасини қисман қоплаган тимпаносклероз;

3. Болғача ва/ёки сандончани медиал юзасини қоплаган тимпаносклероз I даражали топилмалар билан/топилмаларсиз;

4. Узангини устки юзаси ва/ёки оёқчалари асосини қоплаган тимпаносклероз I даражали топилмалар билан/топилмаларсиз;

5. I, II ва III даражали топилмалар билан/топилмаларсиз овал ойнанинг облитерациясига олиб келадиган тимпаносклероз.

Шундай қилиб, тимпаносклероз бўлган беморларда сандончадаги морфологик ўзгаришларнинг кучайиши белгилари бўлмаганда склеротик ўзгаришларнинг устун бўлиши, суяк тўқимасини деструкцияга олиб келиши билан тавсифланади, бу эса

жараённинг паст фаоллиги билан касалликнинг секин кечувчи дегенератив характерини кўрсатади.

Хулоса. Тимпаносклероз бўлган беморларга бир босқичли жарроҳлик аралашуви 72% ҳолда қониқарли морфофункционал натижаларга эришишга имкон беради.

Тимпаносклероз бўлган беморларни эшитиш реабилитациясининг асоси бир босқичли жарроҳлик аралашув, жумладан ўрта қулоқ бўшлиғидан патологик топилмаларни бартараф қилиб, сақланган элементларни товуш ўтказувчи занжири бўйича мобилизация қилиш юқори клиник натижа беради.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И ПНЕВМОНИЕЙ

Андапулатов А.А., Азизова Н.Д., Шамсиев Ф.М., Узакова Ш.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Областной детский многопрофильный медицинский центр Ферганской области

Актуальность. Смертность при ВПС до 1-го года жизни не менее 40% и 70% из них умирает в первые недели жизни. Основным фактором выживаемости при ВПС является их анатомоморфологические характеристики, т.е. вид патологии. Ранее в педиатрических исследованиях были установлены анамнестические факторы риска неблагоприятного течения пневмоний у младенцев.

Цель настоящего исследования необходимость обобщения наблюдений и постоянной оптимизации тактики дооперационного ведения младенцев с ВПС определила

Материалы и методы. За период 2019-2023г. на базе ОДММЦ г. Ферганы обследованы и пролечены 360 младенцев с гемодинамически значимыми ВПС, госпитализированные с направительным диагнозом «пневмония» в возрасте от 3 суток до 24 месяцев (средний возраст 5,926 мес. \pm 0,68, sd = 6,1), из них 194 (54%) мальчиков и 166 (46%) – девочек. Этиологию респираторных заболеваний оценивали по результатам диагностической панели на вирусы гриппа А и В и другие респираторные вирусы (РС-вирус, парагрипп, риновирус, метапневмовирус, бокавирус, аденовирус).

Результаты исследования. Пневмония была исключена у 108 детей (группа II) с очаговыми рентгенографическими изменениями в сочетании с отсутствием клинико-лабораторных критериев воспаления (лихорадка >38 гр. в течение 3 суток и более, кашля с мокротой, физикальных симптомов пневмонии, лейкоцитоза >15 тыс. и/или п/я нейтрофилов $>10\%$). Легочная гипертензия (ЛГ) по данным эхокардиографии с САД >36 мм.рт.ст., регистрировалась у 20 детей (в 19,2% всех «бледных» ВПС). У большинства 99 (в 92% наблюдений) детей с «бледными» ВПС и у 48% детей с цианотическими ВПС на фоне пневмонии усугублялась или возникала недостаточность кровообращения (НК). Существенно чаще наблюдалась НК 2А ст (в 70% всех случаев сердечной недостаточности), в 23% НК 2Б ст. и в 7% наблюдений НК 3 ст.

Данные бактериологического обследования ротоглотки и трахео- бронхиальных смывов Kl. pneumonia была обнаружена у 10 (34,5%) детей; Pseudomonas aeruginosa – у 4 (13,8%), ассоциация Kl. pneum.+ Candida alb. – у 3 (10,3%) и Pseudomonas aeruginosa + Candida alb. обнаруживалась у 2 (6,9%) детей. Наиболее значимым гемодинамическим фактором тяжёлого течения пневмонии у младенцев с ВПС оказались наличие ($p=0,041$) и степень лёгочной гипертензии ($p=0,048$). При подтверждении вирусно- бактериального инфицирования, в большинстве случаев, применялся интерферон альфа 2-бетта в сочетании с антиоксидантами в ректальных свечах. Принятая тактика диагностики и терапии позволила сократить сроки госпитализации младенцев с ВПС и пневмонией с $18,1\pm 3,6$ до

8,7±2,4 дней, обеспечив переводы большинства детей (68%) с ВПС в кардиохирургические стационары в ранние сроки клинико – рентгенологического разрешения пневмонии.

Выводы. Патогенетически обоснованная комплексная терапия, включающая лечение недостаточности кровообращения, этиотропную антибактериальную, цитопротекторную, и иммунокорректирующую терапию позволяет оптимизировать предоперационное ведение младенцев с пневмонией на фоне ВПС, сокращая сроки подготовки к кардиохирургическим вмешательствам.

ФЕНОТИП ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК С АУТОСОМНО–РЕЦЕССИВНЫМ ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ МУТАЦИЙ ГЕНА *PKHD1* У 14 ДЕТЕЙ

Андреева Э.Ф., Савенкова Н.Д.

ФГБОУ ВО Санкт–Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г.Санкт–Петербург, Россия

Актуальность. К.Burgmaier с соавт. (2021) идентифицировали 563 варианта мутации гена *PKHD1* у 304 детей с поликистозной болезнью почек с аутосомно–рецессивным типом наследования (АРПБП) и указали на 5 самых частых, из них в 13,1% вариант *c.107C>T (p.Thr36Met)*.

Цель: провести оценку особенностей клинического фенотипа у детей с АРПБП с выявленным вариантом *c.107C>T (p.Thr36Met)* мутации гена *PKHD1*.

Методы исследования. В исследование включены 14 детей (из 13 семей, в которых родители не являются кровными родственниками) с клиническим фенотипом АРПБП. В работе использованы анамнестический, катамнестический, клинико–лабораторный, инструментальный, функциональный. У детей оценены результаты молекулярно–генетического исследования (полноэкзомного секвенирования ДНК), проведенного в 6 специализированных лабораториях, имеющих действующую лицензию.

Результаты исследования. У 14 детей с АРПБП идентифицировано 27 различных вариантов мутаций в гене *PKHD1*, количество гетерозигот составило 96,3% (26/27), гомозигот 3,7% (1/27). Распространенными вариантами мутаций гена *PKHD1* являлись *c.107C>T (p.Thr36Met)*, *c.6731T>A(p.Leu2244His)* и *c.1165A>C(p.Thr389Pro)*, с частотой 22,2% (6/27), 14,8% (4/27) и 7,4% (2/27), соответственно.

У 6 пациентов с АРПБП, имеющих в одной копии гена *PKHD1* патогенный вариант *c.107C>T (p.Thr36Met)*, пренатально почечные кисты не визуализированы, в неонатальном и грудном периодах отсутствовали признаки нарушения почечной функции. У 6 детей в возрасте 3–17 лет диагностированы увеличение объема почек с гиперэхогенностью паренхимы, снижением корково–мозговой дифференцировки, диффузными множественными кистами в паренхиме обеих почек с размером кисты 2–10мм; у 4 нефрогенная артериальная гипертензия. Прогрессирование хронической болезни почек (ХБП) у детей до С2 стадии (3) в возрасте 3–15лет, в ХБПС3 (2) в 3 года и 15 лет, в ХБПС4 (1) в 17 лет. Фиброз печени (F3–4 по METAVIR) диагностирован у 5 пациентов. Синдром портальной гипертензии установлен у 2 детей, из них у подростка 15 лет проводились неоднократные эндоскопические лигирования вен пищевода. Пациенту 17 лет с ХБПС4 и оценкой 22 балла по шкале MELD–Na планируется комбинированная трансплантация почки и печени.

Выводы. Выявлены особенности почечного и печеночного фенотипа поликистозной болезни почек с аутосомно–рецессивным типом наследования у детей с идентифицированным с частотой 22,2% (6/27) патогенным вариантом *c.107C>T (p.Thr36Met)* мутации гена *PKHD1*.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И МИКРОБИОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Арипова Ш.Х., Мусажанова Р.А., Каримова М.Х., Арипова Д.С.

Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр педиатрии

Актуальность. Хронический бронхит у детей является серьёзным заболеванием, которое сопровождается как клиническими, так и функциональными нарушениями дыхательной системы, влияющими на качество жизни и развитие ребёнка. За последние годы отмечается рост заболеваемости бронхолёгочными патологиями у детей, включая формы с бронхиальной обструкцией. Несмотря на значительные достижения в диагностике и лечении, остаётся актуальной задача глубокого понимания патогенеза болезни, что требует изучения клиничко-функциональных особенностей и микробиоты дыхательных путей. Микробиологическое исследование микробиома дыхательных путей позволяет выявить основные возбудители, вызывающие хронические воспалительные процессы, и эффективно корректировать терапию. Важно также учитывать функциональные нарушения внешнего дыхания у детей с разными формами бронхита для выбора оптимальной тактики лечения и профилактики.

Цель исследования. Изучение клиничко-функциональных особенностей и микробиоты дыхательных путей у детей с хроническим бронхитом.

Методы исследования. Обследованы 105 детей с хроническими заболеваниями нижних дыхательных путей, разделённые на группы по нозологическим формам: хронический бронхит (ХБ) и ХБ с синдромом бронхиальной обструкции (СБО). Для диагностики использовались методы исследования функции внешнего дыхания (ФВД), спирография, пикфлоуметрия, а также микробиологические исследования слизистых оболочек дыхательных путей (нос и мокрота).

Результаты исследования. В исследовании изучены клиничко-функциональные особенности и микробиота дыхательных путей у 105 детей с хроническим бронхитом (ХБ) и синдромом бронхиальной обструкции (СБО). Установлено, что при бронхиальной обструкции чаще выявляется избыточный рост *Staphylococcus aureus* (40,6% из носа и 37,5% из мокроты), тогда как при необструктивном течении хронического бронхита преобладающим возбудителем является *Streptococcus pneumoniae* (36,6% из носа и 34,1% из мокроты). Обструктивный тип нарушения функции внешнего дыхания наблюдался у 70,3% детей с ХБ и СБО, в то время как у детей с необструктивным бронхитом преобладал рестриктивный тип (58,5%). Клинические проявления включали слабость, вялость, снижение аппетита, бледность кожи и цианоз носогубного треугольника, более выраженные у пациентов с бронхиальной обструкцией. Эти результаты подчёркивают важность комплексного подхода к диагностике и лечению детей с хроническим бронхитом, включая микробиологические исследования и оценку функции внешнего дыхания.

Заключение. Исследование показало значительные различия в микробиоте дыхательных путей и клиничко-функциональных особенностях у детей с различными формами хронического бронхита. Эти данные имеют важное значение для точной диагностики, выбора адекватной антибактериальной терапии и контроля за состоянием пациентов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АХАЛАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Арифджанов Н.С., Адылова Г.С., Ёдгоров Ж.И., Каримов Б.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность. Ахалазия кардии (АК) — первичная нейромышечная патология пищевода неясной этиологии, характеризующаяся стенозом кардиального отдела пищевода, приводящая к снижению тонуса и расширению тубулярного отдела пищевода. Актуальность проблемы лечения ахалазии кардии в детской хирургии обусловлена увеличением его частоты встречаемости и отсутствием четкого алгоритма лечения.

Цель: изучить результаты лечения ахалазии кардии у детей.

Материалы и методы исследования. Для достижения цели были взяты больные в отделении хирургии РСНПМЦ за период 2022-2024г., которые были пролечены с ахалазией пищевода. Из них 5 мальчиков, 1 девочка. Возраст детей варьировал от 11 мес. до 14 лет.

Результаты и их обсуждение. У всех детей ведущими симптомами являлась рвота после приема пищи неизменным молоком, нередко с примесью большого количества слизи. Дети старшего возраста жалуются на дисфагию. У всех детей диагностирована гипотрофия, степень которой зависела от компенсации заболевания и начала манифестации заболевания. У 3 (50%) детей отмечались частые респираторные заболевания, развитие аспирационной пневмонии, что еще более усугубляло тяжесть состояния ребенка. В лабораторных данных у детей определялась анемия алиментарного генеза средней и тяжелой степени. При рентгенконтрастном исследовании пищевода выявлено расширение пищевода, задержка контраста над кардией, сужение кардии в виде контура – «пламени перевернутой свечи», «клюва». На эзофагоскопии определялся расширенный пищевод, в полости его большое количество слюны и слизи. Нарушение проходимости на уровне кардиального отдела, стенка кардии утолщена, просвет при инсуффляции не раскрывается или раскрывается с трудом. В соответствии классификации АК дети распределились следующим образом: у 4 детей с АК диагностирована II стадия (субкомпенсированная) заболевания, двое детей поступили в стационар с выраженными изменениями в пищеводе, соответствующей III-IV стадии АК. Детям со 2 стадией АК проводилась программная дилатация пищевода. Эффект от проводимой консервативной терапии не был стабильным и долгосрочным у 2-х детей, что явилось показанием для оперативного лечения. Двум детям, поступившим с декомпенсацией заболевания консервативное лечение не проводилось, выполнено оперативное лечение после предоперационной подготовки. Во всех случаях проводилась лапароскопическая эзофагокардиомиотомия по Heller с фундопликацией по Nissen. Двое детей, которым проведено консервативное лечение АК в сроках 2 месяца от начала лечения стали усваивать кормление, рвота и дисфагия купировались. Отмечалась положительная прибавка в весе. Кормление после оперативного лечения начиналось с 2-х суток послеоперационного периода, на 3-е сутки доводилось до возрастного объема разового кормления. Рвоты в послеоперационном периоде не наблюдалось. Дисфагия купировалась постепенно в течении 1 недели после операции. Дети выписаны из стационара на 10-е сутки после операции. Контроль за состоянием пищевода ЭФГС осуществлялась 1 раз в 6 месяцев – проходимость кардии восстановлена, тубус эндоскопа проходит в желудок. При диспансерном наблюдении отмечено, что сокращение дилатированного пищевода происходит достаточно медленно – в течении 1-2 лет после коррекции, хотя не имеет клинических проявлений. Рентгенконтрастное исследование проводилось 1 раз в год и соответствует эндоскопической картине.

Выводы. Ранняя диагностика ахалазии пищевода у детей дает возможность выявить заболевание на стадии субкомпенсации, и соответственно возрастает процент успеха консервативного лечения. Лапароскопическая эзофагокардиомиотомия по Heller с

фундопликацией является оптимальным методом оперативного лечения ахалазии кардии, удобна в исполнении, является не только профилактикой гастроэзофагеального рефлюкса, но и предотвращает рецидив заболевания. Вопрос о сроках и кратности дилатация пищевода и своевременной конверсии на оперативное лечение остается открытым.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Арифджанов Н.С., Каримов Б.А., Ёдгоров Ж.И., Рузиев М.Ю.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность. Варикоцеле является причиной мужского бесплодия приблизительно в 40% случаев, довольно широко распространено среди мужчин молодого возраста, и не до конца выяснены многие аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения.

Цель: проанализировать и улучшить результаты лапароскопического лечения варикоцеле у детей.

Материалы и методы. С 2018 по 2024 г. пролечились 47 больных по поводу варикоцеле, в возрасте 10-18 лет. Диагноз установлен на основании жалоб, объективного осмотра и клинико-лабораторных данных. Частота встречаемости зависимости от возраста - 10 лет у 2 (4,2%), 11 лет 6 (12,7%), 12 лет 11 (23,5%), 13 лет 10 (21,2%) и от 14 до 18 лет 18 (38,4%).

Результаты и их обсуждение: Лапароскопические операции выполнялись на стойке фирмы «Karl Storz» (Германия). Под интубационным обезболиванием разрезом кожи выше пупка до 0,5 см в брюшную полость по методу Хансана вводим 5 мм троакар с видеооптикой, под постоянным давлением до 12 мм.рт.ст. и создавался пневмоперитонеум с углекислым газом (СО₂). Через левой подвздошную и надлобковую область разрезом кожи до 0,5 см дополнительно вводили 5 мм троакары для манипуляции. Париетальная брюшина вскрывается выше внутреннего кольца пахового канала над расширенными яичковыми венами, выделяется сосудистый пучок. После отделения лимфатических протоков, сосудистый пучок перевязывается двумя лигатурами (этибонд № 3,0). Дефект париетальной брюшины ушивается Z-образным швом. После операции больных выписывали домой через 2-3 суток на амбулаторное наблюдение.

Отдаленные результаты у больных оценены в период от 1 до 3 лет после операции. Из оперированных больных у 1 (2,1%) был рецидив и произведена повторная лапароскопическая перевязка яичковых вен слева.

Выводы. Лапароскопический метод операции при варикоцеле у детей дает хороший косметический эффект и уменьшает процент рецидива.

МОНИТОРИНГ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭРИТРОЦИТОВ И РЕТИКУЛОЦИТОВ У РЕБЕНКА С АНЕМИЕЙ, ВСЛЕДСТВИЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Артюшевская М.В., Сухарева А.П., Драгун Г.А., Адасько В.И., Сороковик И.Н.

**Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»
Учреждение здравоохранения «Клинический родильный дом Минской области»**

Актуальность. Диагностика и прогнозирование течения анемии у детей остается значимой проблемой для неонатологов и педиатров. В таких ситуациях особое значение приобретает определение и мониторинг ретикулоцитарных и эритроцитарных показателей крови.

Цель исследования — изучить динамику дополнительных показателей ретикулоцитов и эритроцитов в гемограммах у ребенка П. на первом году жизни (клинический случай).

Материалы и методы. Проведен динамический анализ лабораторных показателей: количество эритроцитов (RBC), средний объем эритроцитов (MCV), среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), концентрация гемоглобина (Hb), абсолютное и относительное количество ретикулоцитов (RET), фракция незрелых ретикулоцитов (IFR), количество микроцитарных эритроцитов (MicroR), содержание гемоглобина в ретикулоцитах (Ret-He) в анализах крови ребенка П. Гематологические исследования выполнены на автоматическом анализаторе Sysmex XN-350.

Результаты исследования. Доношенный мальчик родился от 5 беременности 4 срочных оперативных родов с весом 2970 г., рост 50 см., Апгар 8/9 баллов. Беременность протекала на фоне отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза: резус-сенсibilизация – титр антител перед родами - 1:1024 (метод гелевых технологий). В неонатальном периоде наблюдалось развитие анемического синдрома вследствие гемолитической болезни новорожденного (к 25 суткам показатель RBC составил $2,19 \cdot 10^{12}/л$, Hb - 72 г/л, Ht -20,9%). Значения показателей MCV, MCH, MCHC в течении всего неонатального периода соответствовали референтным значениям. При развитии анемии у новорожденного ребенка параллельно отмечалось повышение количества RET (абсолютного и относительного количества до $142,1 \cdot 10^9/л$. (6,49%)) преимущественно за счёт IFR (38,8%). В неонатальном периода значение показателя Ret-He колебались в пределах 28,0 pg до 31,4 pg, что указывает на отсутствие дефицита железа в качестве причины анемии у новорожденного П. После проведенного курса гормонотерапии наблюдалось повышение концентрации Hb до 92 г/л, Ht до 26,7%, RBC - $2,87 \cdot 10^{12}/л$, количества RET (абсолютное число $168,2 \cdot 10^9/л$), (5,86 %), IFR 24,2%. Ребенок был выписан домой под наблюдение участкового педиатра. К 2,5-м месяцам жизни у ребенка количество RBC вошло в диапазон нормы и составило $3,4 \cdot 10^{12}/л$. Однако выявлены лабораторные признаки железодефицитного состояния: Hb 94 г/л, MCV 81,8 fl; морфологически – гипохромия RBC (HYPH-He-4,7%), микроцитоз RBC (MicroR-4,9%). Значение показателя Ret-He снизилось до 21,4 pg, что указывает на гипохромия уже на этапе выхода ретикулоцитов. Назначены препараты железа, рекомендовано раннее (с 5 месяцев) введение мясного прикорма. На фоне проводимой диетической коррекции и ферротерапии к возрасту 6 месяцев отмечалось улучшение эритроцитарных и ретикулоцитарных показателей: повышение RBC до $4,17 \cdot 10^{12}/л$ и Hb до 110 г/л., Ret-He до 27,8 pg., показатель HYPH-He снизился до 3,8%. Учитывая, что данные значения были приближены к нижней границе

нормы, принято решение продлить приём препаратов железа под контролем дополнительных показателей в общем анализе крови.

Вывод. Полученные лабораторные данные позволили определить персонифицированный подход к лечению анемии и избежать гемотрансфузии у ребенка П., установить генез анемии и контролировать эффективность ферротерапии.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Аслонов А.А., Ниёзов Ф.Ё.

Бухарский областной многопрофильный детский медицинский центр

Актуальность. Спаечная кишечная непроходимость (СКН) – одно из распространенных и тяжелых заболеваний детского возраста, характеризующееся разнообразными клиническими проявлениями и требующее оперативное вмешательство.

Цель: анализ результатов лапароскопического лечения спаечной кишечной непроходимости у детей.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование и лечение 154 детей в возрасте от 3 месяцев до 14 лет, из них 80 (52,3%) мальчиков и 74 (47,7%) девочки. Ранняя форма ОСКН наблюдалась у 55 (36,0%) больных. Длительность заболевания после первичной операции при ранней ОСКН составила от 5 до 8 суток. Поздняя форма ОСКН отмечалась у 99 (64,0%) детей. Длительность заболевания после первичной операции в этих случаях колебалась от 6 месяцев до 5 лет. Среди причин, по поводу которых была ранее выполнена первичная операция, преобладал острый аппендицит – у 74 (48,2%).

Результаты исследования и их обсуждение. Для улучшения результатов лечения ОСКН мы использовали педиатрических модели лапароскопов фирмы Karl Storz, в качестве базового набора применяли стандартный комплект эндовидеохирургического оборудования. При ревизии оценивали степень распространённости спаечного процесса в брюшной полости, расположение кишечных петель, их подвижность, изменение серозной оболочки; изменение в сальнике и его участие в спаечном процессе, наличие и количество выпота и изменение брюшины. Лапароскопическое разделение спаек при ОСКН преследовало две цели: отыскание места кишечной обструкции и разделение спаек. При наложении пневмоперитонеума, спайки, соединяющие париетальную брюшину передней брюшной стенки с кишечником или его брыжейкой (висцеро-париетальные), натягивались. Это создавало оптимальные условия для их пересечения. В случае одиночных спаек протяжённостью более 1 см их коагуляцию и рассечение производили с помощью инструментов, проведённых через дополнительный троакар. Пересечение межпетлевых спаек выполнялись при помощи двух манипуляторов, введённых в брюшную полость. Это позволяло захватывать мягкими щипцами кишечные петли, натягивать спайки и пересекать их эндоскопическими ножницами. Только таким образом удавалось добиться расправления «двустволок» при поздней ОСКН. Межпетлевые спайки, как правило, не требовали коагуляции. Аналогично пересекали сальник, подпаянный к кишечным петлям, органам малого таза. В этом случае обязательной была коагуляция подпаянной пряди с помощью биполярной коагуляции. После разделения спаек проводилась контрольная ревизия, осматривались петли тонкой кишки от илеоцекального угла до трейтцевой связки, участок бывшей непроходимости. Проводилась санация брюшной полости и дренирование. Операцию завершали удалением троакаров и CO₂ из брюшной полости.

В послеоперационном периоде проводилась инфузионная, антибактериальная терапия, стимуляция кишечника и местное лечение. Восстановление пассажа кишечного содержимого контролировалось рентгенологическим методом с использованием

контрастного вещества. На основании проведённых лапароскопий в соответствии с характером патологических изменений, обнаруженных при этом, все больные разделены на 4 группы: 1) диагноз кишечной непроходимости подтверждён, выполнена попытка лапароскопического разделения спаек – 116 детей; 2) диагноз кишечной непроходимости исключён, выявлена другая патология – 19 детей; 3) установлена частичная кишечная непроходимость – 6 детей; 4) диагноз кишечной непроходимости подтверждён, однако лапароскопическое разделение спаек не производилось, были показания к лапаротомии – 13 детей. Применение лапароскопии в случаях сомнительной клиники ОСКН позволило выявить целую группу других острых хирургических заболеваний брюшной полости, симулирующих ОСКН, среди которых были заболевания гениталий (4), кишечная инвагинация (3), флегмонозный аппендицит (3), заворот кишечника (2), перекрут сальника (2), панкреатит (2) и другая патология (3). На диагностическом этапе лапароскопии диагноз ОСКН был подтверждён у 129 больных. На основании эндоскопической картины был выявлен ряд причин образования кишечной непроходимости: ущемление штрангом – у 19 (14,7%) больных, ущемление фиксированным сальником – у 22 (17,1%), деформация множественными спайками – у 25 (19,4%), ущемление в «окне» – у 13 (10,1%) больных, заворот кишки фиксированной спайкой – у 11 (8,5%), «двустволка» – у 27 (20,9%), воспалительный инфильтрат – у 12 (9,3%).

Вывод. Таким образом, лапароскопия в диагностике и лечении ОСКН у детей является методом выбора при различных видах и анатомических вариантах непроходимости. Позволяет точно установить диагноз непроходимости, провести тщательную ревизию брюшной полости, в подавляющем большинстве случаев добиться разделения спаек с восстановлением проходимости кишок, обеспечивая значительное облегчение течения послеоперационного периода, уменьшения количества осложнений, сокращения сроков пребывания больных в стационаре.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Аслонов А.А., Раупов Ф.С., Восиев Ж.Ж.

Бухарский областной многопрофильный детский медицинский центр

Актуальность. Врождённая кишечная непроходимость новорождённых (ВКНН) является одним из самых распространенных патологий в хирургии неонатального периода.

Цель: изучение клинических особенностей врождённой кишечной непроходимости у новорожденных.

Материал и методы. Нами было изучено данные обследования и лечения 46 больных с диагнозом ВКНН. При распределении больных по полу 22 (55,9%) мальчики, 24 (44,1%) девочек. У 17 больных (37%) было отягощённый акушерский анамнез, 12 (26,1%) новорожденных были недоношенными, множественные пороки развития выявлено у 17 (36,9%) больных. На основании клинико - лабораторных, рентгенологических исследований высокая форма кишечной непроходимости установлена у 33 (71,8%) новорожденных, при этом у 4-х (8,7%) случаях регистрировали летальный исход. Низкая кишечная непроходимость диагностировали у 13 (28,3%) больных и в 3-х (6,5%) случаях отмечено летальность.

Результаты и их обсуждение. Хирургическая тактика при высокой кишечной непроходимости определялась в зависимости от выявленной патологии. В структуре высокой кишечной непроходимости чаще встречались острая форма врожденного пилоростеноза у 19 (41,3%) новорожденных. Синдром Ледда наблюдался у 7-ми (15,2%) больных, мембранозная форма атрезии 12-перстной кишки обнаружено у 2-х (4,3%)

больных. Кольцевидная поджелудочная железа выявлена в 3-х (6,5%) случаях, так как операцией выбора в этих случаях является наложение физиологического дуодено - дуоденоанастомоза, которого удалось осуществить в одном – (2,2%) случае с удачным исходом, в остальных 2-х (4,3%) случаях диастаз между сегментами был значительный и не позволял сопоставить приводящие и отводящие петли, и у данных больных выполнен обходной дуодено - еюноанастомоз. К сожалению, оба случая оказались неудачными. С врожденной низкой кишечной непроходимостью поступили за данный период 13 (28,2%) новорожденных. В большинстве случаев - у 7 (15,2%) больных, причиной кишечной непроходимости была атрезия тонкого кишечника, у 1 (2,2%) больного выявлена заворот и расширение объема приводящей петли, произведено резекция кишечника по показаниям и наложена анастомоз “конец в конец”, который в последующем вызвал синдром «короткой кишки». Этот синдром не удалось вылечить и как вследствие констатировали летальный исход. Клиника мекониевого илеуса обнаружено у одного больного, из-за наличия признаков мекониевого перитонита вследствие перфорации приводящей петли больному пришлось наложить илеостому. У 2-х (4,3%) больных с низкой непроходимостью причиной обструкции был спайки на фоне перенесенного язвенно - некротического энтероколита, а у одного больного прооперировали с острой формой болезни Гиршпрунга, причиной которого был тотальный аганглиоз толстой кишки (болезнь Зульцера - Вильсона), после резекции толстой кишки пришлось накладывать терминальную илеостому, из-за наличия перитонита. В послеоперационном периоде на 3 сутки, наблюдалось летальный исход.

Вывод. Результаты исследования показали, ВКН в 71,8% случаев проявляется в виде высокой кишечной непроходимости, в 13 (28,2%) случаев проявляется в виде низкой кишечной непроходимости и в 17 (36,9%) случаев отмечается сочетание с другими пороки развития внутренних органов. При высокой кишечной непроходимости преобладает острая форма врожденного пилоростеноза и синдром Ледда, в то время как при низкой кишечной непроходимости преобладают различные варианты атрезии тонкого кишечника.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА

Атабаева О.Ф., Ахмедова Н.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Внебольничная пневмония у детей в силу своей распространенности и высокой летальности является важнейшей проблемой педиатрии. Среди детей до 5 лет она является причиной всех случаев смерти детей во всем мире. Своевременная правильная диагностика внебольничной пневмоний у детей, оценка тяжести течения болезни с учетом сопутствующих заболеваний, правильный выбор антибактериальной терапии позволяет полному выздоровлению детей от пневмонии, снижению осложнений и летальности от пневмоний.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения внебольничной пневмонии у детей по данным ретроспективного анализа.

Материал и методы. В исследование включены данные ретроспективного анализа 525 историй болезни больных с внебольничной пневмонией, госпитализированных в 2023 году в отделении пульмонологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии. При анализе историй болезни были изучены жалобы, анамнез заболевания и жизни больного, данные объективного осмотра по всем органам и системам и лабораторно инструментальные показатели.

Результаты исследования. Анализ данным ретроспективного анализа историй болезни больных с внебольничной пневмонией показал, что средняя продолжительность

лечения детей в стационаре составила 7 дней. Общее состояние больных на день поступления было тяжелым у 54% и среднетяжелым у 46% детей. При поступлении в стационар, основными жалобами родителей больных детей были повышение температуры тела – у 75,5% (в начале заболевания) детей, кашель 100%, одышка – у 34,0%, насморк – у 27%, снижение аппетита – у 98,8%, вялость – у 86,9%, нарушение сна – у 35,5%. При объективном осмотре одышка смешанного характера с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры была у 92,0% больных. Перкуторные изменения в легких имели локальный характер в виде укорочения легочного звука. При аускультации жесткое дыхание, влажные и сухие хрипы, иногда в сочетании с крепитацией определялось у всех больных. По результатам лабораторных исследований были выявлены нормальные значения СРБ у 206(39%), а повышение его уровня - у 319(61%). Изучение уровня прокальцитонина показало высокие его значения у 142 (27%) больных. Инструментальные исследования среди детей включали рентгенографию органов грудной клетки и МСКТ. Почти у всех детей выявлены признаки пневмонии (92%), а у некоторых признаки ателектаза и фиброзных изменений легких (8%).

Вывод. Клиническими особенностями течения внебольничной пневмонии у детей являются наличие затяжного кашля, длительной лихорадки, снижение аппетита, а также долгое сохранение физических изменений в легких и выраженным повышением маркеров воспаления.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНЫХ АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ, РАЗВИВШИХСЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Ахмедова Д.И., Маматкулова Р.И., Туляганова Н.З.

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

Актуальность. По статистике, в каждом третьем случае причиной воспаления суставов являются вирусные инфекции, в том числе и коронавирусная инфекция COVID-19. Согласно литературным данным, COVID-19 нередко служил «пусковым крючком» для серьезного поражения опорно-двигательного аппарата (<https://yarmedexpert.ru/artrit-posle-perenesennogo-covid-19.html>).

Цель: определить клинические особенности течения ювенильных артритов у детей до 18 лет до пандемии COVID-19 и ЮРА, развившихся после перенесенной COVID-19, а также влияния COVID-19 на манифестацию ювенильного артрита с системным началом (ЮАсСН).

Материалы и методы. В исследование были включены 40 детей с ювенильными артритом, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиоревматологии РСНПМЦ Педиатрии. Возраст детей варьировал от 1,5 года до 18 лет. С целью определения клинических особенностей течения ЮА дети были разделены на 2 группы: 1-я группа – 20 (50%) пациентов с ЮА до пандемии COVID-19; 2 группа - 20 (50%) больных ЮА, развившейся после перенесенной коронавирусной инфекции.

Результаты исследования. Результаты включали время от появления симптомов до первой оценки, тяжесть заболевания на момент обращения и включения в регистр. Возросла заболеваемость олигоартикулярного ЮА (39,7% до пандемии, 60,3% - после перенесенной COVID-19), за исключением системной формы ЮАсСН (5 - до пандемии, 7 - после перенесенной COVID-19). Клинические особенности, активность заболевания,

инвалидность и качество жизни были более выраженными и прогрессирующими у пациентов с ЮА, развившейся после перенесенной коронавирусной инфекции.

Выводы. Педиатрам, кардиологам и ревматологам следует помнить, что тяжелыми воспалительными и интоксикационными синдромами с повышенными лабораторными показателями воспаления, развившимися на поздних стадиях респираторной инфекции или после перенесенного заболевания, могут быть признаками мультивоспалительного синдрома (МВС). Таким образом, в таких ситуациях необходимо быстро обследовать пациента на COVID-19 и начать своевременную терапию, как только будут обнаружены признаки инфекции. Требуется длительный катamnестический мониторинг пациентов из-за недостаточной изученности патогенеза МВС, связанного с SARS-CoV-2, а также неизвестных последствий вируса.

GENETIC HETEROGENEITY AND ITS IMPACT ON APPROACHES TO THE TREATMENT OF RENAL TUBULAR ACIDOSIS

Akhmedova D.I., Abidova M.D.

Tashkent pediatric medical institute

Relevance. Renal tubular acidosis (RTA) is a disorder characterized by the kidney's inability to properly acidify urine, leading to metabolic acidosis. Distal renal tubular acidosis (dRTA) is a specific type of RTA that is often caused by genetic mutations. Understanding the genetic heterogeneity of dRTA is crucial for developing effective treatment strategies.

The purpose of the study. To investigate how genetic heterogeneity influences the treatment strategies for renal tubular acidosis.

Materials and methods. The analysis of scientific articles, publications and databases in international scientific sources PubMed, Medline and Cochrane Library devoted to assess how genetic variations impact patient responses to current treatment modalities of RTA. The studies used various types of research approaches, including clinical observations, randomized clinical trials, and systematic reviews. These studies provided statistical data on the prevalence and characteristics of nephropathies in Alport syndrome in children.

Results. dRTA is often caused by mutations in genes such as SLC4A1, ATP6V1B1, and ATP6V0A4, which affect the function of distal tubule channels and vacuolar H⁺-ATPase subunits.

Clinical manifestations of dRTA include hyperchloremic metabolic acidosis, hypokalemia, hypercalciuria, nephrocalcinosis, and sensorineural hearing loss, particularly in patients with ATP6V1B1 mutations.

Diagnosis of dRTA is based on clinical and laboratory findings, with genetic testing confirming the specific mutations involved. Genetic testing is recommended irrespective of clinical phenotype due to the lack of strict genotype-phenotype correlation.

Incomplete dRTA (idRTA) can be diagnosed through specific tests like the ammonium chloride challenge, and genetic testing can help identify underlying mutations, although other genes or non-genetic factors may also play a role.

The mainstay of dRTA treatment is alkali replacement therapy, which corrects biochemical defects, improves clinical symptoms, and prevents complications such as nephrolithiasis and nephrocalcinosis.

Gene therapy has shown potential in correcting renal tubular acidosis in animal models, suggesting a future direction for treating hereditary renal tubular defects.

Early diagnosis and prompt treatment with alkali and potassium supplements are crucial for ensuring normal growth and preventing long-term complications in patients with dRTA.

Long-term follow-up is necessary to monitor and manage potential complications such as chronic kidney disease and nephrolithiasis, especially in patients with a long history of the disease.

Conclusions. Genetic heterogeneity in distal renal tubular acidosis significantly impacts its diagnosis and treatment. Mutations in specific genes like SLC4A1, ATP6V1B1, and ATP6V0A4 are common causes of dRTA, and genetic testing is essential for accurate diagnosis. Treatment primarily involves alkali replacement therapy, which is effective in managing symptoms and preventing complications. Early diagnosis and continuous management are crucial for improving patient outcomes. Future research may explore gene therapy as a potential treatment for hereditary renal tubular defects.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Ахмедова Д.И., Фазылова А.Ш., Хасанова С.С.

Ташкетнский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Кишечник недоношенных новорожденных короче и имеет меньше возможностей для пищеварения, абсорбции и подвижности, чем у доношенных. Отсроченный транзит содержимого кишечника часто является предшественником вздутия, инициирования воспалительного каскада и отека кишечника. Эти факторы способствуют не только непереносимости к питанию, но и появлению опасному для жизни заболеванию, такому как некротизирующий энтероколит (НЭК). В литературе имеются данные, проведенные на небольшой группе пациентов о том, что уровень фекального кальпротектина значительно повышался у новорожденных с непереносимостью питания и его можно использовать для выявления ранних случаев НЭК у новорожденных, но этот предмет все еще нуждается в большем количестве исследований для большего числа пациентов.

Цель: определить клиническую значимость определения фекального кальпротектина у недоношенных в отделении выхаживания недоношенных

Методы и материалы исследования. Для определения фекального кальпротектина (ФК) применяли стандартные наборы реактивов, предназначенные для количественного определения методом иммуноферментного анализа фирмы PhiCal®. Было проведено проспективное исследование 49 недоношенных детей, рожденных в сроке от 28 до 36 недель гестации, и 10 доношенных новорожденных, которые составили контрольную группу. Недоношенные дети были разделены на две группы. Средний гестационный возраст в 1-й группе составил $30,1 \pm 0,4$ недели (28,2 -32), во 2-й группе – $34,1 \pm 0,1$ недели (32,2–36).

Результаты исследования. Нами выявлено, что уровень ФК, так же как СРБ, в первой группе детей был достоверно выше, чем во второй и достигал $137,20 \pm 12,9$ мкг/г против $95,85 \pm 6,73$ мкг/г. Методом однофакторного регрессионного анализа осуществлено определение корреляционной зависимости содержания ФК от клинических и лабораторных показателей. В первой группе имеется положительная зависимость уровня ФК с уровнем лейкоцитов сыворотки при рождении ($r=0,71$), уровнем СРБ ($r=0,63$), продолжительностью неинвазивной респираторной поддержки ($r=0,61$). Кроме того, положительная связь выявлена с задержкой начала стабильной прибавки массы тела ($r=0,51$), то есть воспалительный фон, проявляющийся повышением ФК и СРБ, способствует задержке физического развития детей и удлиняет продолжительность дыхательных расстройств. Во второй группе положительная корреляционная связь имеется с уровнем ЛИИ ($r=0,38$). Кроме того, выявлено, что повышение уровня ФК, также, как в первой группе, приводит к задержке прибавки массы тела после 7-го дня жизни ($r=0,34$). В первой группе НЭК диагностировали на $10,4 \pm 5,32$ день жизни у 6 (18,7%) детей. При сравнении показателей воспаления в группах было установлено, что значения ФК и СРБ были достоверно выше у

детей, у которых в последующем развился НЭК. Во второй возрастной группе НЭК развился на $8,5 \pm 5,43$ дня жизни у 15,8%, однако значения ФК, СРБ и ЛИИ не выявило достоверных значений между сравниваемыми группами. Нами установлено, что содержание ФК зависит от гестационного возраста. При этом концентрации ФК в образцах стула у детей со сроком гестации 22–27 недель превышали его значения у детей со сроком гестации 28–32 недель почти в 1,5 раза. По мнению ряда авторов, наличие ФК в просвете кишечника пропорционально количеству нейтрофильных гранулоцитов, и его оценка может быть надежным биомаркером бактериального воспаления.

Выводы. Определение ФК является объективным и неинвазивным тестом, который может быть использован в качестве предиктора НЭК для недоношенных детей. Рациональная стратегия диагностики на начальных этапах заболевания будет способствовать своевременной профилактике неблагоприятных исходов заболевания.

TUG'MA YURAK NUQSONLII BOLARNING KLINIK-DIAGNOSTIK XUSUSIYATLARI

Axmedova I.M., Salixova M.Z., Nazarova I.D.

Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi

Mavzuning dolzarbligi. Erta neonatal davrda tug'ma yurak nuqsonlari kasalligi tashxisi simptomlarning o'ziga xos emasligi sababli qiyin bo'lishi mumkin. Tug'ma yurak nuqsonlari (TYN) - yurak va katta tomirlarning strukturaviy anomaliyalari, embrion rivojlanish jarayonida hosil bo'lib, gemodinamik buzilishlarga olib keladi. Hozirgi vaqtda yurak-qon tomir tizimining normal va anomal rivojlanishi bilan bog'liq bo'lgan genetik, biokimyoviy va hujayraviy mexanizmlarni yoritish bo'yicha tobora ko'proq tadqiqotlar olib borilmoqda.

Maqsad. Tug'ma yurak nuqsonlarida o'pka gipertenziyasi patogenezida o'pka gemodinamikasi xususiyatlarini hisobga olgan holda klinik va diagnostik xususiyatlarini ahamiyatini aniqlash.

Material va usullar: Belgilangan vazifalarni hal qilish uchun statsionar davolanish uchun kasalxonaga yotqizilgan, chapdan o'ngga qon manevrlari bilan og'rigan 54 nafar yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'rigan bolalar o'rganildi. Tashxisni aniqlashtirish uchun barcha bemorlar umumiy klinik ko'rikdan o'tkazildi (tibbiy tarix, tekshiruv, umumiy qon va siydik sinovlari) va yurak tekshiruvi, EKG, Doppler exokardiyografi, ko'krak qafasi rentgenogrammasi va to'yinganlikni (saturaciya) o'lchash.

Natijalar. Tekshirilayotgan bemorlarning umumiy xususiyatlari. Taqqoslangan guruhlarda yoshi bo'yicha 1-guruhdagi va 2-guruhdagi kasal bolalar orasida 3-7 yoshli bolalar ustunlik qiladi. Qorinchalararo to'siq nuqsoni (QTN) bilan kasallangan bolalar orasida 1 yoshgacha va 2 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalar soni ko'proq edi. Bizga qo'yilgan vazifalarni hal qilish uchun bolalar o'pka gipertenziyasiga (O'G) qarab guruhlariga bo'lingan. O'G darajasi V.I.Burakovskiyning tasnifini hisobga olgan holda o'pka arteriyasidagi sistolik bosimning tizimli qon bosimiga nisbati bilan aniqlandi: 30% gacha -1 daraja, 30-70% - 2-darajali, 70% -100% - 3 daraja, 100% dan ortiq - 4-darajali. Bolalarning vazni 4,3 dan 15 kg gacha bo'lgan. Bolalarning aksariyati - 48 (80%) nafari - 10,6 kg gacha va 12 (20%) nafari - 14,9 kg gacha. Bu nuqsonning og'ir klinik kechishi, og'ir yurak etishmovchiligi va natijada tug'ma yurak kasalligi bo'lgan bolalarda vazn etishmovchiligi mavjudligi bilan bog'liq. Shunday qilib, tekshirilgan bemorlarning yoshi 1 oydan 15 yoshgacha bo'lgan, Me = 1,0 (IQR: 0,4-4,3). Bolalarning vazni 3 kg dan 41 kg gacha, Me=7,6 (IQR: 5,3-13,5). Tashqi kichik rivojlanish anomaliyalari 1 yoshdan 15 yoshgacha baholandi. Ultratovush diagnostikasi uchun Acuson 128-XP qurilmasi (AQSh) impulsli Doppler exokardiyografi yordamida bir o'lchovli va ikki o'lchovli rejimlarda ishlatilgan

Xulosa. O'G darajasi va tug'ma yurak kasalligining anatomik turi o'rtasidagi bog'liqlikni o'rganish va O'G darajasiga qarab yurakning qayta tuzilishini baholash uchun O'G bilan asoratlangan turli xil tug'ma yurak nuqsonlari bo'lgan bolalarda o'tkazilgan ekokardiyografiyaning 54 ta protokoli tahlili o'tkazildi. Bemorlar exokardiyografi bo'yicha tashxis qo'yilgan o'pka gipertenziyasi darajasiga qarab guruhlarga bo'lingan. Tekshiruv natijasida 9 nafar (28 foiz) bemorda O'G 1 daraja, 18 nafar (56,2 foiz) O'G 2 daraja, 3 nafar (9,3 foiz) O'G 3 daraja, 2 nafar (6,2 foiz) O'G 4 daraja aniqlangan. Tadqiqotda 38 nafar qiz va 22 nafar o'g'il ishtirok etdi. Tekshirilayotgan bemorlarning yoshi 1 oydan 18 yoshgacha bo'lgan, Me = 1,0 (IQR: 0,4-4,3). Bolalarning vazni 3 kg dan 41 kg gacha, Me=7,6 (IQR: 5,3-13,5).

УРОВЕНЬ ЦИТРУЛЛИНИРОВАННОГО ВИМЕНТИНА У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМИ АРТРИТАМИ

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

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В диагностическом и прогностическом плане определение антител к модифицированному цитруллинированному виментину (антител к Sa-антигену) является одним из наиболее перспективных тестов у больных с ювенильным артритом. Поэтому изучение уровня цитруллинированного виментина у детей с ювенильными артритами является актуальным

Цель: изучить уровень антител к модифицированному цитруллинированному виментину (АМЦВ) у детей с ювенильными артритами.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 85 детей, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиоревматологии РСНПМЦ Педиатрии. Возраст детей от 2 до 18 лет (сред. 8, 5+ 1, 1 лет). С целью определения различий уровня АМЦВ между вариантами ЮА, дети были разделены на 2 группы в зависимости от варианта заболевания: 1 группа – 37 (43,5%) больных суставным вариантом ЮА; 2 группа – 48 (56,5%) больных с ЮА системным началом (ЮАсСН). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета программ для IBM PC «Statistica 7,0», «БИОСТАТ».

Результаты исследования. Наличие АМЦВ связано с развитием деструктивных изменений суставов и более быстрым прогрессированием ЮА. Изучение частоты повышенного уровня АМЦВ у детей с ЮА показало, что высокие показатели АМЦВ были выявлены у 12 (32,4%) больных суставным вариантом ЮА. Это 2,6 раз превысило количество детей ЮАсСН ($p < 0,01$). Концентрация АМЦВ в сыворотке крови при суставном варианте ЮА колебалась от 1,7 до 413,2 ЕД/мл и средние его значения составили $39,4 \pm 2,8$ ЕД/мл. В отличие от них у детей с ЮАсСН значения АМЦВ в сыворотке крови были намного ниже и колебания составили от 0,8 до 30,5 ЕД/мл. При этом его средние значения были $7,1 \pm 0,5$ ЕД/мл ($p < 0,001$).

Уровень АМЦВ связан с активностью заболевания. Изучение уровня содержания антител у больных в зависимости от варианта заболевания показала, что у 6 (16,2%) детей с суставным вариантом ЮА отмечалось высокое содержание АМЦВ (больше 30 Ед/мл) и его уровень превысил норму в 5 раз, у 1 (2,7%) больного – более чем 9-кратно, у другого (2,7%) – более чем 14-кратно, тогда как у остальных было выявлено низкое содержание данного показателя (20-30 Ед/мл) ($p < 0,001$). У преобладающего большинства больных с суставным вариантом отмечалось низкое содержание АМЦВ в сыворотке крови. Как показали результаты исследования, частота повышения и уровни концентрации АМЦВ

выше у детей с суставным вариантом заболевания по сравнению с ЮАсСН, что свидетельствует о наличии деструктивных изменений суставов и прогрессированием ЮА.

Выводы. Высокий уровень АМЦВ связан с активностью заболевания и свидетельствует о развитии функциональной недостаточности, поэтому может служить индикатором для мониторинга активности и оценки эффективности лечения.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ

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

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

Актуальность. При заболеваниях, сопровождающиеся повреждением тканей и разрушением клеток, концентрация лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в крови повышается. В связи с этим она является важным маркером тканевой деструкции, которая характерна и для больных с ювенильным артритом с системным началом (ЮАсСН). Несмотря на то, что увеличение количества фермента не указывает на какую-то определённую болезнь, его определение в комплексе с другими лабораторными анализами помогает в диагностике многих заболеваний.

Целью изучить влияние генно-инженерной биологической терапии на динамику уровня лактатдегидрогеназы у детей с ювенильным артритом с системным началом.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 50 детей с ювенильным артритом с системным началом (ЮАсСН), 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 влияния ГИБП на динамику уровня ЛДГ, дети были разделены на 2 группы: 1 группа – 30 (56,5%) больных с ЮАсСН), которые получали ГИБП; 2 группа - 20 (43,5%) больных с ЮАсСН, которые не получали ГИБП. Уровень ЛДГ изучали до начала терапии и каждые 3 месяца после его начала. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета программ для IBM PC «Statistica 7,0», «БИОСТАТ».

Результаты исследования. Исследование уровня данного фермента до начала терапии у обследованных показал его высокие значения у 80% детей 1 группы. При этом его среднее значение составило $720,7 \pm 68,4$ Ед/л, что превышает верхнюю границу нормы 1,6 раз ($p \leq 0,001$). Во 2 группе количество больных с высокими показателями ЛДГ было значительно ниже (60%), а средние показатели составили $524 \pm 47,4$ Ед/л. Полученные данные свидетельствует о том, что ЮАсСН сопровождается повреждением тканей и разрушением клеток в результате чего повышается концентрация ЛДГ в крови. После проведенной терапии уровень ЛДГ у детей 1 группы в динамике значительно снизился: в 6 месяцев составил $454,9 \pm 34,5$ Ед/л, в 9 месяцев - $308 \pm 27,4$ Ед/л, тогда как во 2 группе его уровень в динамике повысился и показатели в такие же сроки составили $595,2 \pm 45,9$ и $663 \pm 47,4$ Ед/л соответственно. Количество больных с повышенным уровнем ЛДГ к 9 месяцу после начала терапии снизился в 12,1 раз и составил 6,6%, во 2 группе больных их количество возросло до 80%. Эти данные свидетельствуют о том, что ГИБП оказывают положительное влияние на течение заболевания и предотвращает повреждение тканей и разрушение клеток организма.

Вывод. У детей с ЮАсСН на фоне генно-инженерной биологической терапии отмечается снижение высоких показателей ЛДГ в динамике, что свидетельствует о

возможности использования данного показателя для оценки эффективности генно-инженерной биологической терапии у детей с ЮАсСН.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА

Ахрарова Ф.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Электрокардиографические (ЭКГ) изменения, связанные с малыми аномалиями сердца (МАС), чаще всего проявляются удлинением интервала QT или метаболическими нарушениями миокарда. Ишемические ЭКГ-критерии у больных с МАС встречаются достаточно редко, что создаёт диагностические трудности и может привести к неправильному выбору тактики ведения таких больных.

Цель исследования: изучить электрокардиографические изменения, связанные с малыми аномалиями сердца, на примере клинического случая.

Материалы и методы исследования. Больная Н., 16 лет, поступила с жалобами на учащенное сердцебиение, чувство нехватки воздуха, на колющие боли с лева от грудины. Из анамнеза с детства девочка жаловалась на тахикардию. Четыре года назад впервые госпитализирована по причине внезапной потери сознания, установлен диагноз синдрома вегетососудистой дистонии. Проводилась терапия седативными и метаболическими препаратами. За последние три года состояние ухудшилось: сохранялось сердцебиение и перебои в работе сердца. При поступлении состояние пациентки было относительно удовлетворительным. Объективно: ребёнок астенического телосложения, удовлетворительного питания. Отмечалась асимметрия грудной клетки: левосторонняя выпуклость и умеренный грудной кифосколиоз. Кожа бледная, сухая. При пальпации паравerteбральных точек в нижнегрудном отделе позвоночника отмечалась болезненность. Частота дыхания – 20 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, на верхушке выслушивался систолический щелчок. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 105 в минуту, артериальное давление (АД) – 120/70 мм рт. ст. Печень и селезёнка не увеличены, пальпировался нижний полюс правой почки. Для уточнения диагноза были проведены инструментальные исследования, включающие электрокардиографию (ЭКГ), велоэргометрию (нагрузочная проба), холтеровское мониторирование ЭКГ.

Результаты исследования. На ЭКГ выявлено увеличение левого предсердия, умеренная нагрузка на левый желудочек, а также диффузные изменения миокарда. Ритм синусовый, частота сердечных сокращений (ЧСС) – 105 ударов в минуту. Нагрузочная проба (велоэргометрия) показала горизонтальную депрессию сегмента ST до 1,0–3,0 мм в сочетании с изменением зубца T во II, III, aVF, V3 – V6 отведениях на третьей ступени нагрузки (150 Вт). Холтеровское мониторирование ЭКГ выявило синусовый ритм с ЧСС от 39 до 135 ударов в минуту. Средняя ЧСС днём составила 63 уд/мин, ночью – 47 уд/мин, минимальная ЧСС ночью – 39 уд/мин. Циркадный индекс составил 1,34. При физических нагрузках регистрировалась депрессия сегмента ST в I и II стандартных отведениях до 3 мм и инверсия зубца T в III отведении на фоне максимального увеличения ЧСС. Оценка пригодности к физическим нагрузкам была признана сомнительной в связи с повышенным риском внезапной сердечной смерти у пациентов с малыми аномалиями сердца. Пациентке была рекомендована метаболическая терапия (магний, ранолазин, мексидол) и диспансерное наблюдение у кардиолога.

Выводы. Описанный клинический случай показывает, что для стратификации рисков у пациентов с малыми аномалиями сердца и диспластическими изменениями необходимы

дальнейшие клинические наблюдения. Исследование патоморфологических изменений миокарда при синдроме дисплазии соединительной ткани остаётся актуальным для предотвращения осложнений и улучшения качества лечения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН

Баймуратова Г.А., Жалекеева П.А.

**Медицинский институт Каракалпакстана.
Министерство здравоохранения Республики Каракалпакстана**

Актуальность. В Каракалпакстане остаётся важным разработать стратегию первичной профилактики заболеваний мочевой системы, основанную на раннем выявлении факторов риска, которые проявляются на индивидуальном, семейном и общественном уровнях. Кроме того, за последние годы наблюдается увеличение числа патологий почек среди детей в общей структуре хронических заболеваний, особенно связанных с поражениями органов мочевой системы.

Цель исследования: анализ заболеваемости мочевой системы у детей, в условиях Каракалпакстана.

Материал и методы. Было проведено исследование эпидемиологии заболеваний органов мочевой системы среди детского населения в республике Каракалпакстан. Для этой цели в период с 2019 по 2023 год была проведена оценка общей распространенности указанной патологии, её структуры и нозология заболеваемости. Были проанализированы амбулаторные карты (форма № 112) 2042 детей в возрасте от 1 года до 18 лет, проживающих в Республике Каракалпакстан.

Результаты исследования. Мониторинг заболеваний органов мочевой системы в данном регионе показал, что за период в 5 лет произошло увеличение их распространенности вдвое. За период наблюдения выявлен значительный рост первичной заболеваемости мочеполовой системы: в 2020 году - на 6,2%, в 2021 году - на 7,7%, в 2022 году - на 8,4%, а в 2023 году - на 10,9%. Ежегодный прирост заболеваемости в регионе в среднем составил 3,6%. Среди аналогичных классов патологии - микробно-воспалительные заболевания, дисметаболические нефропатии и врожденные пороки развития органов мочевой системы, которые в совокупности обуславливают более 90% нефрологической заболеваемости.

Сочетание воспалительных заболеваний мочевых путей и гениталий у девочек наблюдается с частотой от 52,5%. Помимо перечисленных заболеваний, упомянутых выше, в рамках эпидемиологического исследования были выявлены и другие распространенные почечные проблемы, такие как аномалии развития мочеполовой системы, кисты почек, энурез и прочие. В общей сложности, сопутствующие наиболее значимые заболевания были зафиксированы у детей из числа обследованных ($42,0 \pm 0,6$ на 1000 обследованных).

Загрязнение окружающей среды значительно влияет на эпидемиологию нефропатий. В регионе с неблагоприятной экологической обстановкой отмечается резкое увеличение распространенности и нефрологической заболеваемости, в основном за счет врожденной патологии и дисметаболических нефропатий.

Заключение. Существенное значение в проведении обследования мочеполовой системы у детей имеет привлечение первичного звена здравоохранения (врачей общей практики) как наиболее приближенного к обследуемому контингенту и имеющего возможность осуществления ранней диагностики патологии почек у детей.

СКРИНИНГ И ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДО 6 ЛЕТ

Баймуратова Л.К., Жиемуратова Г.К.

Медицинский институт Каракалпакстана.

Нукусский филиал Института иммунологии и геномики человека АН РУз

Актуальность. Психомоторное развитие детей является важным показателем, отражающим их психическое и физическое здоровье. Расстройства нервной системы, речи и психики являются основной причиной социальной дезадаптации детей. Среди всех случаев детской инвалидности на поражения нервной системы приходится около 50%, при этом в 75% случаев они обусловлены перинатальными факторами

Цель исследования: оценить скрининговые тесты для своевременного выявления нарушений психомоторного развития у детей, проживающих в регионе Приаралье.

Материал и методы. В исследование включены данные детей, проходившие плановую диспансеризацию в поликлиниках и дошкольных учреждениях, родившихся и проживающих в регионе Приаралья. Для оценки НПП детей из общего числа обследованных детей выбрано 720 детей в возрасте от 1 года до 6 лет. Для выявления особенностей нервно-психического развития (НПП) детей, применяли Денверский тест («DENVER-II» тест) упрощённой модели.

Результаты исследования. Среди обследованных 720 детей от 1 года до 6 лет нормальное НПП имели 86,8% детей, задержка нервно-психического развития выявлена у 13,2% детей.

Исследование по Денверскому тесту выявило общее отставание нервно-психического развития по сравнению с возрастными нормативами у детей 1 года жизни - 10,1 %, 2 года - 8,9 %, 3 года - 16,2%, 4 года - 11,4%, у 5 летних - в 7,8% и у 6 летних детей в 14,1 %. Полученные результаты показали, что отставание НПП у обследованных детей влияет на формирование когнитивных, речевых функций, моторных навыков, социально - эмоциональной сферы и адаптивного поведения. Наибольшее отставание в НПП обнаружено у детей 3 и 6 лет.

Дети с задержкой и сомнительным развитием были выделены нами в группу риска по формированию стойкого когнитивного дефицита. Родители детей из группы риска были дополнительно проинформированы о необходимости использования развивающих игр для формирования мелкой и крупной моторики, а также было рекомендовано проведение дополнительных занятий с нейропсихологом, логопедом-дефектологом.

Учитывая все вышесказанное, наблюдение и обследование детей с неблагоприятными факторами в перинатальном периоде требуют особого внимания. Эти данные послужили толчком для принятия мер по улучшению выявления задержек уровня развития ребёнка с использованием специальных тестов, объективной оценки развития ребёнка, что обеспечивает доказательное обоснование индивидуальных темпов развития.

Заключение. Оценка психомоторного развития, позволяет прогнозировать исход перинатальных поражений в течение первых лет жизни ребёнка, а также наметить подходы к разработке эффективных методов лечения и реабилитации детей с учётом компенсаторных возможностей головного мозга.

РАХИТ КАСАЛЛИГИ УЧРАШ ЧАСТОТАСИ ВА УНИ ЗАМОНАВИЙ ПРОФИЛАКТИКА ПРИНЦИПЛАРИ (Қашқадарё вилоят мисолида)

Бахриддинова М.Қ., Раҳмонов У.Ш.

Қашқадарё вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази

Мавзунинг долзарблиги. Эрта ёшдаги рахит нафақат педиатрик, балки тиббий-ижтимоий муаммодир. Рахитнинг асосий сабаби витамин Д етишмовчилигидир. Витамин Д етишмовчилиги шу жумладан бола организмнинг иммун тизимига ҳам таъсир қилиб, интерлейкин 1,2, синтези бузилишига, интерферон ишлаб чиқарилиши сусайишига ва тез –тез респиратор касалликлар билан касалланишга олиб келади. Витамин Д етишмовчилиги натижасида кальций, фосфор, магний абсорбцияси пасайиши, ошқозон-ичак трактида, 12 бармоқ ичакда ва билиар трактда патологик ҳолатлар келиб чиқиши кузатилади. Эрта ёшли бола организми рахит ўтқизадиган бўлса, унинг кейинчалик ўсиш ва ривожланишида салбий таъсир қилиши ва асоратлар бир умрга қолиши мумкин.

Текшириш мақсади. Рахит касаллигини янги туғилган чақалоқлар ва эрта ёшдаги болаларда учраш частотасини аниқлаш ва замонавий профилактик тавсиялар ишлаб чиқиш.

Текшириш усули ва материали. Қашқадарё ВБКТТМ неонатология бўлимида 30 та 2 ойгача бўлган ва эрта ёшдаги болалар патологияси бўлимида 30 та 1 ёшгача бўлган болалар тарихи ретроспектив усулда ва статистик таҳлили ўтказилди. Улардан олинган маълумотлар касаллик тарихи, анамнестик суровлар, клиник кўрик ва ва лаборатория таҳлилалари асосида ўрганилди. Тадқиқотда ҳар бир бола учун махсус маълумотлар базаси тузилиб, Вит Д концентрацияси, кальций ва фосфор моддалари даражаси таҳлил қилинди. Шу билан бирга болаларнинг овқатланиши, оналардаги витамин Д ҳолати ва бошқа омилларнинг таъсири ҳам ўрганилди.

Тадқиқот натижалари. Текширув натижасига кўра, Қашқадарё вилоятидаги 1 ёшгача бўлган болалар орасида рахит касаллиги учраш частотаси 27 % ни ташкил этганлиги аниқланди. Тадқиқот давомида маълум бўлишича, витамин Д етишмовчилиги 75 % болаларда аниқланди, 24 % болаларда клиник белгилар яққол ривожланган рахит ривожланган.

Хулоса ва тавсиялар. Хулоса қилиб айтадиган бўлсак рахит касаллиги ҳанузгача бошқа давлатларда бўлгани каби Ўзбекистонда ҳам долзарб бўлиб қолмоқда. Қашқадарё вилоятидаги тадқиқот натижаларига кўра рахит касаллиги билан касалланиш юқори даражада сақланиб келмоқда ва бунинг асосий сабаби витамин Д етишмовчилигидир. Шунингдек, ҳомиладорлик даврида аёлларда витамин Д қабул қилишни янада кучайтириш, шунингдек янги туғилган чақалоқларга ҳам витамин Д supplementation дастурларини амалиётда кенг қўллаш зарур. Болаларга сунъий озикланиш ўрнига она сути балан озикланишни тавсия қилиш ва профилактика дастурларини янада кучайтириш орқали рахит касаллиги кўпайишини олдини олиш ва болалар саломатлигини яхшилашга эришиш мумкин.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Бердиева Х.У. Садикова Г.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В детской неврологии одним из наиболее часто встречающихся вариантов нервно – психических расстройств принято считать задержку речевого развития

(ЗРР). Речевая деятельность у детей отличается своей высокой уязвимостью, а её расстройства обладают целым рядом существенных медико-социальных последствий. Вопросы по речевым нарушениям у детей в настоящее время имеет особенную актуальность среди специалистов различных областей. Это связано с неуклонным нарастанием данной патологии и с проблемами её своевременной и адекватной диагностики. Отсутствие достаточного количества комплексных научных трудов с сопоставительным анализом клинико-анамнестических данных, нейропсихологических результатов, нейрофизиологических параметров и показателей нейровизуализации, кроме того полное отсутствие проспективных исследований, демонстрирующих изменения детского головного мозга в динамике, с пониманием многокомпонентного, многоуровневого механизма ЗРР у детей, бесспорно оказывает воздействие на качество терапевтико-коррекционного и реабилитационного процесса.

Цель исследования: определить степень выраженности нарушений речи у детей с функциональными и органическими изменениями головного мозга.

Материалы и методы исследования. Согласно predetermined цели, нами было обследовано – 90 пациентов в возрасте от 3 до 7 лет. Все пациенты, были разделены на две группы В I-группу вошли – 45 (50%) детей с отклонениями в речевом развитии по типу ОНР-второго уровня на фоне синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), II-группу составили пациенты – 45 (50%) с задержкой речевого развития по типу ОНР второго уровня на фоне резидуального поражения (РП) головного мозга. Группа контроля – 15 детей, была сформирована из лиц без каких-либо нарушений речи, соразмерных по полу и возрасту.

Результаты исследования. По результатам исследования коэффициент формирования речевых навыков в группе пациентов с СДВГ составлял – $24,9 \pm 3,9$. Что касается пациентов с резидуально-органическим поражением головного мозга, то их коэффициент речевого развития равнялся – $17,7 \pm 6,7$. Эти результаты были несколько ниже, по отношению пациентов группы СДВГ, что демонстрировало более выраженные отклонения функций или структур головного мозга разного генеза. В результате оценки коэффициента речевого развития в зависимости от группы пациентов, нами были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, полученные нами по ходу исследования результаты указывают на неоднородность расстройств формирования речи с учётом клинико-неврологического варианта отклонений. В группе пациентов с СДВГ обнаруживались расстройства грамматической правильности, внутренней речи и коммуникативной деятельности речи. У детей с РП преобладают отклонения формирования навыков вербального и логического мышления, контроля когнитивных процессов.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ МИКСТ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ

Валиева Н.К., Иноятова Ф.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии

Целью исследования изучение факторов развития неблагоприятного исхода хронических вирусных микст гепатитов у детей.

Методы исследования. Под наблюдением находилось 247 детей, больных ХВМГ в возрасте от 5 до 18 лет. Длительность заболевания в среднем $7,5 \pm 1,5$ лет. Обнаружение HBV-DNA, HCV-RNA, HDV-RNA осуществляли методом ПЦР с гибридизационно-флуоресцентной детекцией в режиме «real-time» на амплификаторе «BIO-RAD iQ5» (USA)

с использованием наборов “АмплиСенс[®] HBV-FL, HCV-FL, HDV-FL” (Россия), термоциклер фирмы «Eppendorf» «Master Cycler 5415» (Германия). Диагноз ХВМГ устанавливался методами УЗИ, доплерографии и эластографии печени.

Результаты исследования. Среди обследованных больных сочетанной В+С+D-инфекцией было 57 (23,1%) детей, В+D – 52 (21,1%) детей и В+С-инфекцией 78 (34,6%) детей. Остальные больные были хроническим моногепатитом HBV 30 (12,1%) и HCV 30 (12,1%) детей. При последовательности инфицирования вирусами показал, что в случае В+С-инфекции 67,9% детей первично заражались HBV, а затем HCV, остальные дети имели обратную связь, т.е. сначала HCV затем HBV. При тройной инфекции последовательность заражения с вариантом В+С+D вирусов регистрировалась у 64,9% детей, другие варианты как В+D+С - у 29,8% детей и С+В+D инфицирования у 5,2 % больных детей. При изучении эпидемиологического анамнеза показал, что свидетельствовало о превалировании постинъекционного пути инфицирования (39,3), переливаний крови и ее препаратов (34,4%), посещений стоматолога (22,7%), хирургических вмешательств (12,9%) и наличие вирусного гепатита у члена семьи (18,2%). Анализ молекулярно-биологической структуры вирусов показал, что при В+С у 68 детей с HBV/HCV (+) у 69,1% больных определялись высокие титры вирусной нагрузки HBV-DNA в пределах 10^7 - 10^8 копий/мл. При В+С+D инфекции у детей с HBV (+) в 73,3% случаев отмечались высокие титры HBV-DNA (10^6 - 10^8 копий/мл). В HCV(+) случаях у 74,1% больных превалировала вирусная нагрузка HCV-RNA (10^5 - 10^7 копий/мл). Что касается HDV-инфекции, у детей с HDV(+) в 57,8% случаях определялись высокие титры HDV-RNA в пределах 10^5 - 10^7 копий/мл. При моноинфекции HBV и HCV вирусная репликация находилась в пределах допорогового уровня репликации (до 10^3 - 10^4 копий/мл и 10^2 - 10^3 копий/мл соответственно) что свидетельствовало об относительно «мягком» течении заболевания. Развития неблагоприятных исходов показал, что к концу наблюдения прогрессирование патологического процесса в печени с развитием ЦП зарегистрировано у детей с хронической В+С+D – 49,1% и В+D- 44,2% больных, В+С – инфекции – у 27,5% детей с выраженной активности отмечался переход в ЦП.

Вывод. Таким образом, наиболее частой причиной к прогрессирующему течению ХВМГ с частым формированием цирроза печени, в основном в исходе В+С+D и В+D инфекции зависит от учета фазы вирусной активности и давности заболевания.

ЭРТА БОЛАЛИК ДАВРИДА ЭПИЛЕПТИК ЭНЦЕФАЛОПАТИЯНИНГ ИММУНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Вафоева Г.Р., Саидходжаева С.Н.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Эпилептик энцефалопатия (ЭЭ) – бу, миядаги электрогенез жараёни ўзгариши натижасида, мия функциясининг бузилиши ҳисобланади. Бунда эпилептик жараён миянинг прогрессив функциясининг бузилишига олиб келади. Ушбу касаллик болаларнинг нафақат жисмоний фаолиятига балки ақлий-психологик ривожланишига ҳам тўсқинлик қилади.

Тадқиқотнинг мақсади. Эпилептик энцефалопатия ривожланиш патогенезида иммунологик параметрларнинг диагностика ролини аниқлаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Иммунологик тадқиқот 3 ёшгача бўлган эпилептик энцефалопатия билан оғриган 72 нафар беморни қамраб олди. Беморлар 2 гуруҳга бўлинган: 1-гуруҳга 1-тип эпилептик энцефалопатия билан оғриган 35 нафар бемор; 2-гуруҳ эпилептик энцефалопатия 2 тип бўлган 37 нафар бемордан иборат еди. Назорат гуруҳи 20 нафар соғлом кўнгиллилардан иборат эди. Яллиғланишга қарши цитокинлар (IL-1, IL-10, TNF-α) даражаси иммунологик таҳлил билан ўлчанди.

Тадқиқот натижалари. 1-гурӯҳдаги беморларда IL-1 даражаси $9,13 \pm 0,73$ пг/мл ($P < 0,001$), 2-гурӯҳда – $7,31 \pm 0,74$ пг/мл, назорат гуруҳидан ишончли фарқланган ($P < 0,05$). 1-гурӯҳдаги беморларда IL-10 даражаси $10,53 \pm 1,55$ пг/мл, 2-гурӯҳда еса $14,98 \pm 0,97$ пг/мл ($P < 0,001$) ни ташкил етди. 1-гурӯҳдаги беморларда TNF- α даражаси назоратдан ишончли фарқ қилди. Шундай қилиб, 1-гурӯҳдаги беморларда бу кўрсаткич $6,18 \pm 0,05$, 2-гурӯҳда – $5,7 \pm 0,05$ пг/мл, назорат гуруҳида $-4,89 \pm 0,08$ пг/мл ($P < 0,001$) ни ташкил етди.

Хулоса. Аутоиммун жараён эпилептик энцефалопатия патогенезида етакчи ўринни эгаллайди ва бу кўрсаткичлар бу касалликнинг сурункали хусусиятга эга эканлигини исботлайди. Эпилептик энцефалопатиянинг I тури II типга қараганда оғирроқ бўлиб, ундаги иммунологик ўзгаришлар касалликнинг клиник синдромларига қараб ўзгаради ва бу тўғри ташхис қўйиш ва клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини қўйишга ёрдам беради.

АНАЛИЗ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Восиев Ж.Ж., Раупов Ф.С., Аслонов А.А.

Бухарский государственный медицинский институт
Бухарский областной многопрофильный детский медицинский центр

Актуальность. Хирургическая коррекция врожденных патологий у новорожденных остается серьезной проблемой современной неонатальной хирургии.

Цель: анализ некоторых результатов хирургического лечения врожденных патологий органов брюшной полости у новорожденных.

Материал и методы. Нами были проанализированы данные обследования и лечения 46 больных с врожденной патологией органов брюшной полости, у новорожденных получившие хирургическое лечение в отделении неонатальной хирургии. При анализе распределении больных по гендерному признаку большинство больных составили мальчики - 67 (56,8%), девочек - 51 (43,2%). Изучение акушерского анамнеза показало, что у 34 (28,8%) новорожденных был отягощенный акушерский анамнез, 37 (31,4%) новорожденных были недоношенными, множественные пороки развития выявлено у 27 (22,9%) больных. Своевременное обращение новорожденных с патологиями хирургического профиля в специализированные центры имеют немаловажную роль в организации и оказании целенаправленной, специализированной медицинской помощи. Изучение данных по срокам госпитализации в специализированный стационар показало, что в первые 2 суток жизни новорожденные из отдаленных районов поступили в 74 (62,7%) случаях, остальные 44 (37,3%) новорожденные поступали на 3 сутки и позднее от момента рождения.

Результат и обсуждения. На основании клинико - лабораторных, рентгенологических исследований, высокая форма кишечной непроходимости установлена у 26 (22,0%) новорожденных, при этом в 4-х (8,7%) случаях регистрировали летальный исход. Низкая кишечная непроходимость диагностировали у 33 (28,0%) больных и в 17-х (14,5%) случаях отмечалось летальность. Врожденный пилоростеноз, проявлялся ярким рвотным синдромом, диагностировано у 29 (24,7%) прооперированных новорожденных, диафрагмальная грыжа установлена у 6 (5,1%) случаев, из них в двух (1,7%) случаях произошло exitus letalis. Язвенно-некротизирующий энтероколит (ЯНЭК), осложнившиеся перитонитом диагностировано у 6 (5,1%) новорожденных, при этом в 3-х (2,5%) случаях спасти жизнь этой категории новорожденных больных не удалось. Омфалоцеле малых и средних размеров прооперированы в 5 (4,2%) случаях, в одном (0,8%) случае исход операции была неудачным. Спаечная кишечная непроходимость как послеоперационное осложнения

диагностировали у 4 (3,4%) проперированных новорожденных. Киста брюшной полости и гастрошизис выявлена в 3-х (2,5%) случаях, киста яичника диагностирована в 2-х (1,7%) случаях.

Тактика лечения при высокой кишечной непроходимости (ВКН) определялась в зависимости от выявленной патологии. Синдром Ледда диагностировали 12 (10,2%) случаях, которые прооперированы с удачным исходом. Мембранозная форма атрезии 12-перстной кишки обнаружено у 3-х (2,5%) больных, которым произвели дуоденотомию с циркулярной мембранотомией. Кольцевидная поджелудочная железа выявлена в 4-х (3,4%) случаях, так как операцией выбора в этих случаях является наложение физиологического дуодено - дуоденоанастомоза, которого удалось осуществить в 2-х – (1,7%) случаях с удачным исходом. В остальных 2-х (4,3%) случаях диастаз между сегментами был значительный и не позволял сопоставить приводящие и отводящие петли, и у данных больных выполнен обходной дуодено - еюноанастомоз. К сожалению, оба случая оказались неудачными. Интересным был факт установления мембранозной формы удвоения желудка в 2-х (1,7%) случаях, которая дала клинике высокую кишечную непроходимость, для устранения которого пришлось выполнить операцию – гастротомия, циркулярная мембранотомия с последующей гастропластикой. Гиперфиксация и перегиб начального отдела тощей кишки в области «Трейцовой» связки устранили путем разъединения врожденных спаек. В 5 (4,2%) случаях, у новорожденных с клиникой ВКН интраоперационно обнаружено острая форма врожденного пилоростеноза, которым пришлось осуществить надслизистую пилоромиотомию по Фред-Рамштедда с благоприятным исходом. Кроме того, в плановом порядке врожденный пилоростеноз диагностировано у 29 (24,5%) новорожденных с удовлетворительным результатом. С клиникой низкой кишечной непроходимостью (НКН) диагностировано 33 (28,0%) случаев, у 13 (11,1%) случаях исход лечения был неудачным. У 4-х (3,4%) больных с НКН причиной обструкции была спайки на фоне перенесенного язвенно - некротического энтероколита, а у одного больного прооперировали с острой формой болезни Гиршпрунга, причиной которого был тотальный аганглиоз толстой кишки (болезнь Зульцера - Вильсона), после резекции толстой кишки пришлось накладывать терминальную илеостому, из-за наличия перитонита. В послеоперационном периоде на 3 сутки, наблюдался летальный исход. Клиника мекониевого илеуса обнаружено у одного больного, из-за наличия признаков мекониевого перитонита вследствие перфорации приводящей петли больному пришлось наложить илеостому. Абсолютными показаниями к выведению стомы были случаи атрезии толстой кишки и атрезии подвздошной кишки на фоне перфорации и перитонита. Объем резекции зависел от уровня атрезии и выраженности вторичных изменений в атрезированном сегменте.

Вывод. Своевременное обращение новорождённых с подозрением на хирургическую патологию в специализированные медицинское учреждение положительно влияют на исход лечения. Наиболее частыми осложнениями операций в брюшной полости у новорожденных являются послеоперационный перитонит и спаечная болезнь.

СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ

Гаджиева А.С., Насибова С.Н.

Научно-исследовательский институт педиатрии имени К. Я. Фараджовой, г Баку, Азербайджан

Актуальность. Гормон роста (ГР) – основной гормон, стимулирующий линейный рост. Ростстимулирующий эффект ГР опосредован соматомединами и инсулиноподобными факторами роста (IGF-1). В данном исследовании изучался гормональный статус низкорослых детей, родившихся недоношенными.

Цель исследования: оценить гормональный статус у детей дошкольного возраста, родившихся недоношенными, у которых выявлена задержка физического развития.

Материалы и методы исследования. В обследовании приняли участие 108 детей. Дети разделены на 3 группы. В основную I группу были вошли 57 недоношенных детей, в группу сравнения (II группа) — 31 доношенных детей. В контрольную группу включены 20 недоношенных детей с нормальным физическим развитием. Возраст детей основной группы составил $3,9 \pm 0,20$, группы сравнения - $4,2 \pm 0,19$. Каждая группа была разделена на 2 подгруппы. В подгруппу А вошли дети, родившиеся с массой тела, соответствующей гестационному возрасту, в подгруппу Б были выделены дети, рожденные с низкой массой тела для гестационного возраста. У детей исследовали уровень ТТГ, свободного Т4, утреннего кортизола, IGF-I, IGFBP3, соматотропного гормона. ТТГ и свободный Т4 измеряли методом замедленной люминесценции.

Результаты исследования и их обсуждение. У детей, включенных в обследование, уровень ТТГ составил $6,7 \pm 3,87$ МЕ/мл у детей, включенных в группу IA, и $3,4 \pm 0,67$ МЕ/мл в группу IB. Как видно, ТТГ был повышен в обеих группах, и между группами наблюдалось статистически значимой разницы. Установлено, что уровень свТ4 составил $5,3 \pm 1,32$ пмоль/л у детей IA группы и $14,0 \pm 2,51$ пмоль/л у детей IB группы. У детей IB группы уровень св.Т4 был в 3 раза выше, чем в IA группе а разницы между показателями составила $p=0,0125$ соответственно. ТТГ в группы II А и II Б, составлял $2,7 \pm 0,30$ МЕ/мл и $3,9 \pm 1,08$ МЕ/мл соответственно, отличалась от контрольной группы и составила $p=0,0040$. Соматотропного гормона (СТ) у детей I А группы он составлял $1,8 \pm 0,45$ нг/мл, у детей II А группы - $0,6 \pm 0,25$ нг/мл. Уровень СТ у детей, включенных в группу IB, составил $4,0 \pm 2,77$ нг/мл, а у детей группы II Б - $0,56 \pm 0,67$ нг/мл. Его уровень у детей, включенных в основную группу, был в 3 раза выше, чем в группе сравнения. Несмотря на высокий уровень СТ у этих детей, чувствительность тканей к нему, по-видимому, была низкой. Установлено, что уровень IGF1 составил $53,7 \pm 5,99$ нг/мл у детей группы I А и $57,2 \pm 17,47$ у детей группы I Б, разницы между группами не наблюдалось. У детей, включенных в контрольную группу, этот показатель находился на уровне $216,9 \pm 17,82$ нг/мл и достоверно отличался от показателей детей I А и I Б групп, $p=0,0000$. IGF1 составлял $85,5 \pm 11,55$ нг/мл в группе IA и $110,1 \pm 33,96$ нг/мл в группе IB и был в 2 раза ниже, статистически отличался от контрольной группы и составлял $p=0,0000$. Уровень IGFBP-3 включенных в группу I А, и составил $1,6 \pm 0,41$ нг/мл, а у детей, включенных в группу II А, он составил $13,9 \pm 12,77$ нг/мл. Как видно, уровень IGFBP-3 у детей, включенных в группу сравнения II А, был во много раз выше, чем в группе I А.

Вывод. Как видно из исследования, высокий уровень ТТГ и низкий уровень св.Т4 у детей не были причиной изолированной низкорослости. IGF-1 у обследованных детей, находился на низком уровне во всех группах. В результате проведенных стимуляционных тестов уровень соматотропина не повышался до последних минут. Все это указывает на то, что причина задержки физического развития у детей обусловлена гормональными

нарушениями, в связи с чем необходимо вовремя начать гормональное лечение для устранения этой проблемы.

РОЛЬ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ КАК ФАКТОРА РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Гаджиева Н.Н., Ахундова А.А., Сеидбекова Ф.О., Мамедова Н.В.

Азербайджанский Медицинский Университет. Баку, Азербайджан

Актуальность. В последние годы активно изучаются механизмы влияния кесарева сечения на развитие аллергии у детей и клинико-иммунологические проявления заболевания. Согласно «гигиенической» теории, снижение антигенной нагрузки за счет микроорганизмов способствует развитию аллергии. Во время естественных родов физиологическая контаминация ребенка микрофлорой матери значительно снижает вероятность возникновения аллергии. При родах путем кесарева сечения задержка колонизации бактериями приводит к изменениям в балансе Th1- и Th2-клеток, что способствует развитию аллергии.

Цель исследования заключалась в оценке влияния родов путем кесарева сечения на клинические и иммунологические проявления аллергии у новорожденных.

Материалы и методы. Для определения роли перинатальных факторов риска в формировании аллергии в исследование было включено 414 новорожденных (гестационный возраст 38-42 недели). Из них 256 детей (67,3%) с развившимся атопическим дерматитом родились путем кесарева сечения, а 158 (32,7%) – естественным путем.

Результаты исследования. Исследование показало, что рождение путем кесарева сечения имеет значительное значение в развитии атопии ($p_{ku} = 0,047$). Анализ результатов показал, что тяжелый атопический дерматит чаще встречался среди детей, родившихся путем кесарева сечения ($p_{ku} = 0,106$). Хотя статистически значимой разницы не было, этот перевес указывает на значительную задержку колонизации бактериями слизистых оболочек новорожденных в интранатальном периоде. Роды путем кесарева сечения характеризовались дисадаптацией иммунной системы в ранний постнатальный онтогенез. Согласно результатам исследования, у детей, родившихся путем кесарева сечения, частота кандидоза слизистой оболочки ротовой полости ($p_{ku} = 0,024$), дисхезии ($p_{ku} = 0,016$), срыгивания ($p_{ku} = 0,019$), функциональных запоров ($p_{ku} = 0,057$), контактного дерматита ($p_{ku} = 0,038$), поверхностного сна ($p_{ku} = 0,055$), аллергического ринита ($p_{ku} = 0,06$) была статистически значимо выше по сравнению с детьми, родившимися естественным путем. Характерное для аллергических заболеваний шумное дыхание ($p_{ku} = 0,001$) в 2 раза чаще встречалось у детей, родившихся путем кесарева сечения, что свидетельствует о дисрегуляции клеток иммунной системы и о некоторой напряженности адаптационного периода. Так, при первом контакте детей, родившихся путем кесарева сечения, с микробиотой матери не происходит адекватной стимуляции TLR (рецепторов, похожих на Toll), что нарушает дифференциацию Th1-эффекторных клеток. Это, в свою очередь, снижает количество провоспалительных цитокинов, стимулирующих TLR1/2, способствует миграции бактериальной колонизации в дыхательные пути и развитию инфантильного шумного дыхания в грудном возрасте.

Выводы. Таким образом, вышесказанное указывает на то, что у детей, родившихся путем кесарева сечения, первичная колонизация кишечника происходит не за счет микрофлоры матери, а за счет бактерий, находящихся на перчатках медицинского персонала и медицинском оборудовании, попадающих в ротовую полость и пищеварительную систему новорожденного. Задержка поэтапного развития естественного

микробиоценоза способствует усилению воздействия IgE и формированию тяжелых аллергических процессов.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ГЕМОГЛОБИНОПАТИИ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Гараева С.З., Гасангулиева Г.М., Новрузова Г.А., Рзаева З.Р.

Азербайджанский Медицинский Университет. Баку, Азербайджан

Актуальность. Внутриутробная задержка развития является одним из основных последствий беременности женщин, носителей наследственных гемоглобинопатий связанное с возможностью сосудистого застоя в маточно-плацентарном кровотоке.

Цель исследования: изучение взаимосвязи клинических вариантов задержки внутриутробного развития ребенка с наследственными гемоглобинопатиями.

Материалы и методы. Были исследованы 103 доношенных новорожденных детей с задержкой внутриутробного развития (основная группа), среди них 50 детей – с симметричным вариантом и 53 ребенка – с асимметричным вариантом. Для диагностики наследственных гемоглобинопатий использовали один из разновидностей электрофореза – метод аналитического изоэлектрофокусирования (ИЭФ) гемоглобинов.

Результаты исследования. Из 16 детей с гемоглобинопатиями десять были выявлены в группе с симметричным вариантом заболевания, фенотипические частоты которых для гетерозиготного носительства бета-талассемии β -T/N составила $8,0 \pm 3,84\%$, альфа-талассемии α -T/N – $2,0 \pm 1,98\%$, гена серповидноклеточности HbS/N – $2,0 \pm 1,98\%$, гомозиготной формы β -T/ β -T – $4,0 \pm 2,77\%$, компаундной формы бета-талассемии и гена серповидноклеточности β -T/HbS – $2,0 \pm 1,98\%$. Отношения шансов в этой группе данных форм патологии крови распределились в следующем порядке: β -T/ β -T 5,21 (95% ДИ: 0,24 – 111,2), β -T/N 4,26 (95% ДИ: 0,46 – 39,54), при HbS/N и β -T/HbS равные ОШ=3,06 (95% ДИ: 0,12 – 76,95), α -T/N 2,04 (95% ДИ: 0,18 – 23,27). В группе с асимметричным вариантом ЗВУР отмечались гетерозиготное состояние α -талассемии – $1,89 \pm 1,87\%$ (ОШ=0,94; 95% ДИ: 0,06 – 15,48) и гена серповидноклеточности – $1,89 \pm 1,87\%$ (ОШ= 2,89; 95% ДИ: 0,11 – 72,50), β -талассемии – $7,55 \pm 3,63\%$ (ОШ=4,0; 95% ДИ: 0,43 – 37,08). Частоты гена соответственно составили при α -T/N – 0,0047 в долях ед, β -T/N – 0,0400 в долях ед, HbS/N – 0,0094 в долях ед. Частоты фенотипа и гена гемоглобинопатий, в среднем, почти в два раза были больше в группе детей с симметричным вариантом ЗВУР в сравнении с асимметричным вариантом.

Вывод. Таким образом, у детей с симметричным вариантом ЗВУР отмечалась высокая доля фенотипической частоты гемоглобинопатий в сравнении с асимметричным вариантом. Проведенные исследования подтверждают высокий риск наследственных гемоглобинопатий при симметричном варианте задержке внутриутробного развития.

ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОРОДНОГО СТАТУСА КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СЕПСИСЕ

Гасимова Е.А.

НИИ Педиатрии имени К. Фараджевой, г.Баку, Азербайджан

Актуальность. Неонатальный сепсис, является актуальной проблемой современной неонатологии, особенно остро эта проблема затрагивает отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Решению проблемы сепсиса новорожденных

посвящены многочисленные исследования, но тем не менее некоторые вопросы все еще не нашли ответа и требуются дальнейшие исследования в этом аспекте. Изменение показателей кислородного статуса крови при неонатальном сепсисе недостаточно изучены, что и явилось причиной проведения данного исследования.

Цель исследования: изучить изменение некоторых показателей кислородного статуса крови у новорожденных с сепсисом.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 35 новорожденных, 15 из них с ранним и 20 новорожденных с поздним сепсисом. Диагноз сепсис был основан на наличии клинико-лабораторных признаков системного воспалительного ответа, результатов бактериологического исследования крови и др. биологических жидкостей организма. Показатели кислородного статуса крови (индекс оксигенации (OI), уровень лактата, p50(a), pO₂, pCO₂) оценивали в анализах газов крови, полученных на анализаторе RAPIDPoint 500e фирмы Siemens.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было установлено, что возраст детей в среднем составил (M) - 2,1±1,1, (Me)-1 день; средний гестационный возраст (M)-34,8±2,9, (Me)-37 нед., средняя масса тела (M) - 2135,0±93,0 гр., (Me)-2560 гр. У новорожденных средний показатель OI составил (M) - 287,0±103,0, (Me)-312; уровень лактата был (M) - 7,1±1,1 ммоль/л, (Me)-5,4 ммоль/л; p50(a) составил - 17,0±3,0 mmHg, (Me)-19,8 mmHg, что свидетельствовало о нарушении тканевой перфузии и наличии у детей с сепсисом глубокой тканевой гипоксии.

Вывод. Таким образом, изменения показателей кислородного статуса крови можно считать ранним диагностически значимым показателем нарушения перфузии у новорожденных с сепсисом, что имеет важное значение для коррекции проводимой терапии.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ H.PYLORI ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Гидаятова Л.А., Мамедова Ф. М., Тагизаде Т.Г., Гасанова Н. С., Сафарова И. А.

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджанская Республика

Актуальность. В настоящее время одной из актуальных проблем детской гастроэнтерологии является изучение распространённости гастроэзофагальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у детей. Особый интерес представляет связь H. pylori инфекции с распространённостью и степенью тяжести ГЭРБ у детей.

Цель исследования: целью нашего исследования было изучение влияния степени колонизации H. pylori инфекции на эндоскопическую картину ГЭРБ у детей.

Методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 30 детей в возрасте 6-17 лет. Для верификации диагноза всем пациентам проводилась эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией нижней трети пищевода и пилороантрального отдела желудка. С целью определения степени обсеменённости H.pylori использовали гистопатологическое исследование биоптатов с окраской по методу Романовского-Гимзе.

Результаты исследования. На основании проведенного нами исследования у 12 пациентов (40%), имевших клинические признаки ГЭРБ, была выявлена эндоскопически негативная форма. У 18 (60%) имелись эндоскопические признаки эзофагита, из которых у 14 (78%) был выявлен катаральный эзофагит, а у 4 (22%)- эрозивный эзофагит I степени.

Степень обсемененности *H.pylori* у эндоскопически позитивной формы ГЭРБ была выше, чем у негативной формы и составила 67% против 41,7%, причём наиболее высокий процент наблюдался у пациентов с эрозивным эзофагитом и составил 75%.

Выводы. Таким образом *H.pylori* инфекция встречается чаще у пациентов с позитивной эндоскопической формой ГЭРБ, что требует дополнительного, более тщательного исследования.

ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Горбач Л.А.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» Министерства здравоохранения Республики Беларусь, г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В публикации Партнерства «Остановить туберкулез» (2021) указывается, что в девяти странах мира, где сосредоточено наиболее число случаев туберкулеза или 60% глобального бремени туберкулеза, в 2020 году наблюдалось резкое снижение в диапазоне от -16% до -41% (в среднем на -23%) показателей диагностики и лечения пациентов с туберкулезом. В результате этого снижение общего числа людей, диагностированных и пролеченных от туберкулеза в этих странах, достигло уровня 2008 года, что означает отставание на 12 лет. В целом год пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 перечеркнул 12 лет прогресса в глобальной борьбе с туберкулезом.

Целью нашей работы явилось изучение заболеваемости туберкулезом, охвата профилактическими осмотрами на туберкулез детского населения в возрасте 0-17 лет Республики Беларусь и ее областей в период пандемии коронавирусной инфекции (2020-2023 гг.) по сравнению с периодом до пандемии (2016-2019 гг.).

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили данные формы государственной статистической отчетности 1-дети (Минздрав) «Отчет о медицинской помощи детям», данные формы ведомственной отчетности «Сведения об эпидемической ситуации по туберкулезу и результатах лечения пациентов, больных туберкулезом», данные Универсального веб-портала статистических данных о детях Национального статистического комитета Республики Беларусь за 2016-2023 гг. Рассчитывались показатели заболеваемости туберкулезом детского населения в возрасте 0-17 лет на 100 тысяч среднегодовой численности детского населения, показатели охвата детей профилактическими осмотрами на туберкулез – на 10 тысяч среднегодовой численности детского населения, за два периода: 2020-2023 гг., период пандемии коронавирусной инфекции, 2016-2019 гг., период до пандемии.

Результаты исследования. Заболеваемость туберкулезом детского населения Республики Беларусь в 2020-2023 гг., в период пандемии коронавирусной инфекции, по сравнению с 2016-2019 гг., периодом до пандемии, снизилась на -48,3%: с 1,62 на 100 тысяч человек до 0,84. Эта тенденция отмечалась во всех областях страны и в г. Минске. Наиболее значительно снизилась заболеваемость в Гомельской (с 2,38 до 0,71 или на -70,1%), Могилевской (с 2,49 до 1,01 или на -59,3%), Витебской (с 1,34 до 0,62 или на -53,5%) областях. Менее значимо заболеваемость снизилась в Минской (с 1,55 до 1,19 или на -23,4%), Гродненской (с 1,07 до 0,95 или на -10,9%), областях и в г. Минске (с 0,61 до 0,40 или на -34,7%). За два сравниваемых периода показатель охвата детей профилактическими осмотрами на туберкулез также снизился. В 2016-2019 гг., до пандемии, он составил в среднем в Республике Беларусь 3270,9 на 10 тысяч человек, а в 2020-2023 гг., в период пандемии коронавирусной инфекции, - 2522,1. Снижение на -22,9%. Такая же тенденция отмечалась во всех областях страны и в г. Минске. Наиболее значительно снизился охват

профилактическими осмотрами на туберкулез в Минской (с 235098 до 93068 или на -60,4%), в Гродненской (с 179034 до 108170 или на -39,6%) областях, в г. Минске (с 354278 до 218663 или на -38,3%), в Гомельской области (с 193528 до 130364 или на -32,6%). Менее значимо охват профилактическими осмотрами на туберкулез снизился в Могилевской (с 243946 до 185681 или на -23,9%), Брестской (с 374656 до 322144 или на -14,0%), Витебской (с 841949 до 806916 или на -4,2%) областях.

Выводы. Нами установлено, что заболеваемость туберкулезом детского населения в возрасте 0-17 лет Республики Беларусь и ее областей в период пандемии коронавирусной инфекции (2020-2023 гг.) снизилась по сравнению с периодом до пандемии (2016-2019 гг.). Однако снижение заболеваемости отмечалось на фоне снижения охвата профилактическими осмотрами на туберкулез детского населения. В связи с этим нельзя говорить об улучшении эпидемической ситуации по туберкулезу среди детского населения Республики Беларусь.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У 210 ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Григорьева О. П.

ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Врожденные, наследственные и приобретенные болезни почек ассоциированы с высоким риском исхода в хроническую болезнь почек (ХБП) в детском и подростковом возрасте. Согласно прогнозам к 2040 году ХБП окажется на пятом месте среди наиболее частых причин сокращения продолжительности жизни во всем мире. О глобальности проблемы свидетельствует тот факт, что в 2007, 2014-2016, 2021 году ежегодная кампания Всемирного дня почки освещала различные аспекты ХБП, доступность специализированной нефрологической помощи, заместительной почечной терапии диализом и трансплантацией для педиатрических пациентов.

Цель исследования: изучить этиологическую структуру ХБП у 210 детей и подростков.

Материалы и методы. В исследование включено 210 детей и подростков с ХБП, из них 122 (58,1%) мальчика и 88 (41,9%) девочек в возрасте от 2 до 17 лет, средний возраст $11,1 \pm 4,73$ года. Выделено 2 группы: I группа – 190 пациентов с додиализной стадией ХБП, II группа – 20 детей с ХБП 5D. Скорость клубочковой фильтрации определяли по формуле Schwartz. Стратификация стадий тяжести ХБП проведена в соответствии с классификацией NKF K/DOQI (2002).

Результаты исследования. В этиологической структуре ХБП у 210 детей и подростков преобладают врожденные и наследственные заболевания почек 76,2% (n=160), из них врожденные аномалии почек и мочевых путей (ВАПМП) 54,4% (n=87), поликистозная болезнь почек 11,8% (n=19), агенезия/гипоплазия/дисплазия почек 15,6% (n=25), мультикистоз 2,5% (n=4), ювенильный нефронофтиз 1,3% (n=2), нефронофтиз I типа, инфантильный вариант 0,6% (n=1), наследственный инфантильный нефротический синдром 0,6% (n=1), редкие наследственные синдромы: первичная гипероксалурия I,II типа 1,9% (n=3), синдром ЛОУ (окуло-церебро-ренальный синдром) 1,9% (n=3), наследственный гипофосфатемический рахит X-сцепленный 1,3% (n=2), синдром Альпорта 1,3% (n=2), X-сцепленный рецессивный врожденный нефрогенный несахарный диабет 1,3% (n=2), почечный канальцевый ацидоз III типа 1,3% (n=2), синдром Вильямса 0,6% (n=1), синдром Фанкони 0,6% (n=1), семейная гипомагниемия с гиперкальциурией и нефрокальцинозом

0,6% (n=1), бронхио-ото-ренальный синдром 0,6% (n=1), Fraser синдром 1тип 0,6% (n=1), синдром Пирсона 0,6% (n=1), Барттер синдром тип III 0,6% (n=1).

Из 210 пациентов у 50(23,8%) детей и подростков исход в ХБП отмечен в результате приобретенных заболеваний почек, из них хронический гломерулонефрит (35), гемолитико-уремический синдром (5), хронический тубулоинтерстициальный нефрит (6), ренальные васкулиты (4).

Выводы. В этиологической структуре ХБП у 210 педиатрических пациентов преобладают врожденные и наследственные заболевания почек в 76,2% случаев, что обуславливает необходимость их ранней диагностики, динамического контроля функции почек и оптимизации терапии у данной категории пациентов.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БИОМАКЕРОВ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Гусейнова И.Е., Мамедова Ф.М., Саламзаде Г.З., Гафаров И.А.

Азербайджанский медицинский университет. г. Баку, Азербайджан

Актуальность. Инфекции дыхательных путей у детей часто встречаются в повседневной практике педиатров. Несмотря на антибактериальную терапию широкого спектра действия, заболеваемость детей остается высокой и является частой причиной их госпитализации и формирования хронических форм патологии. В этом аспекте, несомненно, важную роль играет иммунная система. Важные регуляторные функции в иммунных механизмах выполняют биомаркеры (цитокины), продуцируемые клетками иммунной системы и обеспечивающие межклеточные связи в качестве ее медиаторов.

Цель исследования: исследование заключалось в проведении сравнительного анализа изменений содержания биомаркеров в сыворотке крови у детей с диагнозом ОРЗ.

Материал и методы. Исследование состояло из результатов обследования 30 детей с диагнозом ОРЗ. Контрольную группу составляют результаты 15 практически здоровых детей. Был проведен сравнительный анализ уровней биомаркеров (ИЛ-1 β , ИЛ-6) у больных и здоровых детей с диагнозом ОРЗ.

Результаты исследования. На основании полученных результатов при анализе уровня цитокинов в сыворотке крови детей с ОРЗ были выявлены различия по сравнению с показателями контрольной группы. Так, уровень ИЛ-1 β в сыворотке крови в исследуемой группе в острый период заболевания вырос в 1,9 раза по сравнению с показателями контрольной группы, составив в среднем 1,05 пг/мл (структурный показатель, медиана 0,00 пг/мл, в межквартильном диапазоне Q₁ и Q₃-0,00-1,90). С другой стороны, в сыворотке крови детей контрольной группы средний балл концентрации этого цитокина был рассчитан на уровне 0,55 пг/мл (структурный показатель, медиана 0,05 пг/мл, 0,00-1,40 в межквартильном диапазоне Q₁ и Q₃) (p=0,938).

Оценка уровня ИЛ-6 показала, что в острый период заболевания его средние показатели увеличились в 1,6 раза по сравнению с соответствующими показателями здоровых детей, и эта разница оказалась статистически достоверной (p=0,044). Так, средний математический расчет концентрации ИЛ-6 составил 2,56 пг/мл (структурный показатель, медиана 1,70 пг/мл), а в контрольной группе его количество составило 1,63 пг/мл (структурный показатель, медиана 1,10 пг/мл). Если в контрольной группе его показатель в межквартильном диапазоне Q₁ и Q₃ составлял 0,60-1,70, то в межквартильном диапазоне Q₁ и Q₃ при ОРЗ этот показатель исчислялся 1,00-3,50.

Вывод. Таким образом, выявленные изменения уровня биомаркеров в крови детей с острыми респираторными инфекциями являются показателем активации

иммунокомпетентных клеток в ответ на возбудителя и позволяют более точно диагностировать вирусные и бактериальные инфекции.

ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ И ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ

Гусейнова С.А., Расулова Л.Т.

Азербайджанский Медицинский Университет. Баку, Азербайджан

Актуальность. В зависимости от возраста, часто болеющие дети составляют от 8 до 80% детской популяции и связано это с транзиторными возрастными особенностями иммунной системы, а также хроническими воспалительными заболеваниями. Иногда пищевая аллергия может быть непосредственной и единственной причиной аллергического поражения респираторного тракта.

Целью настоящего исследования явилось определение частоты, особенностей клинико-иммунологических проявлений пищевой аллергии и эффективности элиминационной диеты.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 48 детей в возрасте от 2-х до 16 лет. Исследования проводились с помощью стандартных клинических и лабораторных методов, включающих сбор анамнеза, содержания иммуноглобулинов А, М, G и E в сыворотке крови. Диагноз пищевой аллергии ставился на основании проведения комплексной специфической аллергологической диагностики (анамнез, кожное тестирование с пищевыми аллергенами, элиминационные и провокационные пробы).

Результаты исследования. У 85% обследованных детей родители или их родственники страдали различными аллергическими заболеваниями. У 49% больных первые симптомы аллергии в виде кожных проявлений регистрировались уже в раннем возрасте, а у 21% детей далее на протяжении жизни отмечались явления пищевой и/или лекарственной аллергии. Пик поражения дыхательных путей приходится на период грудного возраста -42%; от года до 3-х -35,7%; от 4-х до 7 лет - 14% и старше 8 лет-8,3%. У 84%-х пациентов с сопутствующими жалобами со стороны других органов - 56% больных жаловались на частую заложенность носа, 35% боли в животе после еды; 12%-плохой аппетит и нарушение стула. Характерным являлось то, это при каждом тестировании у 86% детей была слабо положительная сенсibilизация. Моновалентная сенсibilизация была характерна, для детей раннего возраста. Поливалентная к 4 и более продуктам сенсibilизация наблюдалась у детей после 8 лет.

Продукты ежедневного употребления: куриное яйцо, крупы, молоко, мясо, рыба являлись доминирующими. Лишь у 37% часто болеющих детей отмечалось повышение IgE. Это свидетельствует о том, что в данной группе больных ведущую роль в патогенезе помимо IgE-опосредованных механизмов, могут играть менее агрессивные реагены класса IgG4.

Вывод. Таким образом наши наблюдения показывают, что под «маской» респираторных заболеваний протекает недиагностированная пищевая аллергия. В связи с этим своевременное аллергологическое обследование даст возможность избежать необоснованное назначение антибактериальной и противовирусной терапии.

ЗНАЧИМОСТЬ СОВМЕСТНОГО ФАКУЛЬТЕТА С САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИМ ГОСУДАРСТВЕННЫМ ПЕДИАТРИЧЕСКИМ МЕДИЦИНСКИМ УНИВЕРСИТЕТОМ В ПОДГОТОВКЕ ПЕДИАТРОВ: РАСШИРЕНИЕ ГОРИЗОНТОВ ДЛЯ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Даминов Б.Т., Нурходжаев С.Н., Саидходжаева С.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В условиях глобализации и межкультурного взаимодействия международное образование становится ключевым фактором в подготовке высококвалифицированных педиатров, способных оказывать качественную медицинскую помощь детям в многонациональной и много культурной среде. Современная педиатрия требует не только глубоких медицинских знаний, но и развитых навыков межкультурной коммуникации, понимания этнических особенностей и социальных контекстов пациентов. Создание международных образовательных программ в области педиатрии отвечает этим вызовам, обеспечивая комплексную подготовку специалистов, готовых к работе в условиях глобального здравоохранения. Актуальность такого подхода к образованию подчеркивается растущей потребностью в педиатрах, обладающих международным опытом и способных эффективно взаимодействовать с пациентами и коллегами из разных стран и культур.

Цель исследования: оценить значимость и эффективность Международного факультета, созданного совместно с Санкт-Петербургским государственным педиатрическим медицинским университетом, в подготовке педиатров и расширении их профессиональных горизонтов.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе деятельности Международного факультета, созданного в 2018 году в структуре Ташкентского педиатрического медицинского института совместно с Санкт-Петербургским государственным педиатрическим медицинским университетом. Правовой базой для создания факультета послужили: протокол заседания Президента Республики Узбекистан от 24 октября 2018 года "О дальнейшем развитии системы высшего образования" и Постановление Президента Республики Узбекистан ПП №4310 от 6 мая 2019 года "О мерах по дальнейшему развитию системы медицинского и фармацевтического образования и науки". Проведен анализ академических программ, методов обучения и практической подготовки студентов факультета. Изучен опыт межкультурного взаимодействия студентов в процессе обучения и практики. Проанализирована динамика роста числа обучающихся с момента основания факультета до достижения текущего показателя в 120 студентов.

Результаты исследования. Анализ деятельности Международного факультета выявил ряд значимых результатов. Обмен знаниями и опытом между студентами и преподавателями из Узбекистана и России способствовал углублению понимания медицинских проблем и разработке инновационных подходов к лечению детей с учетом культурных особенностей. Учебные программы, включающие практические курсы и стажировки в Российской Федерации, позволили студентам получить опыт работы в различных клинических и культурных средах, при этом 70% студентов отметили значительное повышение уровня профессиональной уверенности после прохождения стажировок. Отмечено расширение профессиональных горизонтов будущих педиатров: 85% студентов сообщили об улучшении навыков межкультурной коммуникации. Междисциплинарный подход в обучении привел к повышению качества подготовки: средний балл успеваемости студентов Международного факультета на 15% выше по сравнению с традиционными программами. Увеличилось количество совместных научных проектов между студентами и преподавателями двух стран: за последний год было

инициировано 12 международных исследовательских проектов в области педиатрии. 90% выпускников факультета успешно прошли международную аккредитацию, что свидетельствует о высоком уровне подготовки и соответствии глобальным стандартам в педиатрии. Наблюдается рост интереса к программе: количество заявок на поступление увеличилось на 30% по сравнению с предыдущим годом, что указывает на растущую популярность и востребованность международного образования в области педиатрии.

Выводы. Международный факультет, созданный совместно с Санкт-Петербургским государственным педиатрическим медицинским университетом, играет ключевую роль в подготовке высококвалифицированных и культурно компетентных педиатров. Обеспечивая студентам уникальный опыт и знания, необходимые для работы в многонациональной среде, такие образовательные программы способствуют формированию кадров, способных решать сложные медицинские задачи, а также повышению качества медицинской помощи детям во всём мире.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ, ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПРОТИВ КОКЛЮША В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА

Даминова М.Н., Ташпулатова Ф.К., Абдуллаева О.И., Мирисмаилов М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Коклюш - острое инфекционное заболевание бактериальной природы, проявляющееся в виде приступов спазматического кашля, сопровождающих катаральную симптоматику и достаточно тяжелым клиническим течением, наличием серьезных осложнений у детей грудного возраста, а также сохранением носительства возбудителя среди взрослых и детей.

Цель исследования: определение уровня поствакцинального иммунитета к коклюшной инфекции у детей, с отклонениями в состоянии здоровья.

Методы исследования. В работе проведена оценка иммунологической активности у детей с отклонениями в состоянии здоровья, вакцинированных против коклюша. Определение титров антител класса G (IgG) методом иммуноферментного анализа (ИФА). Серопозитивные - сыворотки с уровнем антител IgG выше 11 ед.

Результаты и обсуждения. Проведение анализа заболеваемости коклюшем и качества вакцинопрофилактики по данным серомониторинга 111 детей, из которых 76 часто болеющих детей в возрасте от 3 лет до 10 лет, мальчиков 34(44,74%) и девочек 42(55,26%) вакцинированных против коклюша, по индивидуальному графику, в условиях семейной поликлиники. Контрольную группу составили 35 относительно здоровых детей. Результаты исследования показали, что у часто болеющих детей относительный шанс неадекватного иммунного ответа повышался из-за осложненного акушерско-гинекологического анамнеза матери 26(34,21%), предшествующая неврологическая патология 19(25%), аллергические состояния 25(32,89%), внутриутробное инфицирование 9(11,84%). Из анамнестических факторов пациента риск повышают искусственное вскармливание 34(44,74%), тимомегалия 16(21,05%), белковая энергетическая недостаточность I степени 8(10,53%), анемии 42(55,26%), нарушение календаря профилактических прививок 16(21,05%). Наиболее высок шанс неадекватного иммунного ответа у часто болеющих детей при частых ОРЗ, белковая энергетическая недостаточность II-III степени и функциональных нарушениях дыхательной системы. Анализ результатов исследований показал, что у детей с поствакцинальными реакциями 41(53,95%) в анамнезе имела место предшествующая неврологическая патология 34(44,74%), относительный шанс развития у них патологического состояния равен 3,3.

Уровень заболеваемости как часто, так и эпизодически болеющих детей, главным образом, формируется за счет болезней органов дыхания. Результаты исследования показали, у 76 обследованных нами детей с отклонениями в состоянии здоровья, 2/3 составляли больные с частыми ОРВИ 48(63,16±1,21%)(P<0,05), на втором месте по частоте встречаемости стоят ОКИ 45(59,21±2,11%), аллергические проявления 26 (34,21±2,15%), бронхиты – 13(17,11±0,51%)(P<0,05). Ветряная оспа 8(10,53±0,22%), Пневмонии 2(2,63 ±0,05%); ангины 10(13,16±0,17%) и прочие 13(17.11±0,25%). Часто отмечалось сочетание частых заболеваний у детей с аллергическими реакциями -27,63%. Определение уровня противокклюшных антител у детей в возрастных группах 3-4 и 9-10 показало, что у всех обследованных детей были обнаружены антитела к коклюшу. Доля сывороток с уровнем антител ниже защитного составила 27,63%. В возрастной группе детей 3-4 лет доля сывороток с низким уровнем антител составила 35,53%, в группе детей 9-10 лет – 19,74%.

Выводы. При вакцинации против коклюша у часто болеющих детей, с высокой частотой перенесенных заболеваний, уровень противокклюшных антител составил 27,63% детей. Неадекватный иммунный ответ на вакцинацию против коклюша у часто болеющих детей позволяют рассматривать таких детей, как группу повышенного риска по неэффективной вакцинации и обосновывает необходимость применения индивидуальной тактики при их иммунизации.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ГЕНОТИПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

^{1,2}Джумаева Л.Ф., ^{1,2}Исмаилов К.И., ²Икромов Т.Ш.

¹ Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Таджикистан

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и
детской хирургии» МЗ и СЗН РТ, г.Душанбе. Республика Таджикистан

Актуальность. Заболевания органов дыхательной системы являются актуальными в педиатрии и занимают лидирующие позиции по частоте общей заболеваемости и по уровню смертности у детей раннего возраста. По результатам многочисленных исследований в развивающихся странах в развитии пневмонии чаще отмечают стафилококковую этиологию. При развитии пневмонии у пациентов на фоне ОРВИ увеличивается частота встречаемости *S.aureus*. Известно, что клинические проявления и течение патологии инфекционной природы, включая пневмонии, напрямую коррелируют с генотипической характеристикой этиологического агента.

Цель исследования: изучить клинические проявления и генотипическую характеристику возбудителей бактериальной пневмонии у детей первого года жизни.

Материал и методы исследования. Комплексное клиничко-лабораторное обследование было проведено 55(50,9%) детям первого года жизни. Первую группу составили 27 (49,1%) детей с тяжёлой пневмонией. Вторую группу составили 28 (50,9%) детей с очень тяжёлой пневмонией. Генотипированию были подвергнуты 15 образцов *S.aureus* полученных от больных с тяжёлой пневмонией и 18 образцов *S.aureus* полученных от больных с очень тяжёлой пневмонией.

Результаты и их обсуждение. Основным лёгочным признаком у 18 (66,7%) детей I группы была ДН 1 степени и у 9(33,3%) детей была ДН 2 степени, основным лёгочным признаком детей II группы была ДН 3 степени в 28(100%) случаях. У детей I группы при поступлении отмечалось субфебрильное повышение температуры тела до 38,5 С 23(85,2%), беспокойство - 22(81,5%) случаях, а у детей II группы чаще отмечалась гипертермическая

температура тела свыше 39,1 С 18(64,2%) случаях, гипотония, гипорефлексия в 20(71,4%) случаях. Результаты рентгенологического исследования детей I группы показали преобладающий односторонний процесс поражения лёгкого в 21(77,8%) случае, у детей II группы в 15(53,6%) случаях отмечался двухсторонний воспалительный процесс.

Осложнениями пневмонии у детей первой группы были ДВС синдром в 5 (19,2%) случаях, нейротоксикоз 1 фаза в 6 (23,1%) случаев. У детей второй группы осложнениями пневмонии были бактериальная деструкция лёгкого 1(3,7%), отек лёгкого 1(3,7%) случаях и инфекционно-токсический шок в 3 (11,1%) случаях. Летальный исход отмечался в 4 (15,4%) случаях.

Генотипическое исследование возбудителей показало, что у детей с тяжёлой пневмонией в образцах ДНК *S.aureus*, были обнаружены 3 генотипа из сочетания различных хромосомных генов. В 11(73,3%) случаев был обнаружен генотип одного гена (Pls). Генотип из комбинации 2 генов (Pls, Sac) был обнаружен в 4 (26,7%) случаях. Генотип из комбинации всех трёх генов (Pls, Sac, scn) был обнаружен в 1(6,7%) случае. У детей с очень тяжёлой пневмонией в образцах ДНК штаммов *S.aureus* в отличие от больных с тяжёлой пневмонией, чаще был обнаружен генотип из вариации всех трёх генов (pls, sac, scn) в 9 (50%) случаев. В 7(38,9%) случаях был обнаружен генотип из комбинации двух генов (pls, sac). В 2 (11,1%) случаях был обнаружен генотип из 1 гена.

Выводы. Результаты исследования показали, что количество клинических признаков и их проявление напрямую коррелировали с количеством генов в хромосомной ДНК. У детей с очень тяжёлой пневмонией интенсивность клинических проявлений была более выражена и все осложнения пневмонии, длительность заболевания и летальные исходы были ассоциированы с таковыми штаммами.

НАШ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ШПРЕНГЕЛЯ У ДЕТЕЙ.

Джуряев А.М., Алимухамедова Ф.Ш., Исматуллаева М.Н.

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. Ряд вопросов диагностики и лечения врожденного высокого стояния лопатки у детей недостаточно изучены. Нуждаются в дальнейших исследованиях вопросы возникновения рецидивов и осложнений после различных операций, недостаточная коррекция деформации, развитие контрактур в суставах верхних конечностей и коррекция формы лопаточной кости при оперативном лечении болезни Шпренгеля у детей.

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

Материалы и методы исследования. В отделении детской ортопедии РСНПМЦТО с 2010 по 2024 годы находились на стационарном лечении 122 детей с врожденным высоким стоянием лопатки в возрасте от 3 до 14 лет. Из них мальчиков было 40 (31,25 %), девочек – 82 (68,75 %). Для диагностики применяли следующие методы исследования: параклинические, клинические и инструментальные такие как, цифровая рентгенография, ЭНМГ, МСКТ.

Результаты и их 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. По

предложенной методике было оперировано 82(64,2%) больных детей с болезнью Шпренгеля. 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.

Вывод. Наши наблюдения показали, что 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.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМПИЛОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ПРИ АНЕМИИ I СТЕПЕНИ НА ФОНЕ ПНЕВМОНИИ

Жалилов А.Х., Ачилова Ф.А.

Самаркандский Государственный медицинский университет

Актуальность. Острые пневмонии в связи с частым их распространением у детей продолжают оставаться одной из актуальных проблем детского здравоохранения. Воспалительный бронхолегочный процесс сопровождается изменением качественного состава мембран эритроцитов и их поверхностной ультраструктуры, нарушением липидного обмена и ферментативной активности, что приводит к функциональной неполноценности зрелых клеток красной крови и их повышенном гемолизе. Эти изменения бывают более выражены при анемических состояниях и в конечном итоге усугубляют тяжесть гипоксии, вызванной основным патологическим процессом.

Цель исследования: явилось изучение состояния красной крови у детей с острой пневмонией на фоне анемии при оценке эффективности феррум-лека в виноградном соке.

Материалы и методы исследования. С целью восполнения дефицита железа, который сопутствовал болезни, доза препарата железа составила из расчета 2мг/кг массы ребенка. Препарат железа назначался на 3-4 сутки от начала лечения острой пневмонии. Препаратам выбора железа назначаемого был феррум-лек в виде сиропа, поскольку железо в нем содержится в ионизированном виде. Данный препарат не оказывает побочных эффектов и его можно применить с любым соком. Применение феррум-лек назначали 30 больным, с легкой степенью ЖДА на фоне острой пневмонии, возраст детей составил от 6 до 12 месяцев. При назначении феррум лека в сиропе, смешанного в виноградном соке, учитывались следующие обстоятельства: возраст ребенка старше 6 месяцев; получал ли до болезни соки, после дачи которых не было каких-либо реакций. При этом доза смеси корректировалась исходя от того, что виноградный сок является целебным и обладает мочегонным, мягким слабительным и потогонным действием.

Результаты исследования. Длительность лечения варьировала 4-6 недели после нормализации формулы крови. В контрольную группу включили 15 больных, которые наряду с комплексной терапией острой пневмонии получали феррум-лек в виде сиропа не смешанного в виноградном соке. Основная группа больных феррум лек в виде сиропа получали следующим образом: 1/3 дозированную ложку смешивали в 30 мл виноградного сока, назначалась такая доза 2-3 раза в день. Больным детям основной группы был назначен предложенный нами сироп феррум лек в виноградном соке в виде монотерапии, его суточная доза у детей старше 6 месяцев составляла 60 мл. При этом в сутки больные

получали 25 мг чистого железа. В течение курса терапии ребенок получал 1125 г железа. Эффективность применения ФВС подтверждалась тем, что уже на 10-12 день от начала лечения наступала определенная регрессия клинических симптомов и положительные сдвиги в морфофункции эритроцитарной системы больных детей.

Вывод. В результате исследований можно утверждать, высокую эффективность лечения ЖДА посредством приема внутрь ФВС по 20 мл за час до еды и не более 60 мл в сутки, детям старше 6 месяцев, в течение нахождения ребенка в стационаре и после выписки (3 месяца амбулаторно). Полная нормализация ферритинового статуса происходила за 3 месяца лечения, что свидетельствует о целесообразности длительной ферритинотерапии. Важной особенностью ФВС является хорошая переносимость, высокая доступность и отсутствие побочных эффектов. Полученные результаты позволяют рекомендовать ФВС, как эффективный и безопасный фетопрепарат для лечения и профилактики ЖДА у детей грудного возраста, а биодоступность и биоусвояемость ФВС значительно больше, чем препаратов железа при оральном применении.

БАЛЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ ПРИ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ И ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Жалилов А.Х., Ачилова Ф.А.

Самаркандский Государственный медицинский университет

Актуальность. Обезвоживание оказывается причиной многих обусловленных диареей летальных исходов. Обезвоживание организма на фоне острой диареи любой этиологии и в любом возрасте, за исключением ее тяжелых форм, можно без какого-либо риска и весьма эффективно пролечить в более 90% случаев простым методом пероральной регидратации с помощью раствора ОРС.

Цель исследования - разработка электронной программы для балльной оценки у больных диареей степени обезвоживания и выбора необходимой тактики лечения.

Материал и методы. Разработанная нами электронная программа предназначена для установления степени тяжести обезвоживания у детей с диареей в возрасте до 5 лет, а также определения показаний и проведение адекватного лечения обезвоживания, в зависимости от степени ее тяжести, которую нужно проводить на догоспитальном этапе. На основании полученных данных о виде, тяжести заболевания, осложнений и наличия сопутствующих патологий программа позволяет подобрать оптимальный метод консервативного лечения с учетом индивидуальных особенностей детского организма и тем самым способствует улучшить эффективность проводимого лечения.

Результаты исследования. Функциональные возможности программы: оформление карты обследуемого больного ребенка, сбор, ввод, сохранение данных по клиническим исследованиям. Программа позволяет оценить вид и тяжести заболевания, осложнения и наличие сопутствующих патологий и способствует подобрать оптимальный метод консервативного лечения с учетом возрастных и индивидуальных особенностей детского организма, а также степени тяжести обезвоживания, на догоспитальном этапе. Степень обезвоживания классифицируется в соответствии с симптомами и признаками, отражающими количество потерянной жидкости, которые отражены в баллах. Программу можно использовать в практической педиатрии, в частности, на первичном амбулаторном уровне здравоохранения и в условиях стационара для улучшения состояния детей с диареей, осложненной различной степенью обезвоживания и повышения эффективности своевременно оказываемой адекватной регидратационной, симптоматической и патогенетической терапии. Режим регидратации выбирается в соответствии со степенью обезвоживания. Уменьшение потребления пищи и всасывания питательных веществ при

диарее, а также увеличение потребностей в микроэлементах часто сочетаются и обуславливают потерю веса и остановку роста. В свою очередь, на фоне недостаточности питания диарея может протекать тяжелее, более длительное время и возникать чаще, чем у детей с нормальным статусом питания. Для оценки степени обезвоживания у всех обследуемых детей с диареей нужно определить, имеется ли состояние обезвоживания и при необходимости провести соответствующее лечение. Балльная оценка степени тяжести обезвоживания при диарее позволяет оценить статус гидратации. При наличии от 1 до 5 баллов классифицируют как отсутствие обезвоживания (план лечения по схеме А), 6-9 баллов - умеренное обезвоживание (план лечения по схеме В) и 10-15 баллов как тяжелое обезвоживание (план лечения по схеме С).

Выводы. На основании данных балльной оценки нами было вылечено 120 детей в возрасте от 1 месяца до 5 лет с различной степенью обезвоживания. Для улучшения эффективности лечения больных с диареей в возрасте до 5 лет, с различной степенью обезвоживания, данную программу можно успешно использовать на амбулаторном этапе здравоохранения.

ВТОРИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА ФОНЕ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РЕГИОНА ПРИАРАЛЬЯ

**Жиемуратова Г.К., Камалов З.С., Каландарова А.Н., Жадигерова Л.С.,
Жаксылыкова Г.Б.**

¹Нукусский филиал института иммунологии и геномики человека АН Уз

²Института иммунологии и геномики человека АН Уз

³Республиканский детский многопрофильный медицинский центр, г.Нукус

⁴Национальный университет Узбекистана им. Мирзо Улугбека

Актуальность. Повреждение респираторного тракта при COVID-19 обусловлено вирусозависимыми и вирусно-независимыми механизмами, которые совместно способствуют разрушению эндотелиально-эпителиального барьера и экстравазации богатого белками экссудата в альвеолярное пространство. Этот процесс может быть спровоцирован провоспалительными цитокинами - интерлейкином-6 (IL-6) и в дальнейшем предрасполагать к бактериальной колонизации и последующей вторичной инфекции.

Цель исследования – изучить особенности течения острой пневмонии и бронхитов после перенесенной вирусной инфекции на фоне анемии у детей региона Приаралья.

Материал и методы. В 2020, 2021 и 2022 годах в Республике Каракалпакстан проведен ретроспективный анализ и изучен зарегистрированные истории болезни больных перенесших заболеваний вирусной этиологии (острый бронхит, пневмония) после инфицирования COVID-19 на фоне анемии детей, проживающих в Приаралье. При анализе анамнестических данных нами было установлено, что у детей с острыми заболеваниями нижних дыхательных путей отмечается анемия.

Результаты исследования. По результатам анализа заболеваний вирусной этиологии (острый бронхит, пневмония) после инфицирования COVID-19 по годам выявлены следующие данные: в 2020 году поступили 164 ребенка с инфекцией COVID-19, в 2021 г. госпитализированы 132 детей, тогда как в 2022 поступили 104 ребенка, что составило 8,5%; 5,9% и 3,5% от общего числа госпитализированных соответственно. Максимальное число детей наблюдалось в апреле, мае и ноябре 2020 г., и в апреле и июне 2021 г., а также в ноябре, декабре 2022г., что было связано с началом новой волны COVID-19 и, соответственно, ростом числа инфицированных больных. Из числа наблюдавшихся детей

имели контакт с больными COVID-19, подтвержденным лабораторно, в 2020 г. 67 (30,2 ± 3,7%) детей, в 2021 г. – 52 (27,3 ± 3,5%) детей и в 2022 г. – 47 (13,1 ± 2,7%).

Проведенный ретроспективный анализ данных за последние 3 года свидетельствуют о том, что дети составляют до 10% в структуре инфицированных COVID-19 и до 2,4 % в структуре пациентов с диагностированными клиническими случаями COVID-19. Проведена оценка клинико-anamnestических показателей для определения возможности их использования в прогнозировании предрасположенности к развитию острых заболеваний дыхательных путей и характера течения заболевания.

Заключение. Комплексный анализ клинико-лабораторных, функциональных, иммуногенетических особенностей и выявление диагностических и прогностических критериев острой пневмонии и бронхита перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19 у детей позволит определить наиболее важные факторы риска их развития для разработки схемы научно-обоснованных методов ведения и коррекции, что имеет большое значение для медицинской науки и практике здравоохранения.

АЛЛЕРГИК КАСАЛЛАНИШИНИ ЎРГАНИШ АСОСИДА БИРЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Жумаева Г.И.

Бухоро вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази

Мавзунинг долзарблиги. Болалар ва ўсмирлар орасида аллергия касалликлар тарқалишининг кўпайиши муҳим тиббий-ижтимоий муаммолардан бири бўлиб қолмоқда ва дунёнинг кўплаб мамлакатлари иктисодиётига жиддий зарар олиб келмоқда. Болалар орасида аллергия хасталиклар билан касалланишини ўрганиш катта масшабли тиббий-ижтимоий тадқиқотлар ўтказиш, улар асосида бирламчи профилактикани ишлаб чиқиш баён этилган.

Тадқиқот мақсади. Турли ҳудудларда яшовчи болалар орасида аллергия хасталиклар билан касалланишини ўрганиш катта масшабли тиббий-ижтимоий тадқиқотлар ўтказиш, улар асосида бирламчи профилактикани такомиллаштириш.

Материал ҳажми ва текшириш усуллари. Ҳар қандай статистик тадқиқотлар бир турдаги схемага асосланган ва бир хил статистик босқичлардан иборат, кетма-кет давом этувчи 4 босқичдан иборат: 1-босқич - тадқиқот режасини ва дастурини тузиш, тадқиқотлар натижаси олдиндан тўғри тузилган аниқ режа ва дастур асосида олиб борилишига боғлиқ; 2-босқич - статистик маълумот йиғиш ва кузатиш; 3- босқич -олинган статистик маълумотларни гуруҳлаш, жамлаш ва ҳисоблаш; 4-босқич - статистик таҳлил, хулосалар чиқариш ва уларни амалиётга тадбиқ этиш. Ўтказилган тадқиқотларда интеграциялашган ёндашувларни оптималлаштириш ва такомиллаштириш, аллергия касалликлар билан касалланган болаларнинг узок муддатли мониторингини ташкил этиш, даволаш ва профилактика самарадорлигининг олис натижаларини ҳаққоний ўрганиш ҳамда улар ота-оналарнинг аллергия касалликлар бўйича билим ва кўникмаларини ошириш мақсадида “Аллергия клуби” ташкил этилди ва фаолияти йўлга қўйилди, унинг қошида “Аллергия ёрдами” ишонч телефони яратилди. Бу тизим қуйидаги қисмлардан иборат бўлди. Ташкилий-услубий: аллергиянинг олдини олиш янги анъанавий ва ноанъанавий усуллар бўйича маълумотлар банкини шакллантириш, ота- оналар, болалар ва ўсмирлар учун аллергия бўйича таълимни ташкил этиш, аллергия билан оғриган беморларга турли тарқатма материалларни етказиш; психологик: ота-оналар учун семинар ва тренинглар ўтказиш, болалар ва ўсмирлар учун психологик ёрдам гуруҳларини шакллантириш (4-18 ёш), бутун оилани психологик реабилитация қилиш бўйича ишларни кунлик таҳлил қилиш; тиббий - ижтимоий: ижтимоий хизмат билан алоқани ташкил этиш, ихтиёрий хайриялар

хисобидан дори воситалари фондини шакллантириш, астматиклар учун нафас олишни назорат қилиш мосламалари - пик оқим ўлчагичлар олиш ва етказишни йўлга қўйиш.

Олинган натижа. Ўтказилган тадқиқотнинг ижтимоий ахамияти бемор болалар ҳамда улар ота-оналарининг ушбу касалликлар бўйича билим ва кўникмалари ошгани, бу болаларни парваришlash сифатини кучайтиргани, болаларнинг ўзларига нисбатан ишончлари ошиб, умидсизликлари камайгани, маълум миқдорда ҳаёт сифати кўтарилгани ҳамда аллерголог шифокорларга бўлган катта ҳажмли иш миқдори камайгани билан асосланади.

Хулоса. Ташкил этилган ва фаолияти йўлга қўйилган аллергия клуби аъзолари бирлашган шифокорлар; аллерголог, иммунолог, реабилитолог, пулмонолог, оториноларинголог, физиотерапевт, психолог, ота-оналар ва уларнинг болалари бўлишди. Психологик реабилитацияни болалар ўтказиш давомида улар билан ўзаро муносабатлар методологияси асослари ишлаб чиқилди ва қўллаб-қувватлаш гуруҳларида болалар билан ишлаш асосан гуруҳ бир нечта босқичлардан иборат қилиб белгиланди – психодиагностика; педагогик кузатиш, узоқ муддатли педагогик-психологик мониторинг; психотерапия. Тўрттала параметр бўйича ҳам жобий натижа ҳар иккала гуруҳда 90-100% оралиғида бўлди ва тавсия этилаётган методологиянинг устунлигини кўрсатди.

МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ТУРЛИ ХИЛ ДАВОМИЙЛИКДАГИ ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТЛАРИДА ЎТКАЗИЛГАН УМУМИЙ АНЕСТЕЗИЯДАН КЕЙИНГИ КЛИНИК НЕВРОЛОГИК ҲОЛАТ

Закирова Д.А., Маджидова Я.Н.

Тошкент педиатрия тиббиёт инсититуту

Мавзунинг долзарблиги. Педиатрик беморларда операциядан кейинги даврда когнитив бузилишларнинг ривожланиши муаммоси анестезиология, болалар неврологияси ва педиатриядаги энг долзарб муаммолардан бирига айланди. Умумий анестезия энг катта тиббий кашфиётлардан бири бўлиб, диагностика муолажалари ва жарроҳлик аралашувларни ҳатто энг ёш беморларда ҳам амалга оширишга имкон беради, оғриқ ва стрессли стимуляцияга гемодинамик реакцияларнинг салбий таъсирини камайтиради. Бирок, сўнгги ўн йилликларда анестетикларнинг мияга нейротоксик таъсир кўрсатиш қобилияти тўғрисида малумотлар тўпланган.

Илмий ишнинг мақсади. Мактаб ёшидаги болаларда турли хил давомийликдаги жарроҳлик амалиётларида қўлланилган анестезиядан кейинги неврологик ҳолатида кузатилиши мумкин бўлган когнитив бузилишларни олдини олиш.

Материал ҳажми. Тадқиқот 7 ёшдан 15 ёшгача бўлган 80 нафар боланинг текширув маълумотларига асосланган бўлиб, улар умумий анестезия ёрдамида турли хил мураккабликдаги жарроҳлик амалиётларини бошдан кечирдилар. Назорат гуруҳига ТошПТИ клиникасининг жарроҳлик бўлимларида стационар даволанаётган, худди шу ёшдаги 30 нафар деярли соғлом болалар киритилди.

Текшириш усуллари. Клиник неврологик текширув, ЭЭГ, когнитив сферани баҳолаш учун Векслер тести, эшитув нутқий хотирани аниқлаш усули.

Олинган натижалар. Ўрта муддатли кам зарарли операцияларда анестезия учун кетаминдан фойдаланганда, операциядан кейинги даврнинг 1-кунида деярли соғлом мактаб ёшидаги болаларнинг 62,5 фоизида ОКҚД кузатилди. Касалхонадан чиқиш вақтига қадар болаларнинг 54-83 фоизида хотира бузилиши, 50-81 фоизида эса диққатнинг бузилиши сақланиб қолди. Жарроҳликдан кейин 1 ой ўтгач, 80% даражасида давом этадиган ОКҚД ҳодисаларининг частотаси ошди. Жарроҳликдан кейинги даврнинг биринчи кунидан бошлаб мактаб ёшидаги болаларда мия химояси учун 40 мг/кг дозада гопантен кислотасини

қўлланганда касалхонадан чиқиш пайтидаёқ, 1 ойдан кейин эса ОКҚД таъсирини самарали равишда нейтраллайди. Препаратни қабул қилган беморларнинг 30 фоизида операция бошлангичга нисбатан когнитив потенциалда сезиларли ўсиш кузатилди.

Хулоса. Ушбу тадқиқот натижалари умумий анестезиядан фойдаланган ҳолда узок муддатли ва мураккаброқ жаррохлик аралашувлар пайтида мактаб ёшидаги болаларда когнитив бузилишларнинг олдини олишни ташкил этишга имкон беради. Ўтказилган тадқиқотлар натижасида операциядан кейинги даврда когнитив бузилишларнинг оғирлиги ва нейропротектив мақсадли терапия фониди уларнинг олдини олиш имкониятлари тўғрисида янги маълумотлар беради.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Закирова У.И.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. В последние годы произошли существенные изменения как в понимании самой сущности медицинской и физической реабилитации детей, страдающих бронхиальной астмой (БА), так и в технологии выполнения реабилитационных программ. Одной из причин трансформации острого обструктивного бронхита в рецидивирующее и в последующим переход в БА, является не только незавершенность лечения, но и отсутствие полноценного восстановительного этапа. Одной из причин создавшегося положения является факт преимущественного применения медикаментозной терапии, мало внимания уделяется развитию и внедрению медицинской реабилитации с использованием немедикаментозных методов, эффективность и безопасность которых очевидна. Нелекарственные физиотерапевтические методы лечения получают все более широкое распространение вследствие медикаментозной перенасыщенности организма больного ребенка, возникновения резистентности к лекарственным препаратам, развития токсических и аллергических реакций. Реабилитация детей и подростков, больных БА, имеет важное значение как для поддержания контроля над болезнью, так и для физической адаптации таких больных. Кинезиогидротерапия (КГТ) является одним из самых эффективных методов в немедикаментозной реабилитации детей с БА. В основе КГТ лежит использование методов лечебной специальной физкультуры в бассейне и на суше.

Целью нашего исследования явилось патогенетическое обоснование использования кинезиогидротерапии методом контроля ФВД на этапе реабилитации детей с БА и поддержания контроля над болезнью.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 76 детей в возрасте от 6 до 15 лет, поступивших на стационарное лечение с диагнозом, бронхиальная астма. Методом определения эффективности КГТ у детей с БА в реабилитации послужило исследование функции внешнего дыхания (ФВД) исходно на 2 день пребывания на стационаре (1 исследование) и через 6 (2 исследование) и 12 месяцев (3 исследование).

Результаты исследования показали, что у детей с БА исходно в период обострения отмечались признаки нарушения ФВД, характерное для синдрома бронхиальной обструкции. Оно проявлялось снижением показателей ФВД — объема форсированного выдоха за 1 с (снижение ОФВ1 ниже 80% от должного), максимальной скорости выдоха и максимальных объемных скоростей, ОФВ1/ФЖЕЛ. При этом умеренные нарушения МОС50 и МОС25 установлены более чем у 80% больных, МВЛ – у 40%, ФЖЕЛ – у 1/3 больных, ПСВ – у 1/4 больных, ИТ соответственно 14,7% и 16,7%, МОС75 - соответственно у 17,6% и 20,0% обследуемых. Нами проведен анализ результатов исследования детей БА через 6 и 12 месяцев после проведения лечебно-реабилитационных мероприятий,

включающую эффективную КГТ. В восстановительный период на фоне КГТ отмечалась положительная клиническая динамика — урежение кашля, продуктивный его характер, исчезновение одышки при нагрузке, уменьшение количества хрипов над легочными полями регистрировались параллельно с улучшением показателей ФВД. Отмечалось снижение количества приступов удушья в период ремиссии и обращений в стационар в последующие годы.

Вывод. Таким образом, использование в восстановительной терапии комплекса необходимой медикаментозной реабилитации и физической тренировки в виде специальных лечебных водных процедур и дыхательной физкультуры, т.е. кинезогидротерапии является эффективной методикой в восстановительной реабилитации детей с бронхиальной астмой.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Закирова У.И., Каримжанов И.А.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. В настоящее время бронхолегочные заболевания имеют широкую распространенность среди детского населения. Молекулярно-генетические исследования являются основой для изучения патогенетических механизмов заболеваний, персонализации терапии и прогнозирования. Одним из самых распространенных заболеваний органов дыхания у детей является острый обструктивный бронхит (ООБ) среди детей раннего возраста. Определение молекулярно-генетических основ ООБ необходимы для определения генов-кандидатов, что позволит прогнозировать заболевание и проводить своевременные профилактические мероприятия задолго до манифестации заболевания. Результаты изучения генетических механизмов развития бронхолегочных заболеваний дали возможность выявить полиморфизм кандидатов-генов, которые отвечают за функциональную активность рецепторов органов дыхания. К числу таких рецепторов относится аллели и генотипы гена $\beta 2$ адренергического рецептора (ADRB2), участвующий в подверженности организма к развитию болезни.

Цель работы состояла в оценке эффективности применения молекулярно-генетического метода диагностики для выявления генетических маркеров при остром обструктивном бронхите у детей.

Материалы и методы исследования. Для исследования послужили 68 детей с ООБ, 72 ребенка – группа контроля в возрасте 6 месяцев до 3 лет. Определение ассоциации полиморфных локусов rs1042713 (Arg16Gly) гена ADRB2 проводили методом ПЦР в реальном времени.

Результаты исследования. Анализ распространенности первичной бронхиальной обструкции (БО) у обследуемых детей в зависимости от возраста показали, что у пациентов с ООБ первый эпизод бронхиальной обструкции достоверно реже возникал в возрасте от 2 до 3 лет (26,8%) против 65,2 % детей в возрасте до 2 лет ($p < 0,05$). При изучении полиморфизма локуса Arg16Gly ADRB2 показал, что носителей мутационного гомозиготного генотипа G/ G в группе детей с ООБ отмечается достоверно выше по сравнению с контрольной группой (18,2% против 6,9%, соответственно $\chi^2=2,46$; $P=0,12$; $RR=2,6$; $OR=2,9$; $95\%CI=0,76-11,65$). При этом носителей аллеля Glu(G) превалировало по сравнению с группой контроля (40,9% против 23,6%, соответственно $\chi^2=5,04$; $P=0,03$; $RR=1,3$; $OR=2,2$; $95\%CI=1,12-4,52$). Сравнительный анализ распределения аллелей и генотипов Arg16Gly в гене ADRB2 результаты исследования у детей с рецидивирующей бронхиальной обструкцией показали, что частота встречаемости генотипа G/G (13,6%)

достоверно ниже, чем генотипы А/А (36.4%) и А/Г (50.0%). Генотип G/G локуса Arg16Gly у пациентов основной группы достоверно выше по сравнению с контрольной группой (13.6% против 6.9%, $\chi^2=1.87$; P=0.01; RR=1,9; OR=2.1; 95% CI=0.72-6.20). При этом генотип А/А в основной группе обнаружен достоверно ниже по сравнению группы детей контроля (59.7% против 36.4%; $\chi^2=8.6$; P=0.01; OR=0,39; 95% CI= 0,21- 0,73). Замена аденина на гуанин А46G, рассчитанный относительный шанс наличия данного аллеля у пациентов обследуемых групп составил OR=1.0; 95%. Частота встречаемости гетерозиготного генотип А/Г локуса Arg16Gly ADRB2 гена в основной группе выше, по сравнению с группой контроля.

Вывод. Таким образом, в группе детей с ООБ носители аллеля Arg(A) преобладают в отличие от носителей аллеля Gly(G). Аллель Gly(G) является доминирующим по сравнению с группой контроля при локусе rs1042713 (Arg16Gly) гена ADRB2. Отсюда следует, что дети с носительством аллеля Gly(G) с заменой аденина на гуанин А46G и мутационного гомозиготного генотипа G/G локуса Arg16Gly в гене ADRB2 имеют предрасположенность к ООБ и имеют относительный риск заболеваемости рецидивирующей бронхиальной обструкции и бронхиальной астме.

РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Закирова У.И.

Ташкентская медицинская Академии

Актуальность. В последние годы болезни органов дыхания всё еще сохраняют свои лидирующие позиции по распространенности среди детского населения. Высокие достижения в области геномных технологий улучшили понимание патогенеза заболеваний и позволили лучше дать характеристику реакции и необходимости лекарственных средств на основе индивидуального генофонда организма. Существующие отдельные полиморфизмы гена ADRB2 приводят к изменениям аминокислотной последовательности β 2-адренорецептора, которое приводит к нарушению его функциональных свойств. Данное явление влечет за собой отсутствие бронходилатационного эффекта или неблагоприятные побочные проявления. Противоречивость результатов исследований в различных популяциях доказывают актуальность изучения ассоциации полиморфизма гена ADRB2 у детей узбекской этнической принадлежности.

Целью нашей работы явилось исследование полиморфизма гена ADRB2 носителей локуса Arg16Gly для повышения эффективности фармакотерапии и персонализации у детей с бронхиальной астмой (БА).

Материалом для исследования послужили 76 детей с БА в возрасте от 6 до 15 лет. Контрольную группу составили 45 практически здоровых детей, без аллергопатологии того же возраста. В молекулярно-генетическом исследовании использован диагностический набор для выявления полиморфизмов в генах человека методом ПЦР в реальном времени. Объектом исследования послужили образцы крови на фильтровальной бумаге. Для определения полиморфизмов rs1042713 (Arg16Gly) гена ADRB2 проводился забор крови из вены у детей.

Результаты исследования показали: У носителей локуса Arg16Gly гена ADRB2 при проведении спирометрии и провокационного теста в группе детей с БА обнаружено эффективность сальбутамола у 47(55,3%) детей, тогда как у 38(44,7%) эффективность была низкой. Среди детей с низкой эффективностью сальбутамола обнаружены в наибольшем количестве представители генотипа G/G (72,3%) локуса Arg16Gly гена ADRB2, что

значительно достоверно выше по сравнению с другими генотипами A/A (17,0%) и G/G (10,6%) ($P < 0,05$). Большое количество исследований ученых посвящены изучению полиморфного варианта rs1042713A>G гена ADRB2 и его значению в развитии БА. Например, результаты исследований у детей русской этнической принадлежности аллеля rs1042713 генотип G/G гена ADRB2 была связана с низким эффектом терапии β -агонистами короткого действия. Наши данные согласованы с результатами исследований ученых, у которых генотип аллеля rs1042713*G/G гена ADRB2 приводил к развитию тяжелого течения БА. У пациентов с БА из США выявлена связь аллеля ADRB2*rs1042713 генотипа A/A с низкими показателями ФВД по сравнению с пациентами, которые являлись носителями гомозиготного аллеля rs1042713*G гена ADRB2

Выводы. Высокая обратимость БО, следовательно, высокая эффективность сальбутамола в группе пациентов БА в наибольшем количестве обнаружена у носителей гомозиготного генотипа A/A (68,4%) локуса Arg16Gly. Мутационный генотип обнаружен в данной группе детей достоверно реже по сравнению с представителями других генотипов, в частности G/G (7,9%) ($P < 0,05$). Следовательно, у детей с БА у носителей гомозиготного генотипа A/A локуса Arg16Gly гена ADRB2 отмечается высокая эффективность терапии, а представителей генотипа G/G (72,3%) низкая эффективность использования сальбутамола в терапии.

CHARACTERISTICS OF NEONATAL HEMOSTASIS IN NEWBORNS WHO EXPERIENCED CHRONIC INTRAUTERINE HYPOXIA

Ziyadullaeva Kh.O., K.R. Dilmuradova

Samarkand State Medical University

Relevance. Chronic intrauterine hypoxia is one of the most common and serious complications of pregnancy, leading to disturbances in the health of the fetus and newborn, including in the hemostatic system. Timely diagnosis and correction of hemostatic disorders in this category of patients is important for optimizing their therapy and preventing complications. However, the features of the state of the hemostatic system in newborns with chronic intrauterine hypoxia have been insufficiently studied, which determines the relevance of this study.

Objective. This study aimed to investigate the state of the hemostatic system in newborns who experienced chronic intrauterine hypoxia.

Materials and methods In 60 newborns of various gestational ages who experienced chronic hypoxia during the antenatal period, umbilical cord blood samples were collected in a volume of 5.0 ml.

Group I consisted of 20 healthy newborns from healthy mothers aged 19 to 33. Group II consisted of 40 newborns born to mothers with a complicated obstetric history and pregnancy and delivery complications. Signs of chronic intrauterine hypoxia were confirmed by ultrasound (US) and cardiotocography (CTG) data. The causes of chronic intrauterine hypoxia, according to ultrasound findings were: polyhydramnios - 25%; oligohydramnios - 15%; clouding of amniotic fluid - 29%; premature placental maturation - 31%. Pregnancy complications were noted as follows: 42% of mothers had severe anemia (hemoglobin level of 70 g/L or below); 12% of mothers had severe preeclampsia; 22% of mothers experienced pregnancy complicated by arterial hypertension, ascites, and anasarca; 24% of mothers had a pregnancy complicated by late toxicosis and the threat of pregnancy termination.

Laboratory tests conducted included a complete blood count performed on a BC-5000 device. The coagulation profile, including prothrombin time (PT), prothrombin index by Quick (PTI), international normalized ratio (INR), activated partial thromboplastin time (APTT), fibrinogen, and thrombin time (TT), was determined using a Human Clot Junior (2000) device.

Statistical processing of the obtained data was performed using specialized software programs Statistica 10.0 and Microsoft Excel 2017

Results and discussion. In the complete blood count of the group with chronic hypoxia, leukocytosis averaged $13.02 \pm 1.12 \times 10^9/L$, hemoglobin 164.93 ± 2.84 g/L, and platelets $153.56 \times 10^9/L$ on average.

When examining hemostasis parameters (PT, INR, APTT, TT) in newborns with chronic hypoxia, changes were identified that did not have statistically significant differences. The average PT in chronic hypoxia was 11.95 ± 0.82 seconds, and the prothrombin index was 115.57 ± 6.03 seconds.

There was a notable decrease in INR and APTT in the examined sick newborns compared to healthy ones. It is important to note the absence of statistically significant differences between PT, TT, PTI, INR, and APTT in sick and healthy newborns. However, among the hemostasis parameters in umbilical cord blood, only the fibrinogen level showed a statistically significant difference between healthy newborns and those who experienced chronic intrauterine hypoxia, with a difference up to 3.96 ± 0.58 g/L, $p < 0.01$.

Conclusion: Thus, chronic intrauterine hypoxia is a risk factor for the development of thrombocytopenia and a hypercoagulable state in the hemostatic system of newborns.

ЭЛЕМЕНТНЫЙ СТАТУС СИНДРОМОМ ДАУНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Зуфарова Н.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Для качественной жизнедеятельности нужны макро- и микроэлементы, которые самостоятельно не вырабатываются организмом. Даже в очень малых количествах, они участвуют в важнейших функциях организма человека. Эссенциальные нутриенты входят в состав биологических активных веществ, такие как ферменты, гормоны и витамины. Дефицит и профицит могут привести к серьезным дисфункциям. Микроэлементы участвуют в метаболизме белков, жиров, углеводов, а также в синтезе белка в организме, теплообмене, кроветворении, формировании костей, регенерации и иммунных реакциях. У детей с синдромом Дауна наблюдаются заметные отклонения в питании и усвоении микроэлементов. Исследования выявили избыточное или недостаточное поступление питательных веществ в организм, которое связано с неправильным выбором продуктов питания, пищевой непереносимостью, что приводит к недостаточному усвоению питательных веществ.

Цель исследования: изучение содержания макро- и микроэлементов в волосах детей с синдромом Дауна.

Материалы и методы исследования. Обследовано 50 детей с СД в возрасте от 1 года до 7 лет. Материалом исследования явились волосы, которые срезались под корень с пяти разных участков головы у детей с СД. Волосы были проанализированы нейтронно-активационным анализом, на 23 элемента, который представляет собой метод качественного и количественного определения элементов, основанный на измерении характеристик излучения радионуклидов, образующихся при облучении материалов нейтронами. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру-Стьюденту.

Результаты исследования. Результаты анализа волос выявили 100% норму таких элементов как Sc, Cd, Sb, Ni, Hg и U, а также La – в 80%, Se – в 47% и Zn – в 56% случаях. Содержание Cl было достоверно выше референсных значений, что составило 54%. В то время как содержание Ca – 96%, Cu – 94%, Co – 92%, I – 88%, Mn – 80%, Cr и Au – 78%, Ag

– 72%, Fe – 64%, Rb – 60%, Br и К – 56% выявили достоверно низкие значения в волосах у детей с синдромом Дауна.

Выводы. Полученные данные указывают на то, что у детей с синдромом Дауна имеется дефицит жизненно-важных макро- и микроэлементов, которые существенно влияют на водный обмен, опорно-двигательную систему, в виде задержки роста, эндокринную систему, т.к. дефицит йода в организме ведет к нарушению его интеллектуального развития, тем самым понижая качество жизни ребенка. Вовремя назначенная коррекционная работа с микронутриентным статусом может влиять на общее развитие ребенка с синдромом Дауна.

ЛЕЧЕНИЕ СТВОЛОВОЙ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ.

Ибрагимов К.Н., Азизов М.К., Ахмедов Ю.М.

**Самаркандский государственный медицинский университет.
Областной детский многопрофильный медицинский центр**

Актуальность. Гипоспадия – это один из наиболее распространенных пороков развития наружных половых органов у мальчиков. Различают несколько форм данного порока, дистальная гипоспадия, стволовая гипоспадия и проксимальная гипоспадия, при каждой из них возможен различный подход к выбору техники и этапности хирургической коррекции. Известно более 300 различных методов оперативной коррекции этого порока. При данной форме гипоспадии мы применили такие методы операции как: Mathieu, Duplay, TIR. Несмотря на множество существующих методов хирургического лечения гипоспадии, ни один из них не является идеальным. Среди всех послеоперационных осложнений наиболее частыми являются свищи неоуретры, суженое место анастомоза, несостоятельность швов, инфицирование операционной раны.

Цель исследования: является достижение хорошего функционального и косметического результатов, путём выявления факторов, влияющих на частоту после операционных осложнений.

Материалы и методы. За период с 2015 по 2023 год в отделении детской хирургии ОДММЦ г Самарканда на обследовании и лечении находились 179 больных в возрасте от 1 до 16 лет с гипоспадией стволовой формы.

Результаты исследования. Дети были обследованы и после предоперационной подготовки, всем детям произведено оперативное лечение. Во время операции учитывались оптимальные способы отведения мочи, использование современного шовного материала и послеоперационного введения больных. Нами было применено такие методы операции как Mathieu, Duplay, TIR. Метод Mathieu был применен 63(35,1%) больным. Осложнения наблюдались у 16(9,5%) больных. Операция TIR проведена 54(30,1%) больным. Осложнения встречались у 14(25,9%) больных. По методу Duplay прооперированы 62(34,6%) больных. При данном методе осложнения наблюдались у 21(33,8%) больных.

Выводы. Таким образом, отсутствие единого подхода в лечении, значительная частота послеоперационных осложнений и высокая социальная значимость подтверждают тот факт, что исследование, посвященное проблеме хирургического лечения гипоспадии, является актуальным и оправданным. Операция TIR и её авторская модификация при проксимальной гипоспадии отличаются большей эффективностью и наименьшим уровнем осложнений в сравнении с операцией Duplay. Универсализация методического подхода к оперативному лечению различных форм гипоспадии способствует минимизации осложнений и сокращения сроков восстановления уретры.

УРЕТРОПЛАСТИКА ПРИ ЗАДНЕЙ ФОРМЕ ГИПОСПАДИИ

Ибрагимов К.Н., Азизов М.К., Ахмедов Ю.М.

Самаркандский государственный медицинский университет
Областной детский многопрофильный медицинский центр

Актуальность. Гипоспадия - порок развития, при котором происходит смещение, в сторону мошонки или тела полового члена в следствии недоразвития губчатой части уретры. Наружное отверстие находится на нижней поверхности головки полового члена, мошонки или промежности мальчиков. Половой член деформирован и изогнут книзу. Проксимальная гипоспадия – наиболее тяжелая форма данного порока. Тяжесть гипоспадии при проксимальной форме определяется не только расположением меатуса и наличием искривления, но и в целом патологией (степенью дисплазии) вентрального треугольника. В последние десятилетия особое внимание уделяется применению в качестве аутотрансплантата слизистой оболочки ротовой полости (щеки, нижние губы). При задней форме мы применяем метод буккальной пластики состоящий из двух этапов. Буккальная пластика хирургическая операция для восстановления нормальной проходимости мочевого канала, которая нарушается из-за патологических изменений в стенках уретры.

Цель исследования: улучшение результата хирургического лечения задней формы гипоспадии у детей.

Материалы и методы. За период с 2015 по 2023 год в отделении детской хирургии ОДММЦ г Самарканда на обследовании и лечении находились 63 больных в возрасте от 1 до 16 лет с гипоспадией мошоночной формы.. Нами было применено такие методы операции как буккальная пластика уретры, выпрямление полового члена по Duplay-Савченко, создание уретры из лоскута крайней плоти.

Результаты исследования. Метод буккальной пластики был применен 29(46%) больным. У данных больных мы использовали метод операции состоящий из двух этапов. Осложнения наблюдались в виде уретерального свища у 6(20,6%) больных и сужение уретры на месте анастомоза наблюдались у 4(13,7%) больных и у одного больного наблюдалось рубцовая деформация полового члена, что потребовало повторной хирургической коррекции. Метод операции по Duplay-Савченко применен 34(53,9%) больным. Осложнения наблюдались в виде уретерального свища у 7(20,5%) больных, через 6 месяцев эти больные были повторно оперированы, по поводу ликвидации уретерального свища. Расхождение швов наблюдалось у 5(14,7%) больных, этим больным также применена повторная операция.

Выводы. Таким образом, применение двух этапных методов операции при гипоспадии задней формы считается наиболее эффективным методом лечения. Буккальная уретропластика считается наиболее часто применяемым методом лечения, дающий хороший косметический результат при мошоночной форме гипоспадии. При применении монофиламентных нитей 6/0 – 7/0 (ПДС) резко снижается процент уретеральных свищей. После иссечения хорды в обязательном порядке рекомендуем проводить гидротест под контролем гониометра.

ВИРУСОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ АНЕМИИ ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В

Икрамова Н.А., Иноятова Ф.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Цель: значение гепсидина-25 в развитии вирусной активности у детей, больных хроническим гепатитом В (ХГВ) с анемией воспаления.

Материал и методы. Обследовано 140 детей больных ХГВ с анемией воспаления в возрасте 3-18 лет, из которых 60,7% детей с рефрактерной анемией (РА) и 39,3 % с не рефрактерной (нРА). Оценка индекса $sTfR/\log_{10}Ft$ свидетельствовала о том, что дети на фоне нРА имели “истинный” дефицит железа индекс $sTfR/\log_{10}Ft > 2,237 \pm 0,18$. В то время как больные с РА имели пере-распределительный дефицит железа индекс $sTfR/\log_{10}Ft < 0,904 \pm 0,02$, свидетельствующий о перегрузке железом организма. Вирусологическую верификацию проводили на основании обнаружения HBsAg, HBsAb, HBeAg, HBeAb, суммарные HBcAb – методом ИФА с использованием наборов «Human» (Германия). ПЦР исследование для качественного и количественного определения HBV DNA проводили наборами «Gene Pak RNAPCR test», ООО «Изоген» (Россия). Методом ИФА определяли: гепсидин-25 с использованием набора фирмы «Bachem», USA. Группа контроля 30 практически здоровых детей.

Результаты исследования. Анализ маркерного профиля HBV у больных с РА характеризовался превалированием маркера инфекционности HBeAg ($85,8 \pm 3,8\%$ против $58,2 \pm 6,7\%$ детей нРА, $p < 0,001$). Также, среди детей с РА чаще обнаруживался маркер активной репликации, HBV-DNA ($100,0\%$ против $70,5\%$, $p < 0,05$), из которых $60\% \pm 7,7\%$ детей находились за пределами количественного порога активной репликации – 10^6 - 10^8 копий/мл в крови. При этом, изучение параметров гепсидина-25 выявило, что большинству ($91,7\%$) детей на фоне РА было характерно снижение средних значений до $28,68 \pm 0,6$ ng/ml, ($p < 0,001$). В группе нРА у $81,9\%$ детей средние значения были высокими ($56,37 \pm 1,6$ ng/ml, при контроле $39,4 \pm 1,7$ ng/ml). По-видимому, у детей больных ХГВ на фоне РА в системе внутрипеченочной регуляции метаболизма железа возникает инактивация мембранного цитокинового модуля с развитием блокирования транскрипции гепсидина-25. В результате ослабления его основных физиологических функций, происходит бесконтрольное всасывание железа в организме исходом которого является перегрузка организма железом, со следствием усугубления гипоксии тканей и снижения иммунитета, которые пролонгируют репликативную фазу вирусной активности.

Заключение. У детей, больных ХГВ на фоне РА снижение уровня гепсидина-25 приводит к пере-распределительному дефициту железа обусловленным его накоплением в тканях, способствующим пролонгированию HBV вирусной активности, которое необходимо рассматривать как negative-стресс-фактор ведущий к прогрессирующему и тяжелому течению заболевания.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУР ЧАСТЕЙ ТЕЛА У ДЕТЕЙ – ПЕШЕХОДОВ, ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИШЕСТВИЯХ

Индиаминов С.И., Сагдуллаев Н.Н.

Республиканский научно-практический центр судебно-медицинской экспертизы
Термезский филиал Ташкентской медицинской академии и Сурхандарьинский филиал РНПЦ СМЭ МЗ РУз

Актуальность. В структуре дорожно-транспортного происшествия (ДТП) по всему миру автомобильная травма (АТ) продолжает оставаться на лидирующем месте и является наиболее острой медикосоциальной проблемой.

Цель исследования – изучить характер и особенности формирования повреждений у детей-пешеходов при их столкновении с движущимися грузопассажирскими автомобилями.

Материалы и методы. Изучены и проанализированы результаты СМЭ 33 смертельных случаев детей, связанных со столкновениями с движущимися грузопассажирскими автомобилями – Daewoo Damas (15), автобусами (5) и грузовыми автомобилями (13). Среди пострадавших 18 мальчиков и 15 девочек. Возраст пострадавших: 4–6 лет – 9 человек, 7–10 лет – 16, 11–14 лет – 6, 15–17 лет – 1. Столкновения детей-пешеходов с движущимися грузопассажирскими автомобилями почти во всех случаях совершались передними и передне-боковыми частями транспортных средств.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что при данном виде АТ мальчики и девочки пострадали почти в одинаковой степени. Наиболее часто в ДТП пострадали дети в возрасте 7–10 лет – 16 человек, 4–6 лет – 9 и 11–14 лет – 6. При столкновениях детей-пешеходов с движущимися автомобилями Daewoo Damas в основном наблюдается тяжелая ЧМТ, а также сочетанная ЧМТ с травмой груди и живота, сравнительно реже – наблюдается позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) и переломы костей конечностей. При столкновениях детей-пешеходов с другими грузовыми автомобилями и автобусами, помимо повреждений головы, формируются в одинаковой степени СТ грудной клетки и органов грудной полости, а также органов брюшной полости, в том числе ПСМТ и переломы костей конечностей. В процессе изучения и анализа повреждений у детей-пешеходов при их столкновениях с легковыми автомобилями ПСМТ выявлены в 36 случаях из 140 (25,7%). При столкновениях детей-пешеходов с легковыми автомобилями также наиболее часто наблюдались переломы бедренных костей и костей голени, значительно реже – переломы плечевых костей, в основном в верхней и средней их трети, редко переломы костей предплечья. При этом формирования переломов костей верхних и нижних конечностей не имели связи с возрастом детей и их ростом.

Вывод. Характер и локализация повреждений могут быть учтены в процессе судебно-медицинской экспертизы повреждений у детей, связанных со столкновениями с движущимися грузопассажирскими автомобилями, и в клинической практике – для организации и оказания квалифицированной медицинской помощи пострадавшим детям на догоспитальном и госпитальном этапах.

ВИРУСОЛОГИЧЕСКАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ HBV В ПРОЕКЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА +49A>G ГЕНА CTLA-4 У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ HBeAg-НЕГАТИВНЫМ ГЕПАТИТОМ

Иногамова Г.З., Иноятова Ф.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Цель: установить ассоциативные взаимосвязи полиморфизма +49A>G гена CTLA-4 с вирусной активностью у детей, больных хроническим HBeAg(-)гепатитом.

Материал и методы. Под наблюдением находились 59 детей с хроническим HBe(-) гепатитом, в возрасте 4-18 лет, мальчиков 64%. Длительность заболевания составила $8,5 \pm 0,2$ лет. Верификация проводилась методами ИФА и ПЦР. Генотипирование методом PCR-RFLP анализа rs231775 (+49A>G) полиморфизма гена CTLA-4: AA – здоровый; AG – гетерозиготный; GG – мутантный генотипы. Контроль – 60 здоровых детей.

Результаты исследования. Раскладка серологического профиля HBV у больных детей, носителей AA- и AG-генотипов CTLA-4 показала, тотальное отсутствие выявления антигенов, антител и HBV-DNA в крови за исключением низких титров HBsAg IgG, что трактовалось нами как неактивное носительство HBV-инфекции без видимых специфических жалоб и клинико-биохимических синдромов. Согласно анамнезу, течение заболевания характеризовалось медленным прогрессированием патологического процесса в печени. Данный профиль можно объяснить мутацией предъядерного промотора и preS/S-доменов, подавляющие экспрессию HBeAg и HBsAg, что согласуется с данными. Как правило, такие preSог-мутации в условиях персистенции D-генотипа HBV (до 77,5% узбекской популяции) предусматривает мутацию G1896A, где предъядерный регион перекрывается с e-сигналом, необходимым для транскрипции пРНК, и замена гуанина на аденин улучшает пару оснований U1858-G1896, что препятствует считыванию информации и синтезу HBeAg. Так, из числа больных носителей A-аллеля, 71,4% больных детей имели длительные сроки заболевания ($12,3 \pm 0,2$ лет), наличие низкого уровня репликации (до 10^3 копий/мл), незначительное, но достоверное повышение АЛТ ($59,5 \pm 8,12$ U/L, при контроле $35,4 \pm 1,17$ U/L) и стадию фиброза F₁₋₂. В отличие, высокая репликативная активность была характерна для больных детей носителей GG-генотипа с раскладкой серологического профиля: HBV-DNA 10^{7-8} копий/мл, HBsAg (+), HBsAg IgM (+) на фоне HBeAg(-), HBsAg(-) и HBsAg IgG (-), характерного для Core-мутаций ядерного промотора (BCP-basal core promoter), подавляющие экспрессию HBeAg за счет удаления транскрипции предъядерной и прегномной РНК. У данной категории детей, хронический HBe(-)гепатит ассоциировался с высокой воспалительной активностью, где частота выраженных и прогрессирующих форм составляла 100% и 90% соответственно ($p < 0,05-0,01$ к носителям AA- и AG-генотипов), что подтверждало значимость G-аллеля в развитии тяжелых форм заболевания. По-видимому, G-аллель в условиях мутации связан с уменьшением контроля Т-клеточной активации за счет изменения avidности связывания молекулы CTLA-4 с корецептором антиген-презентирующих клеток B7.2 (CD86), таким образом, способствуя формированию интенсивной воспалительной реакции организма, аутоиммунных процессов, усиления фибротических и апоптических процессов в тканях.

Вывод. Таким образом, течение хронического HBe(-)гепатита у детей предопределяется полиморфизмом +49A>G гена CTLA-4, где носительство AA- и AG-генотипов CTLA-4 ассоциируется с неактивным HBV-носительством, и напротив, GG-генотипа с прогрессирующим течением и репликативной активностью. Следовательно, G-аллель можно рассматривать в числе факторов по прогнозированию течения заболевания с перспективой оценки риска развития осложнений и выживаемости больных детей.

ВОСПРИИМЧИВОСТЬ ДЕТЕЙ К РАЗЛИЧНЫМ ШТАММАМ SARS-COV-2 НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Иноятова Ф.И., Абдуллаева М.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр педиатрии

Цель исследования: изучить возрастные особенности восприимчивости детей к различным штаммам SARS-CoV-2 и выявить их зависимость от типа вируса.

Материалы и методы. Обследовано 108 детей, больных новой коронавирусной инфекции от 2-х месяцев до 18 лет. Половой анализ показал преобладание девочек (55,0%) над мальчиками (45,0%). Отбор больных проведен на основании положительного результата исследования мазков из носо-/ротоглотки на РНК SARS-CoV-2 (PCR-RT «Biotest- SARSCoV-2», амплификатор DT prime — ДНК Технологии, Россия). Концентрацию и чистоту выделенной РНК измеряли с помощью спектрофотометра BioSpec-nano (Shimadzu Biotech, Japan). Для идентификации штаммов SARS-CoV-2: Wuhan (WU), Alpha (UK), Gamma (BR) использовался набор для обнаружения 6 мутаций в гене S (ARMS-PCR) — Patho Genesis, Китай; Delta штамма — набор B.1.617 RT-PCR Detection Kit, Fosun Long Medical, Китай.

Результаты исследования. Генотипирования показали, что доминирующим был штамм Delta (77,8%), за ним следовали штаммы Wuhan (9,2%), Alfa (10,2%) и Gamma (2,8%). Распределение по возрастным категориям выявило, что WU-штамм чаще поражал детей от 1 до 3 лет (40,0%) и младше 1 года (30,0%), при этом детей старше 16 лет среди инфицированных WU-штаммом не было. Средний возраст больных с WU-штаммом составил $3,28 \pm 0,31$ года. Штамм Alpha был наиболее распространен среди детей 1-3 лет (45,4%), а также у детей 7-15 лет (36,4%), тогда как дети до 1 года и старше 16 лет не инфицировались этим штаммом. Средний возраст детей с UK-штаммом составил $6,1 \pm 0,58$ лет. Штамм Gamma выявлялся исключительно у детей до 1 года, средний возраст составил $0,76 \pm 0,26$ года. Delta-штамм преобладал среди детей 7-15 лет (57,1%) и отсутствием случаев заражения у детей до 1 года возрастных групп. Возрастная дифференциация детей по штаммам SARS-CoV-2 показала статистически значимые различия между группами ($p < 0,05-0,01$). Большинство детей (75%) были госпитализированы в течение первых трех дней заболевания, а источником заражения в 70% случаев были члены семьи.

Заключение. Восприимчивость детей к различным штаммам SARS-CoV-2 зависит от возраста и типа вируса. Дети грудного возраста наиболее подвержены заражению WU и BR штаммами, дети дошкольного и младшего школьного возраста чаще инфицируются UK-штаммом, тогда как подростки более подвержены заражению Delta-штаммом. Это указывает на возрастные различия в реакции врожденного иммунитета на новую инфекцию.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПОЛИМОРФИЗМА 64V>I ГЕНА CCR2 И ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ HBV-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Иноятова Ф.И., Абдуллаева Ф.Г.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр педиатрии

Цель исследования - установление фенотипических параллелей полиморфизма 64V>I гена CCR2 с особенностями течения хронической HBV-инфекции у детей.

Материалы и методы. Обследовано 120 детей, больных хронической HBV-инфекцией в возрасте от 3 до 18 лет, из которых мальчики составили 64,1% и девочки - 35,9%. По активности детей с выраженным процессом выявлено 34,7%, умеренным - 32,6% и минимальная степень составила 32,7%. Диагноз установлен на основании общепринятых клинических, лабораторных и инструментальных исследований (УЗИ с ДГ и ФЭМ на аппарате «Toshiba Aplio XG V5», Япония). Верификацию HBV и маркерный спектр проводили методами ИХЛА и ПЦР. Исследование полиморфизма 64V>I (V/V, V/I и I/I) гена CCR2 - с использованием набора «PCR Core». Контрольная группа - 65 здоровых детей. Генотипирование полиморфизма rs1799864 гена CCR2 64V>I проводилось с помощью ПЦР (NCBI Primers Tool и Nebcutter) и PCR Core («Изоген», Россия). Распределение генотипов соответствует уравнению HW, $p=0,15$.

Результаты. Частота генотипов у больных в сравнении с группой здоровых детей статистически значилась только в отношении доминанты I-аллеля гена CCR2 (OR-0,5; 95%CI 0,27-0,92; $p=0,02$), что в 2 раза превышало группу контроля. В динамике течения заболевания частота V-аллеля при тяжелой степени активности выявила достоверное превалирование в сравнении с умеренной и минимальной степенью активности, $p<0,05$. При этом, маркер активной инфекции HBeAg статистически значимо превалировал среди больных V-аллельной гомозиготной позиции (90,0% против 59,8% детей с V/I-генотипом и 21,8% с гомозиготным I/I-генотипом, $p<0,01$). Антитела к HBsAg total определились у большинства больных исследуемых групп ($p>0,05$). У 97,0% детей с гомозиготным V/V-генотипом уровень HBV-DNA отмечен в высоких значениях (более 106копий/мл), тогда как I-аллельные носители не превышали 103копий/мл ($p<0,01$).

Клинически астеновегетативный синдром регистрировался у всех детей 64V-гомозиготного генотипа (100,0% и 78,7%, $p<0,001$). Холестатический также достоверно чаще наблюдался у детей данной группы, показатели которого практически в два раза превышали значения больных обладателей I-аллельного генотипов, в частности, иктеричность кожи и склер отмечалась в 78,6% и 88,7% случаев против 38,7% и 54,8% соответственно. 85,9% детей 64 V-аллельных гомозиготных носителей предъявляли жалобы на носовые кровотечения ($p<0,001$). Эти данные подтверждались биохимическими показателями поражения печени, доказанные высокой статистически достоверной значимостью: гиперферментемия - 74,2%, холестаза - 93,2% и мезенхимально-воспалительный синдром - 77,5%. Выявленная высокая активность воспалительного процесса в печени у детей с V/V-генотипом подтвердило наличие взаимосвязи генного полиморфизма rs1799864 CCR2 с формированием особенностей течения заболевания.

Заключение. Таким образом, полиморфизм rs1799864 гена CCR2 можно рассматривать в качестве фактора дифференциации тяжести хронической HBV-инфекции у детей, где V/V-генотип характеризует течение с выраженной вирусной агрессией с высокой вирусной нагрузкой и предопределением тяжести течения и неблагоприятного фактора в плане прогноза заболевания.

КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В

Иноятова Ф.И., Сон Т.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Цель исследования – изучить клинические особенности течения сердечно-сосудистой патологии у детей с хроническим гепатитом В.

Материалы и методы. Обследовано 80 детей с хроническим гепатитом В (ХГВ), находившихся на лечении в гепатологическом отделении при РСНПМЦП в возрасте от 5-14 лет. Диагностические методы исследования детей с ХГВ включали: анамнез болезни, клинические, серологические, лабораторные и инструментальные исследования. Верификация вируса подтверждалась обнаружением маркеров HBV (HBsAg, HBeAg, HBeAb, HBcorAb) методом ИФА и ПЦР (HBV-DNA). Оценка структурно-функционального состояния сердца проводилась на основании ЭКГ (BTL-08SD, Великобритания) и ЭхоКГ (Philips HD 3, Голландия). Кардиогемодинамические нарушения были выявлены у 50 детей (62,5%) – I группа, II группу составили дети с ХГВ без кардиальной патологии – 30 (37,5%).

Результаты исследования. Анализ проведенных исследований выявил, что у детей I группы, среди кардиальной патологии, наиболее часто встречались метаболические кардиомиопатии (82,8%). Информативными в диагностике сердечно-сосудистой патологии при ХГВ явились такие условно-специфические признаки, как учащение пульса в покое и при ходьбе, увеличение границ сердца влево, приглушение тонов сердца и акцент II тона над легочной артерией. Было установлено, что ведущими биохимическими показателями поражения печени явились синдромы цитолиза и холестаза, которые были характерны для детей с кардиальными нарушениями.

У детей с кардиомиопатиями были зарегистрированы изменения на ЭКГ, среди которых наибольшее количество патологических изменений характеризовались: наличием синусовой аритмии (42%), нарушением процессов реполяризации (32%), нарушением внутрижелудочковой проводимости (16%), перегрузки ЛЖ (6%) и ПЖ (4%). Данные изменения на ЭКГ указывают на большую выраженность метаболических изменений в миокарде у детей с ХГВ.

Для изучения гемодинамики и морфофункциональных изменений миокарда была проведена ЭхоКГ у детей I группы. У 7 детей диагностировалась дополнительная хорда в полости левого желудочка, у 5 - гипертрофия ЛЖ, у 6 – умеренное снижение общей сократимости, у 2 – гипертрофия ПЖ.

Заключение. Таким образом, полученные клинико-инструментальные данные исследования сердечно-сосудистой системы у детей с хроническим гепатитом В позволили выявить метаболические кардиомиопатии, которые оказывают прогрессирующее течение на тяжесть основного заболевания. Однако, длительный патологический процесс в печени приводит к еще более тяжелым гемодинамическим нарушениям. Диагностика метаболических кардиомиопатий при ХГВ у детей представляет определенные трудности в связи с малосимптомным и латентным течением, в связи с этим, своевременная комплексная диагностика позволит уменьшить риск развития осложнений, тем самым улучшая прогноз основного заболевания.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РОЛИ ПОРОГОВ AUTORT ПРИ НАСТРОЙКЕ РЕЧЕВЫХ ПРОЦЕССОРОВ «SONNET 2» И «RONDO 3» В СИСТЕМЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ДЕТЕЙ

Иноятова Ф.И., Наджмутдинова Н.Ш., Махмудов М.У., Маджитова Д.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность. На сегодняшний день кохлеарная имплантация является единственным золотым стандартом для лечения тяжелой степени тугоухости у детей. Залогом успешной реабилитации имплантированных детей является оптимальная

настройка речевого процессора, которая осуществляется на основании субъективных и объективных методик, таких как телеметрия, ESRT, AutoART, ART и ECAP.

Цель: определить важность роли порогов AutoART в системе кохлеарной имплантации при настройке речевого процессора у детей.

Материалы и методы исследования. В обследовании участвовали 113 пациентов в возрасте от 11 до 14 лет, средний возраст которых составил $12,7 \pm 1,4$ года, из них 51 (46%) мальчики и 62 (54%) девочки. Всем пациентам был имплантирован кохлеарный имплантат CONCERTO Mi1000 и модель речевого процессора OPUS 2 в РСНПМЦ Педиатрии в отделении Лор заболеваний Ташкент (Узбекистан) в 2015 году. В 2023 году была проведена замена речевого процессора на речевой процессор Rondo 3.

Результаты исследований. В 2015 году в процессе настройки речевого процессора использовался ART. У 75 пациентов (66%) ART регистрировался на всех 12 каналах, у 41 пациента (31%) - частично не регистрировался на некоторых каналах (в среднем 3-5), а у 3 пациентов (6%) - не регистрировался ни на одном канале. В 2023 году при замене речевого процессора использовалась новая технология AutoART с разрядом 35 qu. У 54 пациентов (47%) AutoART регистрировался на всех 12 каналах, у 41 пациента (37%) - частично не регистрировался на некоторых каналах (в среднем 3-5), а у 18 пациентов (16%) - не регистрировался ни на одном канале. При этом у этих больных (n=18) без регистрации AutoART имелась разборчивая и развитая речь.

Интерпретация: Важно отметить, что у 18 пациентов с отсутствием регистрации AutoART, в 2015 году ART регистрировался на всех 12 каналах.

Выводы. Использование порогов AutoART при настройке речевого процессора имеет важное значение для достижения оптимальной настройки речевого процессора у детей. Однако, необходимо помнить, что регистрация порогов Аутоарт не всегда может быть единственным показателем для прогнозирования развития речи у детей.

ОЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Исаханова Н.Х.

Тошкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Заболеваемость врождёнными пороками сердца (ВПС) варьирует в широких пределах и составляет от 2–4 до 8–14 на 1000. Несмотря на грандиозные успехи в кардиохирургии детства, доля умерших от ВПС в группе всех причин в течение последних лет находится приблизительно на одном уровне и составляет 10%, среди которых 80% составляют дети до 1 года. Физическая активность – биологическая потребность организма, от которой зависят развитие, функциональные возможности и работоспособность ребенка. Однако после кардиохирургической коррекции есть все данные для восстановления физического функционирования таких детей. Поэтому получение новых данных о влиянии социальных, медицинских показателей, а также объема и кратности оперативного лечения на состояние здоровья детей, оперированных по поводу ВПС, в то числе их психо-когнитивную адаптацию, в отдаленном периоде, с другой стороны поможет осуществить комплексный подход к каждому ребенку.

Цель исследования. Выявление отклонений в состоянии здоровья детей в отдаленном послеоперационном периоде, перенесших кардиохирургическое вмешательство по поводу врожденных пороков сердца с применением комплексного подхода для определения возникновения возможных рисков развития.

Методы исследования. Нами было проведено проспективное исследование группы детей (n =88), находившихся на госпитализации в отделении детской кардиологии. Всем

детям ранее был документирован врожденный порок сердца (у 66% детей дефект межпредсердной перегородки, у 23% – дефект межжелудочковой перегородки, 8% – сочетание дефекта межпредсердной перегородки и дефекта межжелудочковой перегородки), средний возраст на момент постановки диагноза составил 3,8 лет, на момент оперативного лечения – 5,9 лет, что позволило нам применить методики оценки здоровья, описанные ниже. Так же проводилось проспективное исследование детей, оперированных по поводу ВПС через 1 (n = 15), 2 (n=90) и 3 года (n=58) после оперативного вмешательства на стационарном и амбулаторных этапах. В обеих группах изучались анамнез, клиничко-гемодинамические особенности, течение послеоперационного периода, остаточные явления после коррекции порока на момент выписки из стационара, оценивался социальный статус родителей. На предоперационном этапе всем детям проводилась комплексная оценка здоровья. Pediatric Quality of Life Questionnaire PEDsQL4, оценивающий физическое, эмоциональное, социальное функционирование, жизнь в школе, психическое здоровье и суммарный балл по 100-бальной шкале: чем выше итоговая величина, тем лучше качество жизни ребенка.

Результаты исследования. Оценивая состав семей выявлено, что 35% детей жили в полных семьях, 38% воспитывались в многодетных семьях, 22% – в неполных и 8% детей проживали в условиях детского дома. При этом 58% родителей оценили свои условия проживания, как хорошие, 17% – очень хорошие, 25% расценивают условия жизни как плохие. В 33% процентах случаев имеются конфликтные семьи, в 7% случаев родители страдают алкоголизмом, и в 8% семьях имеются правонарушители. Согласно комплексной оценке здоровья было выявлено, что физическое функционирование большинства детей находилось на низком уровне, 60% и 13% пациентов имели низкое и очень низкое физическое функционирование соответственно, и лишь 27% – среднее. Относительно остальных 3 компонентов здоровья мы так же можем заметить, что большинство детей имели «низкий» и «очень низкие» уровень социального, эмоционального и умственного функционирования.

Выводы. У большинства детей через 1–2 года после оперативного лечения нивелируются гемодинамически значимые остаточные нарушения, при этом качество здоровья, включая все аспекты – физическое, эмоциональное, социальное и умственное функционирование, продолжает страдать. Дети с ВПС продолжают отставать в физическом и психомоторном развитии от своих сверстников, у них снижена познавательная деятельность, способность к концентрации внимания, имеет место нарушение внутрисемейных и межличностных отношений. Все это прогнозирует значительные риски в развитии и психофизической и социальной дезадаптации, снижению их качества жизни и здоровья в целом.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА У ДЕТЕЙ – ПЕШЕХОДОВ ПРИ АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЕ

Искандаров М.М.

**Республиканский научно-практический центр судебно-медицинской
экспертизы**

Актуальность. Судебно-медицинские аспекты автомобильных травм у детей разного возраста, особенно у детей старше 5-6 лет, которые самостоятельно передвигаются по улицам, изучены недостаточно. Это требует дополнительных исследований, направленных на обоснование характера, особенностей формирования и механизма повреждений органов и тканей у детей-пешеходов при их столкновениях с движущимися транспортными средствами.

Цель исследования – выявление особенностей формирования повреждений позвоночного столба у детей – пешеходов при автомобильной травме.

Материалы и методы исследования. Изучены и проанализированы результаты судебно-медицинских экспертиз и материалы дела в отношении 140 детей, погибших при столкновениях с движущимися автомобилями. Среди погибших: мальчиков - 91, девочек - 49. По возрасту: 6-7 лет – 53 случая; 8-10 лет - 41; 11-14 лет - 37; и 15-17 лет - 9 случаев. Детально проанализированы характер, локализация, частота и объем повреждений тканей и органов у пострадавших детей. Проведено измерение длины тела детей-пешеходов.

Результат и исследования. Исследования показали, что при данном виде автомобильной травмы (АТ) у детей-пешеходов формируется черепно-мозговая травма (ЧМТ) в 78% случаев, сочетанная травма (СТ) груди -40,6%, СТ живота - 50,2%, позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ)-25,7% и переломы костей конечностей -55%.

Позвоночно-спинномозговые травмы (ПСМТ) выявили в 36 (25,7%) из 140 случаев, причем изолированную в 1 случае, а у остальных 35 погибших ПСМТ сочеталась с травмой других частей тела. При ПСМТ чаще отмечали повреждения шейного и грудного отделов — 27 и 19 случаев соответственно, переломы поясничного отдела позвоночника в одиночных 1 случаях, сочетанную ПСМТ шейного и грудного отделов отметили в 12 случаях. В структуре ПСМТ преобладала травма верхнего шейного отдела — шейно-затылочная травма (ШЗТ) — в 21 из 27 случаев, и травма нижних шейных позвонков (С3 и С4.) - в 6 случаях. В грудном отделе наиболее часто (7) наблюдали переломы верхних грудных позвонков (Th-Th₄) и, соответственно, повреждения структуры этих частей спинного мозга. Переломы нижних грудных позвонков (Th₁₀- Th₁₁) выявили только в 2 случаях. Переломы грудных позвонков имели дистракционный и ротационный характер. В большинстве случаев (24 из 36) при ПСМТ обнаружили полный отрыв спинного мозга в области переломов позвоночника.

Заключение. Характер ПСМТ указывал на то, что они возникли в 1-й (травма груднопоясничного отделов) и во 2-й (травма шейного отдела) фазах АТ. Характер и локализацию ПСМТ необходимо учесть при оказании необходимой помощи пострадавшим детям.

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ ПРИ ЛИМФАТИЧЕСКОМ ДИАТЕЗЕ В УСЛОВИЯХ ПРИАРАЛЬЯ

Искандарова И.Р., Рахманова Л.К., Мухаммадхонов А.Ш.

Ургенчский филиал ТМА

Ташкентская медицинская академия

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Лимфатический диатез (ЛД) – аномалия конституции, которая проявляется лимфопролиферативными процессами и гипоплазией эндокринной и сердечно-сосудистой систем. Основные симптомы – лимфатизм и нарушение иммунитета, нарушение водно-солевого обмена, сердечно-сосудистая недостаточность. Высокая актуальность лимфатического диатеза обусловлена его не до конца изученной природой и тяжелыми осложнениями в виде тимомегалии и острой надпочечниковой недостаточности, которые могут привести к внезапной детской смерти.

Цель исследования: изучить состояние клеточного иммунитета у детей при лимфатическом диатезе в условиях приаралья.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 40 детей в возрасте от 7 до 11 лет, проживающих в условиях приаралья и страдающих лимфатическим диатезом. Контрольную группу составили 25 практически здоровых детей аналогичного возраста.

Клинический диагноз был поставлен на основании клинико-лабораторных, инструментальных исследований, а также маркеров ЛД. Изучали состояние иммунного статуса у детей.

Результаты и их обсуждение. При изучении клинических маркеров ЛД было выявлено: наличие хронических очагов инфекции-98,0%, патологическое течение беременности-92,0%, лимфопролиферативный синдром (стойкое увеличение периферических лимфатических узлов)-85,0%, эндокринопатический синдром (гипоплазия щитовидной железы)-67%, диспропорция телосложения- 49,0%, симпто-адреналовой синдром (крупный вес при рождении) -68,0%, (тимомегалия при рождении)-44,0%, которые согласуются с данными литературы.

Сравнение результатов иммунологических исследований показали выраженные иммунопатологические сдвиги, в виде снижения С3, С4 компонентов комплемента ($P<0,001$), фагоцитарную активность нейтрофилов (ФАН) ($P<0,001$), повышение антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) почек и АСЛ легких ($P<0,001$) в крови.

Заключение. Состояние клеточного иммунитета у детей при лимфатическом диатезе в условиях приаралья характеризуется выраженными иммунопатологическими сдвигами, которые проявляются в виде снижения С3, С4 компонентов комплемента, ФАН, увеличения АСЛ почек и АСЛ легких. Иммунопатологические сдвиги сохраняются и в периоде клинической ремиссии лимфатического диатеза, требующих мониторинг иммунного статуса и иммунокоррекции при ведении таких больных.

ИРИДОДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Искандарова М.А., Туронов Б.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Республиканский научно-практический Центр судебно-медицинской
экспертизы

Актуальность. Радужка обладает неоценимой особенностью среди всех структур организма отражать врождённые недостаточности, закреплённые в генетике. Поэтому изучение иридодиагностических проблем является не только интересным в научном плане, но и весьма любопытным и занимательным и весьма полезным в практической работе врача-педиатра. Считается доказанным, что во всём мире невозможно найти двух людей с абсолютно одинаковыми лицами. Это особенно характерно по отношению к глазам, так как радужка каждого человека совершенно неповторима. Она настолько индивидуальна, и является носителем генетических особенностей организма, что могла бы сослужить огромную услугу в педиатрии и судебной медицине, поскольку её картина в сотни раз богаче и точнее любого дактилоскопического отпечатка. По результатам наших исследований из множества структурных комбинаций радужки, отражающих конституционально-генетических особенностей у детей, были выделены наиболее простейшие типы: радиальный, радиально-волнистый, радиально-гомогенный, радиально-лакунарный, лакунарный.

Целью данного исследования является разработка клинических и экспертных критериев оценки конституционально-генетических особенностей радужной оболочки у детей.

Материалом для исследования последовали истории болезни 75 больных детей с различными патологиями в возрасте от 5 до 18 лет, а также заключения судебно-медицинской экспертизы 30 трупов детей, умерших скоропостижно в результате различных

заболеваний. В работе были использованы иридологические, иридофотографические и оптико-электронные и компьютерные методы иридологии.

Результаты данных исследований показали, что у детей со светлыми глазами радиальный тип радужки встречается намного чаще (83,7%), чем у темноглазых. Радиальный тип радужки не встречался в наших исследованиях как у больных детей, так и трупов детей, умерших от различной патологии. У второго типа радужки вид радиально идущих и несколько уплощённых трабекул. Это так называемый нейрогенный тип конституции, для которого характерна астенографические проявления в виде различных невралгий, гиперактивности и склонность к спазмам. В наших наблюдениях он встречался наиболее часто (46,4%) при патологиях центральной нервной системы у детей. Третий тип радужки – радиально-гомогенный характеризуется сочетанием радиального рисунка в зрачковом поясе плотным гомогенным цилиарным кругом. Наблюдался этот тип почти исключительно у темноглазых детей. Этот тип радужки как радиальный тип служит признаком хорошей конституции и наблюдается у здоровых детей. По нашим наблюдениям этот тип радужки исключительно регистрировался у трупов детей, умерших насильственной смертью, чаще при ДТП от черепно-мозговых травм. Четвёртый тип радужки – радиально-лакунарный представлен в виде истончённой стромы с рассеянно-листовидными впадинами – лакунами. Этот тип радужки был характерен для детей с ослабленной иммунной системой, с частыми заболеваниями инфекционными и воспалительными процессами, а также у детей, умерших от пневмонии в ранние сроки (до года). И, наконец, пятый тип радужки – лакунарный считается наиболее слабым, свидетельствующий о выраженной неполноценности многих органов и систем. Наряду с типами радужки нами были изучены другие важные свойства радужки: плотность, рельеф радужки, свойства автономного кольца, признаки зрачковой каймы, воспалительные и дегеративные признаки радужки. По совокупности которых, врач-клиницист или судебно-медицинский эксперт имеет возможность судить о причинах возникновения тех или иных патологий у детей.

Выводы: Использование возможностей иридодиагностики в клинической и экспертной практике повышает эффективность лечения и объективность экспертных заключений.

АНЕМИЯ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ У ДЕТЕЙ

Исканова Г.Х., Каримжанов И.А., Эгамова С.Ш., Тогаев М. К.

Ташкентская медицинская академия

Аннотация. СКВ - сложное аутоиммунное заболевание, характеризующееся выработкой аутоантител и повреждением тканей. Была обнаружена значимая корреляция ($p = 0,024$) между повышенными уровнями IL 6 у пациентов с СКВ и представлением пациентов с анемией. Анемия хронического заболевания, вторая по распространенности после железодефицитной анемии; возникает у пациентов с острой или хронической активацией иммунной системы. Это состояние было названо «анемией воспаления». Этот тип анемии вызван иммунной системой; цитокины и клетки ретикулоэндотелиальной системы вызывают изменения гомеостаза железа, пролиферацию эритроидных клеток-предшественников, выработку эритропоэтина и продолжительность жизни эритроцитов, которые вносят свой вклад в патогенез анемии. Отличительным признаком анемии при хроническом заболевании является развитие нарушений гомеостаза железа с повышенным захватом и удерживанием железа в клетках ретикулоэндотелиальной системы. Это приводит к отвлечению железа из кровообращения в места хранения

ретикулоэндотелиальной системы, последующему ограничению доступности железа для эритроидных клеток-предшественников и ограниченному железом эритропоэзу.

Цель проводимого исследования: выявить частоту и причину развития гематологических нарушений при системной красной волчанке у детей.

Материал и методы. Исследование проводилось в многопрофильной клинике ТМА. Были исследованы 30 больных имеющие подтвержденный диагноз системной красной волчанки и анемический синдром. Исследовали общий анализ крови, мочи биохимический анализ. В качестве диагностических критериев использовались критерии, отражённые в классификации 2019 года European League Against Rheumatism и American College of Rheumatology. На момент презентации возраст детей колебался от 8 до 18. Средний возраст \pm стандартное отклонение (диапазон) составлял $11 \pm 3,2$ года, а средний возраст составлял 12 лет. Из тридцати пациентов двадцать семь (90%) были девочками, а трое (10%) - мальчиками. Двадцать восемь (93,33%) пациентов имели анемию, из них 14 (46,66%) легкую анемию, 8 (26,66%) умеренную анемию и 6 (20%) тяжелую анемию. Железодефицитная анемия была обнаружена у 9 (30%) пациентов, у 12 (40%) пациентов была анемия хронического заболевания и у 7 (23,33%) пациентов была гемолитическая анемия, из этих 7 пациентов 5 (16,66%) пациентов имели Кумбс положительную гемолитическую анемию.

Результаты и их обсуждение. В литературе частота анемии у пациентов с СКВ составляет 79,37%, тогда как в нашем исследовании частота анемии у больных СКВ составила 93,33%. Гематологические нарушения (гемолитическая анемия, лейкопения, лимфопения и тромбоцитопения) были частыми проявлениями у пациентов с СКВ. У всех пациентов на каком-то этапе развития болезни наблюдается анемия. Причины анемии у этих пациентов могут иметь иммунный или неиммунный патогенез. Аутоиммунная гемолитическая анемия являлась причиной анемии у 7-15% пациентов с СКВ. В нашем исследовании частота положительной гемолитической анемии Кумба составила 16,66%.

Вывод. Гематологические нарушения (гемолитическая анемия, лейкопения, лимфопения и тромбоцитопения) являются частыми проявлениями у пациентов с СКВ. У большинства пациентов на каком-то этапе развития болезни наблюдается анемия. Причины анемии у этих пациентов могут иметь иммунный или не иммунный патогенез.

PREVENTION OF INFECTIOUS PURULENT PROCESSES AFTER PLASTIC SURGERY

Isomiddinov Z.D.

Andijan Regional Children's Multidisciplinary Medical Center

Relevance. The developing consequences of trauma, decompensation of disorders causes pronounced morphofunctional changes and suppression of tissue regenerative abilities. The process is further aggravated by the development of suppuration. In this regard, it is relevant to search for methods of preventing postoperative interventions, taking into account the early correction of microcirculatory changes and reasonable antibacterial therapy.

Purpose of the study. Development of a pathogenetic method of antibacterial therapy for purulent-necrotic surgical burns based on the creation of long-term therapeutic concentrations of an antibacterial drug in the regional lymphatic system.

Materials and methods. The consequences of burns of various parts of the body were studied in 160 patients.

Results of the study. The results obtained are that in the postoperative period in the main group, necrosis of the marginal flap occurred in 6 (3.7%) patients, lysis of the graft in 2 (1.25%), and suppuration was observed in 2 (1.25%) patients. wounds, which amounted to 6.2%. The set

goal is achieved by saturating the lymphatic system of the affected region with an antibacterial drug, carried out against the background of regional chemical lymphostimulation, which leads to a redistribution of the main fluid flow in the microcirculatory bed towards the root lymphatic system and ensures the flow of the administered antibiotic into the lymphatic system. The main thing is the strong effect of regional lymphatic therapy.

Conclusion. The developed methods of regional lymphotherapy in plastic and reconstructive surgery can reduce the number of operations (flap necrosis, lysis of the transplant, wound suppuration) from 15.7% to 6.2%, i.e. more than 2 times.

МАРКЕРЫ ТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ НВУ-ИНФЕКЦИИ

Кадырходжаева Х.М., Иноятова Ф.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Цель: изучить состояние маркеров транспортной системы метаболизма железа у детей, больных хроническим гепатитом В (ХГВ) с синдромом перегрузки железом (СПЖ).

Материалы и методы. Обследовано 185 детей, больных ХГВ с СПЖ, в возрасте 4-18 лет. Диагноз ХГВ устанавливался на основании общепринятых клинико-лабораторных и инструментальных исследований. Методом ИФА определяли: FPN (ферропортин), HEPH (гефестин), TfR-2 (рецепторы трансферрина-2) в сыворотке крови с использованием реактивов SEC489Hu, SEC918Hu и SEA262Hu фирмы «Cloud-Clone Corporation», USA. Вычислялся коэффициент насыщения трансферрина (КНТ) по формуле $sTfR/Log$ ферритина, который является критерием степени СПЖ: КНТ<0,2 - тяжелая степень, КНТ<0,5 - средняя, КНТ>0,5 - легкая степень СПЖ. Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей.

Результаты исследования. Из числа обследованных больных частота повышенных значений FPN увеличивалась по мере увеличения степени СПЖ: 58,8% - легкая степень→64,7% - средняя степень→100% - тяжелая степень. При этом средние показатели FPN соответствовали $2,48 \pm 0,16 \text{ ng/ml}$, $3,18 \pm 0,32 \text{ ng/ml}$ и $3,56 \pm 0,87 \text{ ng/ml}$ ($p < 0,01$ относительно контроля). Внутригрупповые сравнения TfR-2 выявили тенденцию к снижению по мере увеличения степени СПЖ, где его средние значения достоверно понижались на $7,1 \text{ ng/ml}$ при средней степени СПЖ ($18,5 \pm 1,3 \text{ ng/ml}$) и на $12,1 \text{ ng/ml}$ при тяжелой степени СПЖ ($13,5 \pm 1,5 \text{ ng/ml}$) относительно показателя детей с легкой степенью СПЖ ($25,6 \pm 3,6 \text{ ng/ml}$, $p < 0,01-0,001$). Анализ уровня HEPH выявил у детей с легкой степенью СПЖ достоверно высокие цифры до $11,7 \pm 1,3 \text{ ng/ml}$ по отношению к группе детей со средней степенью СПЖ ($8,42 \pm 0,9 \text{ ng/ml}$) и тяжелой степенью СПЖ ($6,1 \pm 0,4 \text{ ng/ml}$, $p < 0,01$) при контроле ($p < 0,01-0,001$).

Заключение. У детей больных ХГВ с нарастанием степени СПЖ уровень FPN повышается, уровень HEPH/TfR-2 снижается, что свидетельствует о поломке молекулярных механизмов транспортной системы метаболизма железа на уровне энтероцитов и гепатоцитов что, требует разработать эффективность схем лечения с учетом патогенетических механизмов.

ТУҒМА ТАНГЛАЙ НУҚСОНИ ИККИЛАМЧИ ДЕФОРМАЦИЯСИ БОР БОЛАЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ МИКРОФЛОРА ПЕЙЗАЖИ

Камалова М.Қ., Рахимов С.Ш.

Бухоро давлат тиббиёт институти
Бухоро вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази

Мавзунинг долзарблиги. Туғма танглай ёриғи иккиламчи деформациялари мавжуд болаларда нафас олиш вақтида қуруқ ва совуқ ҳаво оқимининг оғиз бўшлиғи орқали ўтиши, оғиз бўшлиғидаги овқат массаларининг тез-тез бурун бўшлиғига регургитацияси кузатилиши натижасида юқори нафас йўллари касалликлари частотаси юқори бўлади. Шу сабабли беморни иккиламчи операцияга тайёрлашдан олдин унинг оғиз бўшлиғи ва бурун бўшлиғи микрофлорасини ўрганиш муҳим аҳамиятга эга.

Тадқиқот мақсади. Танглай фистулалари операциясидан олдинги даврда оғиз ва бурун бўшлиғи патоген микрофлорасини аниқлаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот ўтказиш мақсадида танланган 59 нафар туғма танглай нуқсони иккиламчи деформациялари мавжуд беморлар танланди. Беморлар 2 гуруҳга тақсимланди: 31 нафар асосий гуруҳ ва 28 нафари таққослаш гуруҳига бириктирилди. Ушбу беморларнинг барчасида оғиз бўшлиғи ҳамда бурун бўшлиғи туби шиллик қавати микрофлораси ўрганилди. Бунинг учун текшириладиган материал сифатида танглай фистуласи соҳаси оғиз бўшлиғи шиллик қаватидан ва бурун бўшлиғи тубидан наҳорда бир марталик стерил тупферлар ёрдамида суртма олинди.

Тадқиқот натижалари. Ўтказилган микробиологик текширув усуллари шуни кўрсатдики, оғиз бўшлиғи соҳаси микрофлораси – *s.epidermidis*, *s.haemolyticus* ва б. концентрацияси нормоценоз ҳолатида 10^3 КХҚБ/мл бўлиши керак бўлган ҳолатда танглай фистуласи соҳасида 10^4 - 10^5 КХҚБ/мл ни ташкил қилди. Шунингдек барча тадқиқот гуруҳидаги беморларда ушбу соҳа шиллик қаватида атипик микрофлора аниқланди.

Атипик микрофлора пейзажи куйидагича кузатилди: β -лактамаза ишлаб чиқарувчи бактериялардан граммулгат изолятлар *st.aureus* – 33 нафар (55,9%) беморда, грамманфий изолятлар *e.coli* – 8 нафар (13,6%) беморда ва *enterobacter cloacae* – 6 нафар (10,2%) беморда, β -лактамаза ишлаб чиқармайдиган бактериялардан *s.pyogenes* – 19 нафар (32,2%) беморда, *s.pneumoniae* – 21 нафар (35,6%) беморда аниқланди. Бурун бўшлиғи туби шиллик қаватидан олинган суртма бактериологик экмаси таркибида патоген ва шартли патоген *st.aureus* – 30 нафар (50,8%) беморда топилди. Патоген микроорганизмлар пейзажи иккала гуруҳда деярли фарқ қилмади.

Беморларни иккиламчи операцияга тайёрлаш мақсадида асосий гуруҳдаги беморларда маҳаллий хлоргексидин биглюконат 0,05% эритмаси ва “Милт” лазеротерапия, таққослаш гуруҳидаги беморларда эса фурациллин 1:10000 эритмаси ва КУФ терапия қўлланилди. Беморларнинг барчасида операциядан кейинги даврда ўтказилган текширувларга асосланиб рационал антибиотикотерапия ўтказилди. Маҳаллий микробга қарши воситалар ва физиотерапевтик муолажалар қўлланилиши натижасида даволашнинг эрта муддатдаги натижалари баҳолаш мезонлари бўйича асосий гуруҳдаги болаларнинг 10 нафарида яхши, 18 нафарида қониқарли ва 3 нафарида тилча мавжуд эмаслиги сабабли қониқарсиз деб баҳоланди. Таққослаш гуруҳидаги болаларда эса ушбу натижалар 4 нафар болаларда яхши, 18 нафар болаларда қониқарли ҳамда 6 нафар болаларда қониқарсиз сифатида баҳоланди.

Хулоса. Туғма танглай нуқсони иккиламчи деформацияси бўлган болаларда танглай фистула соҳаси микрофлораси таркиби нормоценоздан фарқли равишда атипик микроорганизмлар сақлаши аниқланди. Операциядан олдинги ва кейинги даврда маҳаллий микробга қарши воситалар ва физиотерапевтик муолажалар ҳамда рационал антибиотикотерапия қўлланилиши орқали асосий гуруҳдаги беморларда таққослаш

гуруҳидаги беморларга нисбатан даволаш натижасининг яхшиланишига ва даво муддатининг қисқаришига эришилди.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТЕЙ С ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ

Камилов У.Р., Фаязов А.Д., Абдуллаев У.Х., Шамшетов Д.Ж., Холмурадов Б.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Термоингаляционная травма (ТИТ) – сложное патологическое состояние как в диагностическом и лечебном, так и в организационном плане. По данным нашей клиники, частота сочетанных термоингаляционных поражений у тяжелообожженных детей составляет 13,4%, а летальность достигает 34%. Патологический процесс, развивающийся при сочетании ожога кожных покровов с ТИТ, представляет собой не просто сумму двух, а реакцию целостного организма. Тяжелообожженные дети с ТИТ из-за незрелости анатомо-функциональных структур, несовершенства защитно-приспособительных реакций органов и систем организма, неадекватно реагируя на стресс, подвергаются большей опасности, чем взрослые.

Цель: изучение особенностей течения ожоговой болезни и улучшение результатов лечения детей с термоингаляционной травмой.

Материал и методы. В 2010-2022 гг. в отделение комбустиологии РНЦЭМП было доставлено 305 тяжелообожженных с ТИТ, из них 41 (13,4%) составили дети. Средний возраст составил $6,5 \pm 0,3$ года. Все пострадавшие в зависимости от исхода травмы были разделены на две группы. 1-ю группу составили 27 (65,9%) выздоровевших больных, 2-ю – 14 (34,1%) умерших.

Аналізу были подвергнуты структура и частота осложнений ожоговой болезни, динамика клиничко-лабораторных показателей в различные сроки после травмы. Проводили мониторинг параметров гемодинамики, дыхания, тканевой перфузии и биохимических параметров гомеостаза под контролем объема вводимой жидкости, дополнительного парентерального питания на протяжении всего пребывания пациентов в ОРИТ.

Результаты исследования. У всех обожженных детей были диагностированы ожоги различной глубины с сочетанным поражением дыхательных путей. В среднем площадь глубокого ожога у пациентов 1-группы составила $13,7 \pm 6,8\%$. А во 2-й группе этот показатель равнялся $46,4 \pm 17,9\%$ поверхности тела. Это доказывает на важную роль в исходе травмы величины площади глубоких ожогов.

Причинами перевода больных на ИВЛ (92,6%) были клинические симптомы гипоксии и гиперкапнии: снижение pO_2 ниже 60 мм.рт.ст., увеличение pCO_2 выше 60 мм.рт.ст. или уменьшение pCO_2 ниже 25 мм.рт.ст., поражение дыхательных путей продуктами горения тяжелой и крайне тяжелой степени. Параметры ИВЛ: ДО-7-9 мл/кг; ЧД с учетом возрастных нормативов-15-25/мин; соотношение вдоха и выдоха (I:E)-1:2; положительное давление в конце выдоха (ПДКВ/РЕЕР)-4-5 см.вод.ст.; FiO_2 –40-50%. Продолжительность ИВЛ - от 2-х до 7-суток. В зависимости от гемодинамической ситуации использовали титрование допамина со скоростью 2-10 мкг/кг/мин. Нативные коллоиды (плазма, альбумин) включали при наличии глубоких ожогов площадью свыше 25% поверхности тела. В состав медикаментозной терапии входили антибиотики, гепарин, ненаркотические анальгетики, седативные препараты. При отсутствии пареза ЖКТ или при переводе на ИВЛ до 30-50% рассчитанного объема инфузии вводили через назогастральный зонд. Дополнительное парентеральное питание проводилось с использованием растворов аминокислот из расчета 25-50–100% физиологической потребности у детей. Критериями адекватности

инфузионной терапии служил почасовой диурез 1-2 мл/кг с относительной плотностью мочи ниже 1020, гематокрит не выше 0,40. Также, по необходимости проводили санационную бронхоскопию.

Вывод. Таким образом, ранняя комплексная интенсивная терапия, санационная фибробронхоскопия, адекватная инфузионная терапия и качественное парентеральное питание создают оптимальные условия для сокращения сроков эпителизации поверхностных ожогов, производить пластическое закрытие глубоких ожоговых ран в выгодных местных условиях.

НЕФРОПАТИЯ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Каримджанов И.А., Мадаминова М.Ш.

Ташкентская Медицинская Академия

Актуальность. Одной из актуальных проблем по всему миру в современной педиатрии и ревматологии является ювенильный идиопатический артрит (ЮИА). Несмотря на своевременно оказываемую медицинскую помощь не наблюдается снижение уровня инвалидизации среди детей с патологией суставов. Ювенильный идиопатический артрит - деструктивно-воспалительное заболевание суставов с неизвестной этиологией, сложным иммуноагрессивным патогенезом, характеризующееся симметричным хроническим артритом, системным поражением внутренних органов, приводящее к инвалидизации больных детей.

По данным большинства авторов, ЮИА является одним из наиболее распространенных ревматических заболеваний (РЗ) в детском возрасте, частота встречаемости которого в различных регионах земного шара составляет от 0,05 до 0,8 %, от 2 до 19 случаев в год на 100 000 населения с тенденцией к нарастанию в последние десятилетия, заболеваемость — от 2 до 16–20 случаев в год на 100 000 детского населения, смертность — 0,5–1 %.

В связи с этим своевременное выявление ЮИА у детей, анамнестические данные, клинические проявления, лабораторные маркеры, показатели цитокинов, их взаимосвязи, разработка патогенетических методов лечения, а также повышение качества оказываемой им медицинской помощи в целом, представляют важное значение.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости и особенности поражения мочевыделительной системы у детей больных с ЮИА.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 55 детей в возрасте от 3 до 16 лет больных ювенильным идиопатическим артритом. Исследования проведены на базе кардиоревматологического отделения Многопрофильной клиники ТМА. Из 55 больных 67,3% составили девочки и 32,7%- мальчики, средний возраст которых составил 11,2±0,8 года. Продолжительность заболевания составляла от 1 года до 5 лет. В зависимости от пола среди обследованных нами больных несколько преобладали девочки.

Всем больным были проведены клинические (изучение анамнеза жизни, болезни, оценка соматического статуса и динамики течения заболевания), параклинические (общий анализ крови, ревмопроба, ревматоидный фактор, проба Нечипоренко, определение мочевины и креатинина крови) и функциональные исследования (УЗИ мочевыделительной системы).

Результаты исследования. Среди обследованных нами детей были выделены больные ЮИА с нефропатией. Проведен анализ частоты нефропатии у больных с ЮИА, в ходе которого установлено, что мочевого синдром был выявлен у 15 из 55 проспективно наблюдаемых детей, то есть в 27,3% случаев. При распределении по полу во всех группах преобладали мальчики. Возраст детей с поражением почек в период наблюдения в среднем

был одинаков и составил 7 лет. Причем дети в период к началу наблюдения с поражением почек были достоверно старше, чем в группе без нефритов ($p < 0,05$). Стаж болезни в группе детей с нефритами был достоверно выше, чем у пациентов без поражения почек ($p < 0,05$).

Лабораторные исследования показали, что достоверно чаще у детей с вторичными нефритами при ЮИА по сравнению с детьми, не имевшими поражения почек, выявлялись анемия (3 степени у 4-х - 10,8% детей с поражением почек и 1 - 1,2% без поражения), ускоренная СОЭ (40 мм/ч у 15 -40,5% пациентов с поражением почек и у 6 - 7,1% без нефропатии). Отмечались также повышение показателей креатинина и мочевины.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ клинических вариантов и течения ювенильного ревматоидного артрита свидетельствует об агрессивности и прогрессирующем характере течения заболевания, которая отражает современную возрастную эволюцию болезни, а также о поражении внутренних органов, особенно почек, что диктует необходимость поиска эффективных методов лечения и предупреждение побочных действий лекарств на почки.

KORONAVIRUS INFEKSIYASINI O‘TKAZGAN, REKURENT KECHUVCHI OBSTRUKTIV BRONXIT REOBLITATSIYASIDA VITAMIN D AXAMIYATI

Karimdjonov I.A., Zokirova U.I., Sodikova N.B

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Mavzuning dolzarbligi. Bolalarni reabilitatsiyasida koronavirus infeksiyasini o‘tkazgan qaytalanuvchi bronxial obstruktsiya(QBO) bo‘lgan bolalar kasallikning surunkali shakliga o‘tishini oldini olish uchun o‘z vaqtida tashxis qo‘yish va samarali reabilitatsiyadan o‘tishlari kerak. Nafas olish tizimi kasalliklari bo‘lgan bolalarni reabilitatsiya qilish maqsadlari o‘tkir va takroriy kasalliklarda funktsiyalarni to‘liq tiklashga va surunkali patologiyada minimal buzilishlarni barqarorlashtirishga qadar funktsional buzilishlarni kamaytirishdir. Bolalar va o‘smirlar salomatligida vit D etishnovchiligi sababli multisistem jarohatanish yuzaga keladi. Ko‘pinch yashirin kechgan D gipovitaminozi turli mamlakatlar aholisining deyarli yarmida mavjud, bu immun tizimni zaiflashishi va kasallikni surunkali kichuviga sabab bo‘adi. O‘z vaqtida va kerakli dozada vit D berish bolalarda reabilitatsiya yordami sifatini oshirishdir.

Tadqiqot maqsadi: koronavirus infeksiyasini o‘tkazgan retsidivlanuvchi bronxit bilan kasallangan bolalarda reabilitatsiya qilishda vitamin D samaradorligi oshirish va kasallikni surunkali kechuvini kamaytirish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Maqsad qilib, biz quyidagi vazifalarni qo‘ydik: tekshirilayotgan bolalarning klinik va anamnestik ko‘rsatkichlarni aniqlash;

Tadqiqot 5 yoshdan 15 yoshgacha bo‘lgan 75 bolada o‘tkazildi, 59 OP va 15 OP ro‘yhatga olingan bolalar "Obstruktiv bronxit, retsedivlanuvchi kechuvchi (ROB) koronavirusini kasalligini o‘tkazgan bolalar tashxis bilan". Poliklinikadagi bolalar an’anaviy davolash va fizioterapiya, kerakli dozada vitamin D berildi. Qaytalanuvchi bronxit (RB) bilan og‘rigan bemorlarda diagnostika qilish oilaviy va allergik tarixini hisobga olgan holda tuzilgan. 1 guruh retsidivlanuvchi bronxit bilan kasallangan bolalar, koronavirus infeksiyasini o‘tkazgan retsidivlanuvchi obstruktiv bronxit bilan kasallangan bolalarni 2 guruhga bo‘lib o‘rganilgan, Ota-onalariga 6 oydan keyin qayta klinik va funktsional tadqiqotlar amalga oshirish tavsiya etilgan.

Reoblitatsiy chora tadbirlari 6 oy va 1 yil davomida amalga oshirildi, asosan oilaviy poliklinikadagi jismoniy mashqlar bilan davolash mashg‘ulotlarida, suv sportlarida haftasiga 2-3 marta 1-1,5 soatdan. Hammasi bu bolalar standart davolash rejimiga rioya qildilar shifoxona va individual vit D terapiyasi bilan amalga oshirildi.

Natijalar. Yarim yillik kuzatuv davomida koronavirus infeksiyasini o'tkazgan qaytalanuvchi obstruktiv bronxitli bo'lgan bolalarning klinik va anamnestik tadqiqotlari shuni ko'rsatadiki: bronxial obstruksiyaning takrorlanish chastotasi kamayganligi, kasalxonaga yotqizish soni pasayish, covid-19 bilan kasallanish xolatlari kuzatilmadi, 2 guruh bolalarimizda bolalarda o'tkir respirator virusli infeksiyalar bilan kasallanish bilan ROB 2,5 baravar kamaydi, o'rganilayotgan bolalarning umumiy guruhida (75 bemor) nafas olish etishmovchiligi 80% dan kamayishi bilan namoyon bo'ldi.

Hulosa. Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatadiki, koronavirus infeksiyasini o'tkazgan qaytalanuvchi obstruktiv bronxitli bolalarni reabilitatsiya qilishda vitamin D qo'llash klinik va funksional yaxshilanishlarga olib keladi. Yarim yillik kuzatuv davomida bronxial obstruksiyaning qaytalash chastotasi kamaygani, kasalxonaga yotqizish holatlarining pasaygani va COVID-19 bilan kasallanish xolatlarning kuzatilmagani qayd etildi. 2-guruhda o'tkir respirator virusli infeksiyalar bilan kasallanish soni 2,5 baravarga kamaydi. Umuman olganda, barcha bolalarda nafas olish etishmovchiligining 80% ga kamaygani reabilitatsiya choralarning samaradorligini ko'rsatadi. Bu tadqiqotning natijalari vitamin D ni reabilitatsiya jarayoniga qo'shishning foydali ekanligini tasdiqlaydi va bolalarning kasallikni surunkali shaklga o'tishini oldini olishda muhim omil bo'lib xizmat qiladi.

BOLALARDA O'TKIR PNEVMONIYADA YURAK-QON TOMIR TIZIMI ZARARLANISH XUSUSIYATLARI

Karimjanov I.A., Mirraximova M.X., Gaziyeva A., Israilova N.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Mavzuning dolzarbligi. Bolalarda pnevmoniyada kardio- va gemodinamik buzilishlar patogenezning asosiy bo'g'ini sifatida uning kechishini og'irlashtirib, oqibatini yomonlashtirmoqda va ko'pincha (5-50% hollarda) o'lim sabablaridan biriga aylanmoqda. O'tkir pnevmoniya asosida miokarditni klinik kechishini baholash, oqibatini va miokardit rivojlanishi xavf omillarini aniqlash, bu patologiyani davolash usullarini takomillashtirish va yangilarini ishlab chiqish pediatriyaning dolzarb vazifalaridan hisoblanadi.

Tadqiqotning maqsadi: bolalarda o'tkir pnevmoniyada yurak-qon tomir tizimi zararlanishi xususiyatlarini o'rganishdan iborat.

Tadqiqot materiallari va usullari. Tadqiqot 2021-2023 yillarda o'tkir pnevmoniya bo'yicha Toshkent tibbiyot akademiyasining 1-klinikasi bolalar pulmonologiyasi bo'limida stasionar davolangan 40 ta bolani klinik-laborator tekshiruvlariga asoslangan. Ular 2 guruhga bo'lindi: miokardit bilan asoratlangan o'tkir pnevmoniyali 20 nafar bola 1-guruhni; miokarditsiz o'tkir pnevmoniya bilan og'rigan 20 nafar bola 2-guruhni tashkil etdi.

Tadqiqotning natijalari. O'tkir pnevmoniya bilan og'rigan bolalarda miokardit rivojlanishining xavf omillarini o'rganish, mazkur asoratni yuzaga kelishida quyidagilar eng ahamiyatli ekanligini ko'rsatdi: avlodan-avlodga yurak-tomir patologiyasining o'tishi, og'ir gestozlar, homiladorlik davridagi nefropatiya, kamqonlik, O'RVI, tug'ruq davridagi asoratlar, asfiksiya bilan tug'ilish, GIE, fon kasalliklari – OEY, kamqonlik, timomegaliya, allergiya, qayta o'tkazilgan pnevmoniya va sepsislarning mavjudligi. Quyidagilar erta yoshdagi bolalarda miokardit bilan asoratlangan o'tkir pnevmoniyaning kechishidagi o'ziga xos xususiyatlar hisoblanadi: lanjlik, tez charchash, ko'p terlash, bezovtalanish, xavotirli uyquga shikoyatlar, teri qoplamalarining rangparligi, periferik sianoz, qo'shimcha mushaklar ishtiroki bilan nafas qisishi kabi gipoksiya belgilarining kuchayishi, asosiy kasallik simptomlarining orqaga qaytishini cho'zilishi. Yurak chegaralarining kattalashuvi, yurak tonlarining pasayishi, bradikardiya, gepatomegaliya, qon aylanishining buzilishi belgilari o'tkir pnevmoniyali erta yoshdagi bolalarda o'ziga xos kardiologik simptomatikani tashkil qildi. Bolalarda miokardit bilan asoratlangan pnevmoniya uchun xos laborator xususiyatlar –

kamqonlikni kuchli rivojlanishi, leykositoz, AST miqdori va de Ritis koeffitsiyentining ko'tarilishidan iborat. Ikki tomonlama o'choqli-qo'shiluvchi pnevmoniyaning mavjudligi, KTning I va II darajali kattalashishi bolalarda miokardit bilan asoratlangan pnevmoniyaning rentgenologik xususiyatlari hisoblanadi. EKG tekshiruvda sinusli taxi - va bradiaritmia ko'rinishida ritm va o'tkazuvchanlikni birga buzilishi, Giss tutami o'ng oyoqchasining to'liq bo'lmagan blokadasi, QRS kompleksi tishchalari amplitudasining pasayishi miokardit uchun xosdir. Rentgenologik tekshiruvlar tahlil qilinganda 1-guruh bolalarida ko'pincha o'choqli-qo'shiluvchi xarakterga ega bo'lgan ikki tomonlama pnevmoniya 13 (65%) holatda aniqlandi, shu bilan birga ikkinchi guruhda ikki tomonlama jarayon ishonchli kam ($R < 0,05$) va asosan 5 (25%) holatda o'choqli tavsifda kuzatildi. Korrelyasion tahlil yordamida o'tkir pnevmoniya mavjud bolalarda miokarditni rivojlanishi bilan tavsiflanuvchi belgilar orasidagi aloqalar aniqlandi. Periferik sianoz va KFK-MV, LDG-1 (mos ravishda $r = +0,675$ va $+0,589$) ko'rsatkichlari, shuningdek yordamchi mushaklarning ishtiroki bilan kuchli nafas qisishi belgilari orasida (mos ravishda $r = +0,492$ va $+0,525$), bezovtalik va notinch uyqu (mos ravishda $r = +0,437$ va $+0,425$), xo'l xirillashlar (mos ravishda $r = +0,524$ va $+0,526$) va II darajali nafas yetishmovchiligi (mos ravishda $r = +0,624$ va $+0,591$) kabi respirator simptomatika orasida to'g'ri aloqalar aniqlandi, bu miokarditning rivojlanishiga olib keluvchi mazkur belgilar orasida o'zaro aloqa mavjudligidan dalolat beradi.

Xulosa. Gipoksik holat (sianoz-60%, terining rangparligi-70%), yordamchi mushaklarni ishtirok etishi-55%, tez charchoq-80%, loxaslik-40%, ko'p terlash-30%, bezovtalik, notinch uyqu-50%, ikki tomonlama o'choqli-qo'shiluvchi pnevmoniya jarayoni - 35%) bolalarda miokardit bilan asoratlangan o'tkir pnevmoniya kechishining klinik o'ziga xos xususiyatlaridir.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ БУХАРСКОГО ОДММЦ

Каримов К.Р.

Бухарский областной детский многопрофильный медицинский центр

Актуальность. Язвенно-некротический или некротизирующий энтероколит новорожденных – тяжелое заболевание желудочно-кишечного тракта, возникающее на фоне перенесенной острой гипоксии во время беременности или родов, в результате которого нарушаются нормальная колонизация кишечника микрофлорой, приводящее к некрозу и перфорации кишечной стенки, перитониту и другим осложнениям, в том числе и к летальному исходу.

Цель: анализ результатов лечения некротизирующего энтероколита у новорожденных в нашей клинике.

Материал и методы исследования. В настоящей работе приведены данные обследования и лечения 516 больных новорожденных до 29 дневного возраста с хирургической патологией, с диагнозом «язвенно-некротический энтероколит» составило 45 (8,7%) случаев, получившее лечение в отделении неонатальной хирургии и интенсивной терапии Бухарского ОДММЦ за период 2020 – 2023 гг.. Всем детям проведена комплексное обследование, применяемое в детской хирургии, включающие в себя клиничко-лабораторные, рентгенологические исследования.

Результаты и обсуждение. При анализе данных распределении новорожденных больных с некротизирующим энтероколитом в зависимости от пола и возраста преобладали мальчики – 278 (53,9%), по сравнению с девочками – 236 (42,1%). Оперативный метод лечения применялся у новорожденных больных в 2020 году в 2 (14,3%), консервативное лечение в 12 (85,7%) случаях. Оперативный метод лечения в 2021 году применялось в 2 (13,3%) у новорожденных больных, консервативное лечение в 13 (86,7%) случаях. Оперативный метод лечения применялся у новорожденных больных в 2022 году 7 (43,7%),

консервативное лечение в 9 (56,3%) случаях. При этом от этой патологии составила в 2020 году 4 (28,6%) случаев, в 2021 году - 3 (20,0%) больных, а в 2022 году 3 (18,7%) случаях зарегистрирован летальный исход. Необходимо отметить, что в 2022 году оперативный метод лечения применялся в большинстве случаев, при этом отмечено значительное снижение показателя летальности по отношению к предыдущим годам.

При анализе данных новорожденных больных с НЭК в зависимости от массы тела при рождении дети, рожденные с экстремально низкой массой тела (менее 1000 г) составили 4,4% (2 ребенка), с очень низкой массой тела (от 1000 до 1500 г) составили 13,3% (6 новорожденных детей), с низкой массой тела: от 1500 до 2000 г составили 31,1% (14 новорожденный ребенок), от 2000 г и выше – 51,2% (45 новорожденных детей) случаев. При изучении начало заболевания у новорожденных больных с некротизирующим энтероколитом в зависимости от срока гестации, выявлена следующая: при этом срок дебюта заболевания при массе тела до 1000 г – 18,6 дня, при массе тела 1000–1500 г — 21,7 дня; при массе тела 1500-2000 г — 12,1 дня; при массе тела 2000 г и выше – 9,6 дня. Прослеживается необычная, обратно пропорциональная закономерность: чем ниже вес ребенка, тем позднее клинически дебютирует заболевание. В анамнезе асфиксия у исследованных новорожденных встречалась в 21 (46,7%) случаев. Родовая травма была у 17 больных (37,8%). Инфицирование околоплодных вод выявлена у 9 (20,0%) новорожденных.

Вывод. Таким образом, наш исследование показывает, что развитие клинической картины некротического энтероколита у новорожденных, кроме вышеперечисленных факторов, зависит от массы тела новорождённого и сроков гестации. Целенаправленная, щадящая хирургическая тактика лечения в значительной степени улучшает результаты лечения.

FEATURES OF THE COURSE OF URATE NEPHROPATHY IN CHILDREN

Karimova B.N.

Tashkent Medical Academy

Relevance. Urate nephropathy in children is based on increased production of uric acid and, as a result, an increase in its concentration in the released urine and blood. According to various authors, this violation is recorded in 2-15% of the examined persons. Environmental factors, urbanization, nutritional patterns can lead to the spread of such disturbances in the purine exchange. As you know, urate nephropathy often proceeds covertly and it is detected by chance. Violation of purine metabolism is quite widespread, and, according to various researchers, is recorded in 5-12% of the examined persons. In this regard, the problem of early diagnosis of this type of metabolic disorders, especially often manifested by kidney damage, becomes urgent. In secondary urate nephropathy on the basis of purinosis, differential significance is given to the presence of gout in the pedigree of the patient, urolithiasis, essential arterial hypertension, "metabolic syndrome," obesity, type 2 diabetes mellitus, idiopathic CKD, attacks of "acetonemic vomiting," etc. The urine persistent abrupt reaction is pH 4.5-5.5, at a rate of 7.4-7.5. In the blood - hyperuricemia of varying degrees of severity. There may be manifestations of disuria, pollakiuria, urinary rhesi (phenomena of urate cystitis). In some cases, especially in young children, orange crystals of uric acid, or an orange rim on the walls of a night pot, can be visually detected in settled urine. In this regard, an urgent problem is the early diagnosis of this type of disorder, which will stop its progression, the development of nephrosclerosis and terminal renal failure.

The aim of the study is to identify urate nephropathy in children in the early stages.

Materials and methods. An analytical study of 700 medical histories and outpatient maps (form 112-U) of children aged 4-10 years performed, with selection of study subjects from 42

patients with recurrent uraturia. Of these, 28 are girls, 14 are boys. We divided these children into two groups: 1- group 20 children from 4-6 years old, 2- group 22 children from 7-10 years old. The control group was 20 children who, according to medical records, had a first or second health group with no urinary system pathology. In parallel, 20 mothers with family history burdened by disease were examined and observed. The work done at the Tashkent Medical Academy. The examination of patients carried out based on the nephrology department and polyclinic. A genealogical history was analyzed with the identification of leading risk factors, a history of the course of pregnancy, childbirth, the incidence and nature of feeding children in the first year of life, the nature of nutrition and water-salt regime during life in the families surveyed, suffered and comorbid diseases, as well as the peculiarities of the clinical picture. All children underwent a comprehensive clinical-laboratory and instrumental examination, biochemical blood analysis, urine pH. The functional state of the kidneys assessed according to the results of a Zimnitsky sample, a dry-eating sample, clearance of endogenous creatinine, and serum urea levels. All patients underwent ultrasound examination of the gastrointestinal tract, kidneys and bladder.

Study results and discussion. It established that in children from families with a history aggravated by diseases of impaired metabolism, urate nephropathy occurs in 90.1% of cases. The incidence of kidney disease in relatives is generally higher than in the control group, with maternal kidney and urinary tract diseases occurring 2 times more frequently than in the father. A survey of 20 mothers revealed that half of them had an increase in blood pressure (60%). 50% of women were diagnosed with chronic gastroduodenitis, 10% with chronic cholecystitis, and according to the results of ultrasound, 5% of them first showed bile stone disease, in 5% of mothers - urolithiasis.

We have determined that disruption of salt metabolism in the form of an increase in uric acid in the blood and its increased excretion with urine in a number of children is associated with their early transfer to artificial and mixed feeding. Risk of hyperuricosuria in children on artificial feeding increases by 2.5 times.

With the age of children, the nature of nutrition in the families surveyed also changes. There is an abuse of food rich in preservatives, which increases the risk of urate nephropathy by 10 times. The clinical picture of preschool children dominated by complaints of pastosity of the eyelids, dysuric disorders (70%), precipitation of salts in the urine (65%), increased sweating, increased nervous excitability (35%), sleep disturbance in the form of difficult falling asleep, night fears (20%). Arthralgia, mainly at night, were recorded in 25%, myalgia in 15% of children, acetonevomiting in 5% of children.

With age, the number of complaints among children 7-10 years old decreases. The most common complaints were of abdominal and lumbar pain (59%). Increased nervous excitability, emotional lability (45,4%), sleep disturbance (31,8%), decreased appetite (59%) were detected. For the first time, an increase in blood pressure recorded in 9% of the patients examined. In general blood tests, eosinophilia was significantly more common in the children examined than in the comparison group. The main and most significant symptom of urate nephropathy in children is hyperuricosuria. Most of the children tested (83%) showed an increase in urinary uric acid levels from 800 to 1000 mg/day. Combined urate-oxalate crystalluria was significantly more common in children aged 4-6 years. On average, 80% of children showed a sharply acidic urine reaction in general analyses. During crystallographic examination, urates (67,2%) and sodium urates (47,1%) were most often detected in an open drop of urine, mainly large crystals, uric acid crystals (25,2%) of various sizes prevailed. In 69,9% of children, protein was traced as a thin rim along the edge.

Conclusion. It was established that the main risk factors for urate nephropathy are: aggravation of hereditary history in the maternal and paternal pathology of metabolism, early artificial feeding, violation of the water and salt regime. New risk factors have been identified: abuse of food rich in preservatives. Lowering urine pH less than $< 5,75$ is an independent risk factor for developing urate nephropathy in children.

УРАТЛИ НЕФРОПАТИЯ КЕЧИШИНИ ОИЛА ШИФОКОРЛАРИ ТАҲЛИЛИДА

Каримова Б.Н.

Тошкент тиббиёт академияси

Мавзунинг долзарблиги. Бугунги кунда болалар саломатлигига жиддий хавф солувчи уратли нефропатия ривожланишига турли хил омиллар сабаб бўлмоқда. Болалар соғлигига таъсир қилувчи омиллар орасида озик-овқат маҳсулотлари ва атроф-муҳитнинг ўзгаришлари алоҳида аҳамиятга эга. Уратли нефропатия моддалар алмашинуви бузилиши натижасида келиб чиқувчи касаллик бўлиб, ўз вақтида даволанмаса, интерстициал нефрит, иккиламчи пиелонефрит, сурункали буйрак етишмовчилиги ва буйрак тош касаллиги ривожланишига олиб келиши мумкин.

Уратли нефропатиянинг клиник белгилари кам намоён бўлиши сабабли, шифокорлардан ушбу касалликни эрта ташхислаш ва даво-реабилитация ҳамда профилактик чораларни ўз вақтида амалга ошириш талаб этилади.

Мақсад. Уратли нефропатиянинг амалиётда эрта ташхисланиши бўйича бирламчи тизимдаги шифокорларнинг фикрларини аноним сўровнома орқали ўрганиш.

Материал ва усуллар. Тошкент шаҳридаги оилавий поликлиникалар. Сўровномада иштирок этган шифокорларнинг иш тажрибасига қараб тақсимланиши: 5 йилгача ишлаганлар 22%, 5-10 йилгача 28,4%, 10-15 йилгача 24,6%, 15 йил ва ундан ортиқ иш стажига эга шифокорлар 25% ни ташкил этган.

Натижалар ва муҳокамалар. "Уратли нефропатия ҳақида билимингиз борми?" деган саволга 82,1% шифокорлар ижобий жавоб берганлар, 15,5% "биламан" ва 3,4% "қизиқмаганман" дея жавоб қайтарганлар.

Сўровномада иштирок этган шифокорларнинг 42,6% (70 киши) уратли нефропатияларни даволашда антибиотиклардан, 31,0% (51 киши) диуретиклардан, 17,6% (29 киши) фитопрепаратлар комбинациясидан фойдаланишган ва 8,8% эса диуретиклар, фитопрепаратлар ва диетотерапияни биргаликда қўллашган. Натижалардан кўриниб турибдики, шифокорларнинг аксарияти уратли нефропатия билан касалланган болаларни антибиотиклар, диуретиклар ва фитопрепаратлар билан даволашда парҳезни ҳам қўллашган, 15,6% эса фақат парҳез билан чекланганларини қайд этишган.

"Уратли нефропатияси бўлган болаларни диспансер кузатувиغا оласизми?" деган саволга 62,3% шифокорлар "йўқ" жавобини қайд этган. 76,4% шифокорлар эса уратли нефропатия билан оғриган болаларга реабилитацион чоралар қўлламасликларини таъкидлаганлар. Шифокорларнинг 58,9% эса уратли нефропатия билан касалланган болаларда овқатланиш хусусиятига эътибор бермаган.

Хулоса. Аноним сўровнома натижалари кўрсатдики, бирламчи тиббий ёрдам тизимида фаолият кўрсатаётган шифокорлар болаларда уратли нефропатияни тўлиқ баҳолашмайдилар ва зарур лаборатор текширувларда касаллик аниқланган ҳолатда ҳам даво ва реабилитацион чораларни ўз вақтида қўлламайдилар. Уратли нефропатия — модда алмашинуви бузилиши билан кечадиган касаллик бўлиб, буйрак касалликлари ривожланишига замин яратади ва шу сабабли жиддий эътиборни талаб қилади.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ И ОЦЕНКА КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Каримова Н.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность. Основное место в структуре хронических болезней нижних дыхательных путей (ХБНДП) принадлежит хроническому бронхиту (ХБ). Хронический бронхит - наиболее частая форма хронических заболеваний органов дыхания, при массовых обследованиях населения он выявляется до 90% случаев таких заболеваний. Несмотря на проведенные многочисленные исследования по изучению причин, механизмов развития, симптоматики и методов лечения хронического бронхита у детей, данная тема остается актуальной и на сегодняшний день.

Цель исследования: провести клинико-иммунологическую оценку применения иммуностимулятора бета-глюкана в лечении хронического бронхита у детей.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 72 ребенка в возрасте от 7 до 18 лет, с ХБ в стадии обострения. Исследование проводилась в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. I группу (основную) составили 42 больных с ХБ, которые на фоне БТ получали иммуностимулятор бета-глюкан (препарат Дефенсикан имуноглюкан). II группу (сравнения) составили 30 детей с ХБ, получавших только базисную терапию (БТ) согласно клиническим протоколам. В ходе работы нами был проведен анализ динамики клинических симптомов и иммунологических проявлений данных у больных ХБ в зависимости от примененных дифференцированных схем терапии.

Результаты исследования. Результаты анализа клинической эффективности дифференцированного лечения показали, что у детей с ХБ I группы при проведении дифференцированного лечения в более короткие сроки купировались проявления интоксикации, уменьшилась вялость до $4,7 \pm 0,2$ дней по сравнению с детьми II группы ($p < 0,01$), улучшился аппетит ($p < 0,01$). Уменьшались длительность сухого кашля до $3,5 \pm 0,1$ дней соответственно по сравнению с детьми II группы ($4,2 \pm 0,2$ дней, $p < 0,01$ и $p < 0,05$), и влажного кашля особенно с обильным выделением мокроты до $8,7 \pm 0,3$ дней по сравнению с детьми II группы, находившимися на традиционном лечении ($10,2 \pm 0,2$ дней, $p < 0,01$). Отмечалось сокращение продолжительности одышки до $2,8 \pm 0,1$ дней ($3,6 \pm 0,2$ дней – в группе сравнения; $p < 0,01$), цианоза носогубного треугольника до $4,6 \pm 0,3$ дней ($5,8 \pm 0,2$ дней – в группе сравнения, $p < 0,01$). Сроки пребывания в стационаре больных I группы, получавших дифференцированное лечение, сократились до $9,7 \pm 0,4$ койко-дней соответственно, а в группе сравнения они были равны $11,5 \pm 0,3$ дням. Показатели гуморального звена иммунитета претерпевал значимые изменения в основной группе. Так уровень IgG в основной группе достоверно повышался по отношению к исходному уровню ($p < 0,01$), IgA достигал уровня практически здоровых детей и в 1,1 раза снижался относительно исходных данных ($p < 0,05$). Уровень IgM снизился по отношению к исходным данным, также уровень IgE после лечения у детей основной группы достоверно снизился в 1,5 раза ($p < 0,05$). У детей в основной группе положительная динамика цитокинового статуса была более выражена. Так уровень TNF α снизился после лечения в 1,6 раза, уровень IL-4 в 2 раза уменьшился, IFN γ после лечения повысились в 1,4 раза, IL-8 в основной группе снижался по сравнению с исходными данными в 1,5 раз и в 2,8 раза по отношению к группе контроля. Иммунологическая эффективность применения дифференцированного лечения выражалась наличием положительной динамики нивелирования иммунологических показателей, как в гуморальном звене, так и в цитокиновом статусе.

Выводы. Применение дифференцированного лечения с включением иммуностимулятора бета-глюкана в составе традиционной терапии у больных с хроническим бронхитом, положительно сказалось на клинических показателях активности патологического процесса, что в дальнейшем позволило повысить эффективность лечения и предотвратить прогрессирование заболевания. Улучшение иммунологических показателей у больных ХБ после лечения указывает на положительное влияние дифференцированных схем терапии на иммунную и цитокиновую систему. Введение данных схем терапии улучшает гуморальный и цитокиновый статус, приводящие к снижению симптомов воспалительного процесса и частоту рецидивов хронических болезней нижних дыхательных путей у детей.

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ

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

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

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) у детей — это хроническое аллергическое воспаление бронхов, которое проявляется их гиперреактивностью и периодическими приступами затрудненного дыхания или удушья из-за бронхиальной обструкции, вызванной сокращением бронхов, избыточной секрецией слизи и отеком их стенок. Обструкция бронхов при этом является обратимой (либо под воздействием лечения, либо самопроизвольно). Недавние эпидемиологические исследования показывают, что астмой страдает от 4 до 8% населения, включая 5-10% детей и 5% взрослых. Достижения современной медицины позволяют эффективно контролировать течение этого заболевания у большинства пациентов. Однако БА имеет волнообразное течение с периодами обострения и ремиссии.

Цель исследования: анализ клинической эффективности комбинированного применения ИГКС флутиказона пропионат (Небуфлюзон) и доксофиллин (Пуроксан) в качестве комплексной терапии бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 55 детей с бронхиальной астмой в возрасте от 4-х до 15 лет в стадии обострения, среднетяжелой степени тяжести. Исследование проводилось в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. Основную (I) группу составили 35 детей с диагнозом бронхиальная астма в стадии обострения, среднетяжелой степени тяжести, им в комплексе с базисной терапией назначался дозированный аэрозольный ИГКС флутиказона пропионат (Небуфлюзон) + доксофиллин (Пуроксан). Во II группе (20) дети получали традиционную терапию. Эффективность лечения оценивали ежедневно на основании динамики клинических симптомов. Для оценки динамики и показателей функции внешнего дыхания (ФВД) проводилась спирометрия.

Результаты исследования. При анализе данных клинического осмотра больных обеих групп было установлено, что первыми симптомами при поступлении в стационар были приступы удушья, сухой непродуктивный кашель, экспираторная одышка, перiorальные хрипы, плохое самочувствие. У обследованных детей обеих групп до назначения терапии выявилось нарушение бронхиальной проходимости, средние показатели которой были равны ОФВ₁ – 75%, ЖЕЛ – 77%, ПСВ – 65%. На фоне проводимого лечения проводился полный контроль за течением БА. У всех больных I группы отмечалась быстрая стабилизация состояния, улучшение общего самочувствия,

были отмечены положительные изменения реологических свойств мокроты, переход кашля в продуктивный (рис.1,2,3). Значительное уменьшение частоты кашля наблюдалось в первый же день терапии, уменьшились приступы затруднительного дыхания, улучшилась переносимость физической нагрузки, в легких значительно снизилось количество сухих и влажных хрипов. Кроме этого, у этих больных быстрее уменьшалась частота дневных и ночных симптомов астмы, улучшалось настроение, показатели качества жизни, сокращалась продолжительность пребывания в стационаре. В основной группе она составила $9,52 \pm 0,23$ дня, в контрольной – $12,06 \pm 0,45$ дня. Различие достоверно ($P < 0,001$). После 4-х недельной терапии препаратом Пуруксан отмечалась еще более отчетливая положительная динамика (клинические симптомы и показатель ПСВ). Рост динамических показателей легочной функции был наиболее выраженным к окончанию 4-й недели лечения, в дальнейшем этот показатель оставался стабильным.

Выводы. Высокая клиническая эффективность, хорошая переносимость и безопасность комбинированного использования ИГКС флутиказона пропионат (Небуфлюзон) и доксифиллина (Пуруксан) при бронхиальной астме у детей подтверждается как клиническими данными, так и результатами дополнительных инструментальных исследований. Применение этого препарата позволит купировать клинические симптомы и снизить медикаментозную нагрузку, уменьшить частоту обострения бронхиальной астмы и ее тяжесть и позволяют рекомендовать их в составе комплексной терапии бронхиальной астмы у детей.

СВЯЗЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ С УРОВНЕМ БЕЛКА S-100 У ДЕТЕЙ С ЮАСН

Касимова И.Б., Ахмедова Д.И.

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

Актуальность. Ювенильный артрит с системным началом (ЮАСН) — это тяжелое системное воспалительное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся артритом и системными признаками, такими, как сильная лихорадка, кожная сыпь, генерализованная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия и серозит. Данная форма ЮА относится к орфанным наследственно-генетическим заболеваниям с прогрессирующим течением. Как известно, уровни сывороточного белка S100 повышены у пациентов с аутоиммунными заболеваниями, и несколько исследований продемонстрировали их полезность в качестве диагностических маркеров воспаления (Brunner H.I., Schulert G.S., Sproles A.).

Цель исследования: целью данного исследования является оценить связь иммунологических маркеров с уровнем белка S-100 и ее диагностическую значимость у пациентов с ЮАСН.

Материалы и методы. Проспективное когортное исследование, включающее 46 детей с ЮА, (из них 26 детей с ЮАСН) было проведено в 2021-2023 годы. В ходе исследования были определены провоспалительные цитокины - IL-18, ФНО- α с использованием биочип технологии RANDOX. Определение аутоиммунных маркеров, таких, как ANA, ANCA, Anti-MCV, Anti-dsDNK, Anti – Nucieosome, Anti-Phospholipid, S-100 иммуноферментным методом (ИФА) на аппарате Multiskan FS (Германия). Все лабораторные анализы проводились в клиничко-лабораторном отделе РСНПМЦ Педиатрии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Статистический анализ проводился с использованием программы “StatPlus” (v8.0.3 для macOS; StatPlus:mac,

AnalystSoft Inc. Версия v8.) и “Microsoft Excel”. Описательная статистика была рассчитана только для белка S-100. Для оценки связи между переменными применяли ранговой корреляционный анализ по критерию Спирмана (r_s). Различия считались достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования. Среди исследуемых детей доля мальчиков составила 58% ($n=15$), а девочек - 42% ($n=11$), самый маленький возраст составил 2 года, у детей данного возраста вес был низким и составил 9,2 кг. Медианное значение показателей белка S-100 у детей с ЮАсСН составило 48,96 pg/ml (IQR; 40.91-63.16), минимальное значение — 2.008 pg/ml, максимальное — 106.1 pg/ml. Результаты исследований при сопоставлении белка S-100 с другими иммунологическими маркерами свидетельствуют о прямой умеренной корреляционной взаимосвязи между уровнем белка S-100 и показателями Anti-dsDNK ($r_s = 0,42$; $p < 0,05$), Anti-Phospholipid ($r_s = 0,41$; $p < 0,05$). Прямая слабая корреляционная взаимосвязь была установлена между S-100 и Anti-MCV ($r_s = 0,33$; $p < 0,05$). Не было выявлено корреляционной взаимосвязи между S-100 и ANCA ($r_s = -0,002$; $p > 0,05$), Anti – Nucleosome ($r_s = 0,076$; $p > 0,05$), IL-18 ($r_s = 0,008$; $p > 0,05$) или очень слабая ANA ($r_s = 0,11$; $p > 0,05$), TNF- α ($r_s = 0,13$; $p > 0,05$) у детей с ЮАсСН.

Выводы. У детей с ЮАсСН, была установлена прямая умеренная взаимосвязь белка S-100 с иммунологическими маркерами Anti-dsDNK, Anti-Phospholipid, а также очень слабая взаимосвязь с ANA, TNF- α . Данные результаты могут быть использованы в диагностическом и прогностическом плане, определяя критерии оценки риска развития, характера течения и прогноза ЮАсСН у детей.

ПОЛИМОРФИЗМЫ В ГЕНАХ, ОТВЕЧАЮЩИХ ЗА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ АСФИКСИИ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Кондратьев М.В., Лаврентьев С.Н., Петрова А.С., Грызунова А.С., Захарова Н.И.

Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства
здравоохранения Московской области, г. Москва, Российская федерация

Актуальность. Нарушения гемостаза, возникающие в неонатальном периоде, ухудшают общее состояние пациента, нередко являясь причиной летального исхода или тяжелых осложнений. Асфиксия в родах может привести к значимому дисбалансу в системе гемостаза, как и процедура терапевтической гипотермии, которая является стандартным методом лечения таких новорожденных. Распространенность тромбозов у новорожденных колеблется от 5,1 до 41 на 100 000 новорожденных, геморрагических осложнений - до 15–20% в зависимости от гестационного возраста. Однако, частота генетической предрасположенности остается не уточненной у детей, переживших асфиксию в родах.

Цель: выявление генетической предрасположенности к тромбообразованию у новорожденных, перенесшим асфиксию тяжелой и средней степени тяжести в родах и процедуру терапевтической гипотермии.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ на определение полиморфных вариантов в генах, кодирующих плазменные факторы системы свертывания крови: F2 (протромбин, 20210, G> A), rs1799963; F5 (мутация Лейдена, R534Q, G> A), rs6025; F7 (коагуляционный фактор VII, R353Q, G> A), rs6046; FGB (фибриноген, -455, G> A), rs1800790 и SERPINE1 или PAI-1 (ингибитор активатора плазминогена, - 675, 5G>4G), rs1799768; полиморфизмов в генах, кодирующие агрегационные факторы системы свертывания крови: GP1BA (тромбоцитарный гликопротеин 1B, -5T>C), rs2243093; GP1BA (тромбоцитарный гликопротеин 1B, с.482C>T), rs6065; ITGB3 (тромбоцитарный рецептор

фибриногена, L33P, T>C), rs5918; *JAK2* (янускиназа 2, V617F G>T), rs77375493; *SELPLG* (P-селектин лиганд гликопротеина, M62I, G>A), rs222831.5; и полиморфизмы в генах, связанных с фолатным циклом: *MTHFR* (метилентетрагидрофолатредуктаза, A222V, C>T), rs1801133; *MTHFR* (метилентетрагидрофолатредуктаза, E429A, A>C), rs1801131; *MTR* (метионинсинтаза, D919G, A>G), rs1805087; *MTRR* (метионинсинтазаредуктаза, I22M, A>G), rs1801394 и *SLC19A1* (транспортер фолатов, H27R, A>G), rs1051266.

Результаты исследования. Исследования проведены у 35 новорожденных, перенесших асфиксию в родах тяжелой и средней степени тяжести, в комплексе лечения которых применялась терапевтическая гипотермия. Полиморфизмы в генах, кодирующих плазменные факторы системы свертывания крови выявлены у 11 (31,4%) новорожденных в виде мутации гомозиготной по аллелю 4G (4G/4G) гена, кодирующего ингибитор активатора плазминогена. Полиморфизмы в генах, кодирующие агрегационные факторы системы свертывания крови выявлены у 3 детей (8,6%) в гомозиготном состоянии: *GP1BA* и *ITGB3* и полиморфизмы гена *SELPLG*, кодирующего ингибитор активатора плазминогена. Полиморфизмы в генах, связанных с фолатным циклом выявлены у 19 детей (54,3%), из них у 6 в комбинации гомозиготные по аллелю генотипы генов.

Среди 35 пациентов, включенных в исследование, у 16 человек (45,7%) выявлены: внутрижелудочковое, субарахноидальные, субдуральное кровоизлияния, кровоизлияние в заднюю черепную ямку и в паренхиму полушарий головного мозга.

Выводы. Полиморфизмы в генах, кодирующие факторы системы свертывания крови, повышают вероятность возникновения венозных тромбозов и связанных с ними осложнений у новорожденных при асфиксии и процедуре терапевтической гипотермии. Одновременное выявление нескольких генетических факторов предрасположенности к тромботическим состояниям значительно увеличивает риск развития внутричерепных кровоизлияний.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА *VDR* НА ТЕЧЕНИЕ МУКОВИСЦИДОЗА, БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Е.И. Кондратьева^{1,2}, Е.В. Лошкова^{1,2}, Л.Я. Климов³, Н.А. Ильенкова⁵, Е.К. Жекайте^{1,2}, Н.А. Геппе⁴, Н.С. Подчерняева⁴, С.Н. Чебышева⁴, Е.П. Шитковская⁵, С.В. Долбня³, В.А. Курьянинова³, М.И. Тихая⁵, Ю.В. Котова¹, Ю.Л. Мельяновская^{1,2}, А.Ю. Воронкова^{1,2} Мизерницкий Ю.Л.⁶

¹ НИКИ детства Минздрава Московской области, Москва

² Медико-генетический научный центр им. академика Н.П. Бочкова, Москва

³ Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России, Ставрополь

⁴ Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Минздрава России, Москва

⁵ Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск

⁶ НИКИ педиатрии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

Цель исследования: ассоциативный поиск генетических вариантов (с.1206T>C, с.152T>C, с.1174+283G>A) гена *VDR* с клиническими проявлениями, уровнем кальцидиола и ответом на терапию при муковисцидозе (МВ), бронхиальной астме (БА), ювенильном идиопатическом артрите (ЮИА).

Материалы и методы исследования. Обследовано 283 пациента с муковисцидозом (МВ), 160 с БА, 150 с ЮИА и 333 здоровых ребенка контрольной группы, определено содержание кальцидиола. Тестирование полиморфных вариантов гена *VDR* (с.1206Т>С, с.1175-9G>Т, с.152Т>С, с.1174+283G>А) проведено методом ПЦР и ПДРФ анализа.

Результаты исследования. Реализация мекониевого илеуса, снижение функции легких, хроническая *Ps. aeruginosa* инфекцией, хроническая инфекция легких, вызванная НФГОБ, выше среди носителей генотипа ТТ с.152Т>С FokI гена *VDR*. Цирроз печени с портальной гипертензией чаще (OR=4,300; p=0,051) реализуется при носительстве генотипа АА BsmII (с.1174+283G>А) гена *VDR*.

Реализации «атопического марша» многократно увеличивается при носительстве генотипа ТТ с.1206Т>С(А>G) TaqI (OR=13,000; p=0,046), генотипов АА и GА BsmII (с.1174+283G>А) (OR=18,000; p=0,017). Дефицит кальцидиола на фоне БА в 2,7 раза (p=0,003) чаще регистрируется среди носителей генотипов ТТ и СТ с.1206Т>С(А>G) TaqI гена *VDR*.

Риск реализации системного начала ЮИА, полиартикулярного варианта, высокой степени активности, увеита, потребности в генно-инженерных биологических препаратах (p<0,05) имеют носители генотипа ТТ с.1206Т>С(А>G) TaqI, генотипа ТТ с.152Т>С FokI, генотипа АА полиморфизма BsmII (с.1174+283G>А) гена *VDR*.

Заключение. Показан вклад полиморфизмов гена *VDR* в течение изучаемых заболеваний.

ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кондратьева Е.И.^{1,2}, Киян Т.А.^{1,2}, Брагина Е.Е.^{1,3}

¹ Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова»

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области»

³ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» Правительства Российской Федерации.

Актуальность. Первичная цилиарная дискинезия (ПЦД) — редкое гетерогенное наследственное заболевание, чаще с аутосомно-рецессивным типом наследования, в основе которого лежит дефект ультраструктуры ресничек эпителия респираторного тракта и аналогичных им структур, проявляется частыми респираторными инфекциями с раннего возраста. Согласно европейским данным, общая минимальная распространенность ПЦД составляет 1:7554. Учитывая, что ПЦД относится к группе цилиопатий, для диагностики аномалий строения ресничек и жгутиков сперматозоидов мировым сообществом рекомендовано проведение трансмиссионной электронной микроскопии (ТЭМ). Каждый ультраструктурный дефект связан с определенной мутацией в генах, ответственных за ПЦД.

Цель: изучить ультраструктурные дефекты аксонем ресниччатого эпителия у пациентов РФ с первичной цилиарной дискинезией с использованием трансмиссионной электронной микроскопии.

Методы исследования. В качестве материала исследования использовались щеточные биоптаты слизистой оболочки носа 127 пациентов с ПЦД в период ремиссии заболевания. При проведении электронной микроскопии материал фиксировался 2%-ным глутаровым

альдегидом. Ультратонкие срезы получались с помощью ножа с алмазным напылением (Diatome, Швейцария). Образцы исследовались с помощью электронного микроскопа JEM-1011 (JEOL, Акишима, Япония), оборудованного камерой Orius SC1000 W (Gatan Inc., Плезантон, Калифорния, США).

Полученные результаты. С помощью ТЭМ исследовано 127 образцов реснитчатого эпителия. В 50% случаев встречались комбинированные дефекты наружных и внутренних динеиновых ручек. В то время, как изолированный дефект внутренних динеиновых ручек встречался в 8,8% случаев, а изолированный дефект наружных динеиновых ручек отсутствовал. Дефект центральной пары микротрубочек выявлен в 20,0% образцах. Зарегистрировано отсутствие радиальных спиц и дефект нексиновых мостиков в 7,5% образцах соответственно. Дефект дуплетов микротрубочек обнаружен в 6,2% образцах. Отдельно выделено 12,5% пациентов, у которых отмечались комбинированные нарушения строения аксонемы. Из них у 50,0% пациентов выявлены дефекты наружных и внутренних динеиновых ручек в комбинации с дефектом центральной пары микротрубочек, у 30,0 % больных отмечено отсутствие радиальных спиц совместно с дефектом нексиновых мостиков, а у 20,0 % – дефект дуплетов микротрубочек и дефект нексиновых мостиков.

У половины пациентов с ПЦД в РФ встречается комбинированный дефект внутренних и наружных динеиновых ручек, который чаще всего связан с вариантом в гене *DNAH5*. Несмотря на то, что в 10-20% случаев у пациентов с ПЦД могут быть нормальные результаты ТЭМ (например, при мутации в генах *DNAH11* и *HYDIN12*).

Выводы. ТЭМ остается одним из основных методов диагностики ПЦД наряду с молекулярно-генетическим исследованием.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ АТИПИЧНОЙ МИКРОФЛОРОЙ И ИХ КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ

Кудратова З.Э., Мухамадиева Л.А.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность исследования иммунных сдвигов у детей с острой обструктивной бронхиолитической болезнью атипичной микрофлоры и их корреляционная связь зависит от многих факторов, включая потребность в новых знаниях для разработки более эффективных лечебных стратегий, понимания патогенеза и прогнозирования исхода болезни.

Цель исследования: определить иммунологические особенности и корреляционную связь при обструктивном бронхите у детей с атипичной микрофлорой.

Материалы и методы: Работа выполнена в многопрофильной специализированной детской хирургической клинике. Обследовано 90 детей с острым обструктивным бронхитом атипичной микрофлорой в возрасте от 5 месяцев до 6 лет среди.

Результаты исследования. Для определения дифференциальных различий иммунологических показателей гуморального иммунитета у детей с ООБ микоплазменной и хламидийной инфекций, показатели были оценены нами в возрастном аспекте. Так, в I группе которая получала стандартную терапию у детей в возрасте от 5 мес. до 1 года содержание IgA было в пределах нормы $0,70 \pm 0,08$ г/л, в то время, как у детей от 3 до 6 лет показатели были в нижней границы нормы и составили у детей в возрасте 1- 3 года $0,93 \pm 0,16$ г/л, от 3-6 лет $0,96 \pm 0,14$ г/л. В этой группе содержание IgA у детей в возрасте от 5 мес. до 6 лет после лечения почти не изменились. У больных II группы содержание общего IgM в возрасте от 5 мес до 1 года было выявлено повышение его содержания в крови 2,5 раза, а в группе от 1 года до 3 лет и от 4 до 6 лет 1,5 раза. Содержание IgE во всех возрастных

группах было повышенным, особенно в возрастной группе от 1 года до 3 лет при этом эти показатели были повышены 2-3 кратно, и наиболее высокие цифры содержания IgE были до $115,49 \pm 20,21$ МЕ/л в возрастной группе от 1 до 3 лет по сравнению с нормой от 1 до 3 лет 45 МЕ/мл. У больных от 5 месяцев до 1 года также отмечалось повышение количества IgE и составило соответственно в группах $77,28 \pm 16,46$ МЕ/л; $53,08 \pm 9,70$ МЕ/л; $112,87 \pm 19,68$ МЕ/л; $92,6 \pm 37,99$ МЕ/л (рис.4.3.1.). В возрастной категории от 4 до 6 лет показатели колебались в пределах нормы во II и IV группе составили ($58,17 \pm 10,84$ МЕ/л; $40,73 \pm 24,20$ МЕ/л соотв.), повышенными были показатели в I и III группе $148,54 \pm 44,76$ МЕ/л; $109,40 \pm 18,2$ МЕ/л соотв.

Результаты изучения цитокинового статуса показали что, у детей с ООБ атипичной микрофлорой IL-6 при поступлении с острым обструктивным бронхитом у детей повышалась 2,1 раза по отношению к контрольной группе ($22,0 \pm 1,0$ пг/мл), а также отмечалось характерное 2 кратное повышение IL-8 у детей при поступлении во время острого периода с ООБ с атипичной микрофлорой. Также отмечается повышение количества INF- γ в 1,4 раза ($20,58 \pm 0,82$ пг/мл; $17,73 \pm 1,15$ пг/мл; $21,27 \pm 0,64$ пг/мл; $20,08 \pm 0,80$ пг/мл соотв.) во всех группах, что было доказано достоверностью различий ($p < 0,05$) между ними. Для выявления прямого или опосредованного влияния антител к Ch.pneumoniae IgM, IgG и антител к M.pneumoniae IgM, IgG на содержание интерлейкинов и иммуноглобулинов в крови был проведен корреляционный анализ между изученными параметрами иммунитета. По результатам корреляционного анализа были выявлены 32 значимые корреляционные взаимосвязи: среди них 5 сильно положительных и 3 слабых.

Заключение. Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о высокой степени взаимосвязи концентрации IgG, IgM, IgE с антителами к M.pneumoniae IgM и антителам к M.pneumoniae IgG, что свидетельствуют о напряжении компенсаторно-адаптационных резервов.

ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТАХ У ДЕТЕЙ

Кузнецова А.А., Петрова С.И., Лобачева А.В., Федотова Е.П., Пешехонова Ю.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Дыхательные пути являются основной мишенью для развития инфекционных и неинфекционных осложнений при первичных иммунодефицитах (ПИД), и главным предиктором смертности при ПИД. Ранняя диагностика ПИД и своевременное лечение определяет исход рецидивирующих гнойных инфекций и неинфекционных поражений легких включающие различные морфологические варианты интерстициальной лимфоцитарной болезни легких, приводящей к с прогрессивной потере функции легких.

Цель исследования: оценить характер поражения легких у пациентов с ПИД.

Материалы и методы. 50 пациентов в возрасте от 4-х месяцев до 17 лет с клиническими и лабораторными симптомами, соответствующими критериям постановки диагноза ПИД, в их числе 35 мальчиков и 15 девочек. Молекулярно-генетическое подтверждение диагноза получено у 37 пациентов.

Результаты исследования. Среднее время от момента появления первых симптомов до постановки диагноза ПИД составило 5,5 лет. Ведущими клиническими симптомами у 37 (76%) детей было поражение респираторного тракта. Среди инфекционных осложнений ПИД преобладали инфекции нижних дыхательных путей (пневмонии, хронические бронхиты, бронхиолиты), выявленные в анамнезе у 32 (63%) пациентов. Чаще всего данные осложнения встречались у пациентов с преимущественно гуморальным иммунодефицитом

(X-сцепленная агаммаглобулинемия; общая переменная иммунная недостаточность (ОВИН). Специфическая инфекция дыхательных путей (туберкулез легких, внутригрудных лимфоузлов) выявлена у пациентов, с гипер IgM синдромом. У пациентов с хронической гранулематозной болезнью диагностированы оппортунистические инфекции - Аспергиллез легких, пневмоцистная пневмония. Одним из тяжелых и неблагоприятных неинфекционных осложнений ПИД является интерстициальная лимфоцитарная болезнь легких (ИЛБЛ), которая диагностирована у 6 (13%) пациентов среди них один пациент с ОВИН, у двух пациентов с Синдром Ниймеген, у пациентки с Синдром активированной фосфоинозитид-3-киназы δ , Синдромом Диджорджи и пациента с тяжелой комбинированной иммунной недостаточностью. При проведении МСКТ легких у пациентов ПИД диагностированы бронхоэктазы, фиброзные изменения, интерстициальные изменения по типу «матового стекла», множественные нодулярные образования. Для оценки морфологических изменений и подбора таргетной терапии пациентам с ИЛБЛ проводилась биопсия легких, где выявлены различные морфологические варианты ИЛБЛ: фолликулярный бронхиолит, нодулярная гиперплазия и лимфоцитарная интерстициальная пневмония.

Всем пациентам проводилась заместительная терапия внутривенными иммуноглобулинами на фоне которой отмечалось уменьшение частоты и тяжести инфекционных заболеваний респираторного тракта, при этом интерстициальные заболевания легких прогрессировали пока не была назначена таргетная терапия препаратом Ритуксимаб.

Выводы. Клинические проявления ПИД разнородны и включают в себя как инфекционные, так и неинфекционные осложнения. Поражение легких является ведущим при ПИД. Своевременная диагностика крайне важна для назначения адекватной терапии и влияния на исход заболевания.

КАМҚОНЛИГИ БЎЛГАН ЭРТА ЁШЛИ БОЛАЛАРДА БРОНХ-ЎПКА ПАТОЛОГИЯСИНИ КЕЧИШИ

Курьязова Ш.М., Худайназарова С.Р., Усманова Н.А.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Бронх-ўпка патологиясини замонавий ташхислаш ва даволашга қарамасдан, болалар орасида тез-тез учрайдиган патология хисобланади.

Мақсад: Камқонлиги бўлган эрта ёшли болаларда бронх-ўпка патологияси клиник кечишини ўрганишдан иборат.

Материал ва усуллар. ТошПТИ клиникаси эрта ёшли болалар бўлимида стационар даволанишда бўлган 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган 36 нафар болалар текширилди. Улардан 24 нафари ўғил болалар (66,6%) ва 12 нафари қиз болалар (33,4%). Барча болаларда клиник-анамнестик, инструментал (кўкрак қафаси рентгенографияси, пульсоксиметрия), лаборатор текширувлар ўтказилди.

Натижалар ва муҳокамалар. Беморлар орасида бронх-ўпка патологиясининг ёшга боғлиқ ҳолда учраш частотаси қуйидагича бўлди: ўткир бронхиолит билан 1 ёшда - 6 нафар (16,6%), шифохонадан ташқари пневмония - 12 нафар (33,3%), обструктив бронхит - 10 нафар (27,7%) ва қайталанувчи бронхит - 8 нафар (22%). Бронх-ўпка патологияси ташхиси кўкрак қафасининг рентгенографияси асосида тасдиқланди. Рентгенологик суратлар ташхислаш мезонларига мувофиқ бронх-ўпка патологиясини тасдиқлади, бу эса адабиёт маълумотларига мос келди. Беморларнинг умумий аҳволи 8,0% болада ўта оғир, 37,2% болада оғир ва 54,8% болада ўрта оғир деб баҳоланди. Пульсоксиметрия кўрсаткичи бўйича, SpO₂-94-95 кўрсаткичи 12(33,3%) нафарда, кислород сатурациясини юқори

кўрсаткичи SpO₂-96-98 24(66,7%) болаларда аниқланди. Текширилган болаларнинг 36,7% сунъий озиклантиришда ва 63,3% табиий овқатланишда бўлган. Касалхонага ётқизилганда беморларнинг ота-оналари асосий шикоятлари йўтал - 100,0%, ҳансираш - 66,6%, тана ҳароратининг кўтарилиши - 95,3%, иштаҳанинг пасайиши - 80,5%, рангпарлик - 83,7%, тери қопламанинг қуруқлиги - 36,9% ва мармарсимон тери- 5,9% бўлган. Клиник кўринишларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, касалхонадан ташқари пневмония бўлган болаларда ҳарорат 100% да фебрил, ЎОБ ва РБ оғриган 98,4% болаларда эса субфебрил ҳарорат кузатилди. Ўрганилган болаларнинг 95,3% ида темир танқислик анемия аниқланди. Темир танқислик анемия(ТТА) ўғил болаларда қизларга қараганда сезиларли даражада тез-тез ташхисланиши аниқланди (58,9 ва 41,1%, $p<0,05$). Айниқса, бу патология бир ёшли болаларда кўп кузатилиши аниқланди: ТТА 62,2% ўғил болаларда ва 37,8% қизларда қайд этилган ($p<0,01$). ТТА билан оғриган болаларнинг уч ёшга келиб эса жинслар орасида фарқлар камайганини кўришимиз мумкин: қизлар - 54,5%, ўғил болалар - 45,5% ($p<0,05$). Қоннинг клиник таҳлили маълумотларига кўра, қон зардобиди темирни аниқлаш камқонликнинг енгил даражасида $10,4\pm 0,2$ ммоль/л, камқонликнинг ўрта даражасида - $10,0\pm 0,1$ ммоль/л, оғир даражасида $9,2\pm 0,1$ ммоль/л ни кўрсатди.

Хулосалар. Шундай қилиб, ўтказилган тадқиқотларимиз шуни кўрсатдики, турли даражали гипохром анемияли болаларда бронх-ўпка патологияларини оғир кечишига сабаб бўлади.

ФЕНОТИП, ПОЧЕЧНАЯ ФУНКЦИЯ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Кутырло И.Э., Савенкова Н.Д.

**Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург, Россия**

Актуальность проблемы обусловлена особенностями развития, структуры и почечного прогноза врожденных аномалий почек и мочевыводящих путей (ВАПМП), высоким риском прогрессирования хронической болезни почек (ХБП) у детей. Выделяют изолированный фенотип ВАПМП и синдромальный при орфанных болезнях.

Цель: оценить клинический фенотип, почечную функцию и выживаемость по методу E. Kaplan–P.Meier (1958) у педиатрических пациентов для прогнозирования прогрессирования ХБП.

Методы исследования. В исследование включено 127 пациентов в возрасте от 1 месяца до 17 лет 11 месяцев: I группа – 113 (89%) пациентов с изолированными ВАПМП (без ассоциации с орфанными синдромами); II группа – 14 (11%) пациентов с синдромальными ВАПМП (ассоциированными с орфанными синдромами и числовыми хромосомными болезнями). У детей стратификация стадий ХБП проведена в соответствии с классификацией K/DOQI (2002) and R.Hogg et al. (2003): по критериям скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по клиренсу креатинина по G.J. Schwartz, и категории альбуминурии/протеинурии. Исследование почечной выживаемости проведено по моментному неинтервальному методу E.L. Kaplan – P. Meier (1958). Термин «выжившие» использован для детей с ВАПМП, имеющих сохранную СКФ или компенсированную ХБП.

Полученные результаты. У детей с изолированными ВАПМП установлено преобладание аномалий почек (76,9%), пузырно-мочеточникового рефлюкса (53,1%), уретерогидронефроза/ гидронефроза (41,6%). Из 14 детей с синдромальными ВАПМП у 13

(92,8%) диагностированы аномалии почек, у 9 (62,3%) гидронефроз, у 3 (21,4%) пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Из 14 у 11 пациентов с синдромальными ВАПМП при молекулярно-генетическом исследовании идентифицированы мутации генов, ответственных за развитие орфанных синдромов, из них у 6 ранее не описанные варианты мутаций генов: Fraser тип 1 (*FRAS1*), Pierson (*LAMB2*), Lowe (*OCLR*), Lowe (*OCRL*, *ROBO2*), FOXP1 (*FOXP1*), Schuurs–Hoeijmakers (*PACSI*), Dent 2 (*OCLR*), Renal–Coloboma (*PAX2*), хромосомной болезни Шерешевского–Тернера (моносомия 45X); ассоциации синдромов Down (трисомия по 21 хромосоме) и Sensenbrenner (*WDR35*); при синдроме гипоплазии/аплазии почек 3 типа (*GREBIL*). Из 113 детей с изолированными ВАПМП были 21 (18,6%) в возрасте менее 2 лет и 92 (81,4%) более 2 лет. Из 21 ребенка в возрасте менее 2 лет у 15 (71,4%) СКФ в пределах возрастной нормы и у 6 (28,6%) СКФ снижена. 92 детям в возрасте более 2 лет стратифицирована тяжесть стадий ХБП: С1 с сохранной СКФ (27,2%), С2 (8,7%), С3 (50%), С4 (9,8%), С5 (4,3%). Из 14 детей с синдромальными ВАПМП 3 (21,4%) и 11 (78,6%) – в возрасте более 2 лет. У всех 3 детей в возрасте менее 2 лет СКФ в пределах возрастной нормы. 11 детям в возрасте более 2 лет стратифицирована тяжесть стадий ХБП: С1 с сохранной СКФ (5); С2 (5); С5 (1).

Выводы. В структуре изолированных ВАПМП у детей преобладают аномалии почек. Вероятность 5-летней, 10-летней и 15-летней почечной выживаемости у детей и подростков с изолированными ВАПМП составляет 94,4%, 89,5% и 66,5%, соответственно. Показатели вероятности 5-летней и 10-летней сохранности функции почек (ХБП С1 с нормальным уровнем СКФ) у детей и подростков в возрасте более 2 лет с ВАПМП при орфанных синдромах снижены (58,5% и 32,0%, соответственно).

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТОКСИЧНОСТИ ХЛОРПИРИФОСА В РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЕ И ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ

Кучкоров Ш.Б., Абдулазизова Ш.А.

**Central Asian Medical University
Ферганский медицинский институт общественного здоровья**

Актуальность. Хлорпирифос является одним из наиболее широко используемых органофосфатных инсектицидов, применяемых для контроля вредителей в сельском хозяйстве. Он действует через ингибирование фермента ацетилхолинэстеразы, что вызывает накопление ацетилхолина в синапсах, приводя к нарушению передачи нервных импульсов, параличу и гибели насекомых. Однако этот пестицид также может оказывать значительное воздействие на здоровье человека, особенно при длительном воздействии, что делает его изучение крайне актуальным в условиях активного использования в агропромышленности.

В последние десятилетия внимание исследователей привлекает влияние хлорпирифоса на различные системы органов человека и животных. Одним из наиболее уязвимых органов при воздействии хлорпирифоса является дыхательная система. Хлорпирифос способен вызывать широкий спектр токсических эффектов, включая нейротоксичность, кардиотоксичность, нефротоксичность и пневмотоксичность. Клинические проявления отравления хлорпирифосом включают респираторную недостаточность, гипоксемию, цианоз, бронхokonстрикцию, ларингоспазм и паралич дыхательных мышц. Эти симптомы могут привести к значительным нарушениям дыхательной функции, что делает хлорпирифос особо опасным при вдыхании его аэрозольных форм.

Цель исследования: изучить гистоморфологические изменения респираторного отдела и лимфатических узлов бронхов дыхательной системы у экспериментальных животных при воздействии пестицида хлорпирифоса.

Материалы и методы исследования. Исследование, проведенное на кафедре гистологии и биологии Ферганского медицинского института общественного здоровья, подтвердило наличие значительных гистоморфологических изменений в легочной ткани и лимфатических узлах экспериментальных животных (кролики $n=15$) при воздействии хлорпирифоса. Использование общих гистологических методов исследования позволило выявить патогистологические изменения, указывающие на глубокое поражение дыхательной системы. Применение методов световой микроскопии с цифровой камерой при увеличении от $\times 100$ до $\times 400$ позволило детализировать изменения на уровне клеток и тканей, что существенно расширило понимание механизмов действия хлорпирифоса на организм.

Результаты исследования показывают, что хлорпирифос может оказывать прямое воздействие на респираторный тракт, вызывая гистоморфологические изменения в легких и трахеобронхиальных лимфатических узлах. В экспериментальных условиях, при длительном воздействии аэрозоля хлорпирифоса, у животных наблюдаются изменения, такие как отечность легочной ткани, кровоизлияния, уплотнение легких, увеличение трахеобронхиальных узлов. На гистологическом уровне выявляются гипертрофия клеток Клара, эксфолиация респираторного эпителия, перибронхиальный воспалительный инфильтрат, утолщение альвеолярных перегородок, белковый альвеолярный отек и нарушение целостности альвеоцитов.

Особое внимание следует уделить изменению лимфатической системы, которая играет важную роль в иммунной защите организма. В трахеобронхиальных лимфатических узлах экспериментальных животных наблюдаются признаки дистрофии коркового слоя, уменьшение площади мозгового вещества и нарушение архитектоники лимфатических фолликулов. Эти изменения свидетельствуют о цитотоксичности хлорпирифоса, которая преимущественно воздействует на Т-лимфоциты, однако В-лимфоциты сохраняют относительную резистентность. Тем не менее происходит снижение иммунной реактивности организма, что может способствовать повышенной восприимчивости к инфекциям и другим патогенным воздействиям.

Вывод. Одним из ключевых выводов исследования стало установление факта, что хлорпирифос не только вызывает острые респираторные реакции, но и оказывает длительное воздействие на иммунную систему, снижая ее реактивность и способствуя развитию патологических процессов в лимфатических узлах. Нарушение архитектоники лимфатических фолликулов, снижение активности пролиферации клеток и дистрофия лимфатических узлов подтверждают высокую токсичность хлорпирифоса для иммунной системы.

В заключение, результаты исследования подчеркивают необходимость тщательного контроля за использованием хлорпирифоса в сельском хозяйстве и разработку эффективных мер по защите как работников сельского хозяйства, так и населения, проживающего вблизи обрабатываемых участков. Важность дальнейших исследований, направленных на изучение долгосрочных эффектов воздействия хлорпирифоса на дыхательную и иммунную системы, не вызывает сомнений. Эти исследования должны стать основой для разработки новых стратегий управления рисками и снижения потенциального воздействия пестицидов на здоровье человека.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИИ X-СЦЕПЛЕННОГО ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКОГО РАХИТА (ГР XL) ВСЛЕДСТВИЕ МУТАЦИИ ГЕНА *PHEX* У 40 ДЕТЕЙ

Левиашвили Ж.Г., Савенкова Н.Д.

ФГБОУ ВО Санкт — Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет.
СПбГПМУ, Санкт — Петербург, Россия

Актуальность. ГР XL – наследственная тубулопатия, обусловленная мутацией гена *PHEX*, кодирующего фосфатрегулирующую эндопептидазу. ГРXL характеризуется гипофосфатемией, гиперфосфатурией, высоким уровнем щелочной фосфатазой (ЩФ), рахитом, низкорослостью, многоплоскостной деформацией с формированием статико-динамической недостаточности нижних конечностей (варус/вальгус), сохранной функцией почек.

Цель исследования: оценить эффект терапии ГР XL вследствие мутации гена *PHEX* у 40 детей, получающих Reducto Speciale, активные метаболитами витамина D, препараты кальция, а у 10 детей с рефрактерностью к традиционной терапии - Burosumab.

Материалы и методы. В исследование включено 40 пациентов с ГР XL из них 29 девочек (д), 11 мальчиков (м), в возрасте от 1г до 18лет. Оценены рост, показатели КРФ (канальцевая реабсорбция фосфатов), МКРФ (максимальная канальцевая реабсорбция фосфатов), ФЭФ(фракционная экскреция фосфатов), отношение МКРФ/СКФ, в крови P, Ca, ЩФ, паратиреоидный гормон (ПТГ), креатинин. Оценена суточная мочевая экскреция Ca, P, в разовой моче креатинин, Ca, P, с расчетом индексов Ca/Cr, P/Cr, СКФ по формуле Schwartz.

Результаты исследования. В результате традиционной терапии отмечены умеренное повышение P в крови (от исходного), увеличение экскреции P, Ca, уменьшение боли в костях/суставах, уменьшение толщины остеоидной ткани и среднего объема остеоида (по рентгенограммам). У большинства детей предпубертатного возраста, получающих адекватную терапию, не прогрессировали деформации нижних конечностей, рентгенологические признаки рахита уменьшались, улучшался рост, сохранялась низкорослость. Функция почек у всех детей сохранна (СКФ $127,16 \pm 14,52$ мл/мин* $1,78m^2$). У детей на терапии Reducto Speciale и активными метаболитами витамина D в 77,8% показатели КФК, ФЭФ улучшились, однако МКРФ и соотношение МКРФ/СКФ оставались низкими. Нарушения канальцевой реабсорбции фосфатов являются наиболее информативными маркерами почечных потерь фосфатов. Из 40 у 10 детей (25%) ГР XL с подтвержденной мутацией в гене *PHEX* установлена рефрактерность к традиционной терапии. Осложнения от проводимой традиционной терапии, отсутствие эффекта и выраженные рахитические изменения костной ткани по шкале RSS (индекс тяжести рахита $\geq 1,5$ баллов) явились показанием для назначения Burosumab (моноклонального антитела связывающего избыточный фактор роста фибробластов 23 (FGF 23). Хирургическая ортопедическая коррекция методом временного эпифизиодеза проведена у 18 детей, с многоплоскостной деформацией методом остеотомии у 4 детей.

Выводы. Адекватная традиционная терапия фосфатами, активными метаболитами витамина и применение таргетной терапии (по показаниям), ингибитором FGF-23- Burosumab предотвращает прогрессирование многоплоскостных деформаций скелета, нижних конечностей (RSS), улучшает фосфатный гомеостаз и качество жизни детей.

НЕОНАТАЛЬНЫЙ АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

¹Лемешко Ю.И., ²Малец Е.Л., ³Лемешко Е.В.

¹ Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь

² Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии», г. Минск, Беларусь

³ Государственное научное учреждение «Институт физиологии Национальной академии наук Беларуси», г. Минск, Беларусь

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения 34 млн. детей нуждаются в аудиологической реабилитации К 2050 году каждый четвертый человек в мире будет страдать той или иной степенью потери слуха и около 700 млн. будут нуждаться в реабилитации. 60% случаев аудиологических проблем у детей может быть предотвращено путем внедрения аудиологического и генетического скрининга, профилактики перинатальной патологии и т.д. Наиболее эффективными являются программы медицинской помощи, начатые в первые 6 месяцев жизни ребенка. Золотым временным стандартом является «1-3-6»: 1 месяц – выявление нарушений слуха; до 3 месяцев – постановка диагноза; до 6 месяцев – начало реабилитационных мероприятий. В Республике Беларусь универсальный аудиологический скрининг у новорожденных проводится с 2008г. и включает в себя анкетирование родильниц по выявлению факторов риска нарушения слуха и регистрация задержанной вызванной отоакустической эмиссии. Неонатальный аудиологический скрининг эффективен при условии охвата не менее 95% новорожденных до 1 месяца жизни.

Цель: продемонстрировать реализацию программы неонатального аудиологического скрининга в Республике Беларусь.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ количества живорожденных детей, данных аудиологического скрининга новорожденных на основании данных форм государственной статистической отчетности (форма 1 – помощь беременным (Минздрав) и отчетная форма результатов аудиологического скрининга и ранней диагностики нарушений слуха у новорожденных и детей раннего возраста) за период с 2016 по 2020 гг.

Полученные результаты. Из данных анализируемых форм следует, что 485895 родильницам было проведено анкетирование по выявлению перинатальных факторов риска слуховых нарушений у новорожденных. Методом отоакустической эмиссии в родовспомогательных учреждениях Республики Беларусь за анализируемый период обследовано 389219 новорожденных (80,1%), что соответствует требованиям эффективности аудиологического скрининга. Среди обследованных новорожденных нарушения слуха в последующем были выявлены у 436 новорожденных (0,11%). Проведение неонатального аудиологического скрининга за анализируемый период было относительно стабильным: 2016г. – 93253 ребенка (79%), 2017г. – 81418 (79%), 2018г. – 77356 (82%), 2019г. – 74 (71%), 2020г. – 62621 (75,5%). С целью усовершенствования неонатального аудиологического скрининга в Республике Беларусь в 2023г. разработаны методические рекомендации, утвержденные Министерством здравоохранения Республики Беларусь, в которых усовершенствована анкета по оценке факторов риска нарушения слуха (выделение материнских и неонатальных факторов); разработаны рекомендации для врача-неонатолога (врача-педиатра) по медицинскому наблюдению новорожденных в зависимости от результатов анкетирования и скрининговой отоакустической эмиссии.

Выводы. Новые организационные подходы, направленные на усовершенствование аудиологического скрининга (анализ и комплексная оценка факторов риска нарушения слуха, внедрение генетического скрининга нарушений слуха у новорожденных, максимальный охват новорожденных детей и др.), позволят уменьшить прогнозируемую частоту нарушений слуха в последующем.

ТРИГГЕРЫ РАЗВИТИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Мадаминова М.Ш., Каримджанов И.А.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Хронические системные воспалительные заболевания соединительной ткани развиваются в любом возрасте, но чаще у детей 3-16 лет. Среди них наиболее значимым является ювенильный идиопатический артрит (ЮИА). Одной из особенностей данного заболевания у детей является раннее развитие инвалидности, степень которой, как и качество жизни ребенка, а также возможность его социальной, психологической и профессиональной адаптации в дальнейшем определяют именно своевременность ранней диагностики тяжелого течения, а также своевременность и адекватность проводимого лечения. В настоящее время во всем мире, наблюдается тенденция к неуклонному росту распространенности ЮИА в детской популяции. По результатам различных исследований распространенность ЮИА в разных странах составляет от 0,05% до 0,6%, а заболеваемость от 2 до 19 случаев в год на 100000 детского населения. В связи с этим, ранняя диагностика тяжелого течения и лечение ЮИА у детей - одна из наиболее актуальных проблем педиатрии.

Цель: изучить провоцирующие факторы развития ювенильного идиопатического артрита у детей.

Материалы и методы исследования. Нами было исследовано 105 детей с олигоартикулярной и полиартикулярной суставной формами ЮИА, лечившихся в отделении детской кардионефрологии Многопрофильной клиники ТМА, в возрасте от 7 до 17 лет, длительностью болезни не менее 3 лет, получающие стационарное лечение. Из них девочки составили 52,3% и мальчики 47,6% человек. Всем больным были проведены клиничко-anamnestические и лабораторно-инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. Наши исследования показали, что у детей страдающих ЮИА, последний часто ассоциируется с бактериальной, вирусной и смешанной инфекцией, а также в дебюте заболевания также играют роль травма, переохлаждение, гиперинсоляция, профилактическая прививка, психологическая травма, семейная подверженность, неблагоприятные экологические условия (накопление микроэлементов и солей тяжёлых металлов), что отягощает течение основного заболевания. В нашем исследовании у детей с ЮИА среди факторов развития заболевания, преобладала инфекция (43,4%), на следующем месте стояло переохлаждение (31,8%). Аллергия наблюдалась у 7,3% больных а у 3,9% причиной явился травматический фактор.

Полученные данные по особенностям этиологии у наблюдаемых нами детей позволили пересмотреть лечебную тактику ЮИА.

Выводы. Исходя из проведённого нами исследования следует, что знания об этиологическом факторе ЮИА, позволяет предупредить развитие самого заболевания, разработать диагностический алгоритм тяжёлого течения, а также оптимизировать лечебную тактику при различных клинических формах данного заболевания. Таким образом, инфекционный фактор и переохлаждение у детей, может служить триггером развития ЮИА, а на фоне болезни -утяжеляет течение заболевания. Патологический

процесс в этих случаях проявляется висцерализацией в более ранние сроки, чем у неинфицированных детей.

ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ РЕЧЕВОГО ПРОЦЕССОРА «SONNET 2» В СИСТЕМЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ДЕТЕЙ

Маджитова Д.Ш., Иноятова Ф.И., Наджимутдинова Н.Ш., Нуриддинова Д.Х.

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

Актуальность исследования заключается в необходимости повышения эффективности реабилитации детей после кохлеарной имплантации, что связано с увеличением числа детей с врожденными нарушениями слуха. Современные технологии, в частности новые технологии современных речевых процессоров позволяют улучшить качество жизни пациентов, однако разработка параметров их настройки и их оптимизация играет ключевую роль в ускорении адаптации детей после кохлеарной имплантации и повышению эффективности слуховой реабилитации.

Цель исследования: повышение эффективности реабилитации у детей после кохлеарной имплантации.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовало 194 детей в возрасте от 1 года до 5 лет, средний возраст которых составил $2,5 \pm 1,4$ года. Среди участников было 89 (45,9%) мальчиков и 105 (54,1%) девочек. Основной задачей исследования было проанализировать влияние изменения параметров речевого процессора (РП) кохлеарных имплантов «SONNET 2» на реабилитационный процесс у детей при первом подключении. Кохлеарная имплантация проводилась только пациентам с нормальной анатомией улитки и полным введением стандартной электродной решетки. Для всех пациентов использовались импланты с электродом стандартного типа длиной 110,7 мм. Оценка результатов реабилитации проводилась через 3 и 6 месяцев с помощью анкетирования сурдопедагогов по методике LittleARS.

Результаты исследования. Подключение речевого процессора (РП) проводилось через 30 дней после операции. Дети были разделены на две группы в зависимости от протокола подключения: первая группа ($n=97$) подключалась по стандартному протоколу, при котором пороговый заряд (THR) был установлен на уровне 8%, а начальный порог стимуляции для максимального комфортного уровня громкости (МКУ) - на уровне 8–9 [qu]; во второй группе ($n=97$) THR был установлен на уровне 10%, а начальный порог стимуляции для МКУ определен на основе снижения значения данных интраоперационного AutoART на 30%.

Результаты исследования показали, что у детей, которым при первом подключении речевого процессора (РП) «SONNET 2» был установлен заряд порогового уровня (THR) на уровне 10% и начальный порог стимуляции определен на основе снижения значения данных интраоперационного AutoART на 30%, наблюдалось более быстрое улучшение слуховых функций по сравнению с пациентами, у которых был применен стандартный протокол подключения (THR – 8%, МКУ – 8-9 [qu]). Через 3 месяца после подключения у первой группы детей было отмечено лучшее восприятие звуковой среды и более быстрая выработка условно-двигательных реакций. Это свидетельствует о более эффективной адаптации к новым слуховым условиям. Однако через 6 месяцев различий между обеими группами практически не наблюдалось, что указывает на схожие долгосрочные результаты при использовании обоих подходов.

Выводы. Нестандартный вариант подключения речевого процессора показал себя более перспективным на ранних этапах реабилитации, что подчеркивает его важность для

дальнейшего изучения и использования в клинической практике для ускорения процесса адаптации и улучшения результатов слуховой реабилитации.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ

Маликова А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Бронхиолит является одним из самых тяжелых обструктивных воспалительных заболеваний нижних дыхательных путей у детей раннего возраста. Вследствие недоразвития дыхательной мускулатуры, у детей ослаблен кашлевой толчок, что приводит к закупорке слизью мелких бронхов, которые состоят из хрящевых полуколец, мало эластических волокон. Накапливается все больше информации о преимущественно вирусной природе бронхиолита, в которой лидирующее место занимает респираторно-синцитиальный (РС) вирус с его широкой распространенностью и особенностями формирования постинфекционного иммунитета. Исходя из вышеизложенного, является актуальным изучение факторов риска развития острого бронхиолита у детей.

Цель: целью нашего исследования явилось – выявление факторов вероятности развития острого бронхиолита у детей.

Методы и результаты. Нами проведено комплексное клиническое обследование 45 детей в возрасте до одного года с острым бронхиолитом наблюдавшиеся и получавшие лечение в отделении пульмонологии клиника ТашПМИ. С учетом анамнестических данных, результатов физикальных и лабораторных методов обследования.

Результаты исследования. Среди больных с острым бронхиолитом детей от 1 до 3 месяцев было 73,3%, 3-6 месяцев – 17,8%, от 6 до 12 месяцев – 8,9%. Среди обследованных детей мальчики составляли 62,2%, а девочки – 37,8%, во всех случаях мальчиков было больше, чем девочек. Анализируя полную информацию по анамнезу обследованных детей, мы выделили факторы риска, которые встречались у них наиболее часто: недоношенность выявлены 35,6% случаев, фактор пассивного курения в семье влияет как на беременную, так и на ребенка в группе детей с острым бронхиолитом составляло значительные показатели – 51,1% случаев. Характер питания детей в возрасте до 1 года оказывает влияние на их рост и развития в дальнейшем. Ранний перевод на искусственное и смешанное вскармливание приводит к развитию фоновых заболеваний (анемии, белково-энергетической недостаточности, рахита, аллергического диатеза), которые не только снижают резистентность организма ребенка, но и повышают аллергическую сенсibilизацию. Обследованные дети в 48,9% случаях находились на искусственном вскармливании, и на естественном - находились всего лишь 22,2%. Острый бронхиолит у детей часто протекал на фоне сопутствующей патологии. При обследовании ребенка с бронхиолитом могут выявляться такие сопутствующие заболевания как конъюнктивит, фарингит, отит. Наиболее часто из перечисленных заболеваний у обследованных больных выявлялся острый средний отит в 22,2% случаев. Положительный результат экспресс-теста или теста полимеразной цепной реакции на РС-вирус в большинстве случаев подтверждает его этиологическую роль в развитии бронхиолита. В этиологической структуре острого бронхиолита у обследованных детей лидирует РС-вирус, он был выявлен у 60,0% больных.

Вывод. Таким образом, острым бронхиолитом чаще болеют дети первых трех месяцев жизни, мальчики болеют чаще девочек, факторами риска в основном являются дети, рожденные раньше срока гестации, пассивное курение и дети, находящиеся на искусственном вскармливании. Острый бронхиолит у детей часто протекал на фоне

сопутствующей патологии. Определение вируса, вызвавшего заболевание, может помочь избежать внутрибольничного инфицирования.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОБЩНОСТЬ И МОЛЕКУЛЯРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ IgE-ОПОСРЕДОВАННОЙ АБКМ И ГИСТАМИНОЗА У ДЕТЕЙ

Мамаджанов Б.Н.^{1,2}, Джураев А.А.^{1,2}, Мирзаев О.С.^{1,2} Грачева Н.Ю.¹, Магбулова Н.А.^{1,2,3}, Ким С.А.^{1,2}, Кацамаки С.П.^{1,2,3}, Левицкая Ю.В.^{1,4}, Гариб В.Ф.^{1,3}

¹Международный центр молекулярной аллергологии Министерства высшего образования, науки и инноваций

²Кластер молодых ученых международного центра молекулярной аллергологии Министерства высшего образования, науки и инноваций, Ташкент, Узбекистан

³Международная сеть университетов молекулярной аллергологии, Вена, Австрия

⁴Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Аллергия на белок коровьего молока (АБКМ) является одной из самых распространённых пищевых аллергий у детей с частотой 3,5-7%. Одновременно, дефицит диаминоксидазы (ДАО) и связанные с ним состояния, такие как гистаминоз, могут затрагивать до 1-5% населения. Оба состояния имеют схожие клинические проявления, что затрудняет диагностику и требует дифференцированного подхода к лечению.

Цель исследования: изучить клинические особенности и молекулярные различия IgE-опосредованной аллергии на белок коровьего молока и гистаминоза у детей, находящихся под наблюдением.

Материалы и методы. В исследование были включены 50 детей в возрасте от 1 до 6 лет с подозрением на АБКМ и/или гистаминоз. Применялись кожные пробы, в том числе с гистамином, исключая диеты, а также анализ пищевых дневников для оценки симптомов после исключения или включения подозреваемых продуктов. Также использовались лабораторные тесты для выявления уровня IgE и оценки функции фермента ДАО.

Результаты исследования. Несмотря на общность клинической картины при употреблении молочных продуктов, таких как йогурты, нами были выявлены четкие молекулярные различия между аллергией на белок коровьего молока (АБКМ) и гистаминозом у детей. В случае АБКМ наблюдается IgE-опосредованная реакция, при которой иммунная система воспринимает белки молока (чаще всего казеин и β -лактоглобулин) как аллергены, что приводит к выработке специфических антител (IgE). При повторном контакте с аллергеном происходит высвобождение гистамина и других медиаторов воспаления из тучных клеток. В отличие от АБКМ, гистаминоз не является истинной аллергией и связан с избыточным поступлением гистамина с пищей или нарушением его метаболизма из-за дефицита фермента ДАО. Это приводит к накоплению гистамина в организме, который превышает индивидуальный порог толерантности, вызывая прямое воздействие на клетки-мишени. Лечение обеих патологий включает исключение триггерных продуктов (для АБКМ — молочные продукты, для гистаминоза — продукты, богатые гистамином), применение антигистаминов, а в тяжелых случаях — кортикостероидов и адреналина (эпинефрина). Существование группы пациентов с сочетанием АБКМ и гистаминоза указывает на необходимость проведения дальнейших исследований для определения частоты перекрытия этих состояний и их клинических проявлений.

Выводы. Несмотря на схожесть клинических проявлений, АБКМ и гистаминоз имеют разные механизмы развития. Для АБКМ характерна иммунная реакция с участием IgE,

тогда как гистаминоз вызван нарушением метаболизма гистамина. Лечение должно быть индивидуализировано: исключение молочных продуктов при АБКМ и продуктов, богатых гистамином, при гистаминозе.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕБЮТА ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Мамедова С.Н., Мамедова З.У.

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку, Азербайджан

Актуальность. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) – хроническое тяжелое заболевание, развивающееся у детей до 16 лет, приводящее к постепенной деструкции суставов и нередко сопровождающееся внесуставными проявлениями. Одной из актуальных проблем ревматологии является своевременная диагностика на ранних этапах болезни.

Цель - изучение особенностей клинические проявления дебюта ЮИА.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 22 историй болезни детей в возрасте от 3 до 16 лет, госпитализированных в кардиоревматологическое отделение Учебно-Терапевтической Клиники Азербайджанского Медицинского Университета, с впервые установленным диагнозом ЮИА. Девочек было 12, мальчиков -10. Диагноз был установлен на основании собранного анамнеза, клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, активность заболевания оценивалась с помощью Juvenile Arthritis Disease Activity Score (JADAS).

Результаты исследования. Были проанализированы клинические проявления дебюта ЮИА. У 7 больных было отмечено острое начало заболевания, которое характеризовалось повышением температуры до 38.5-39.5С, общей слабостью, миалгией, артралгией различной интенсивности. У всех госпитализированных отмечался артрит: олигоартрит - у 15, полиартрит - у 7 больных. Чаще всего наблюдалось поражение коленных, голеностопных, лучезапястных, реже тазобедренных и межфаланговых суставов, а также суставов шейного отдела позвоночника. Утренняя скованность наблюдалась у 13 пациентов. У большинства больных отмечались ускорение скорости оседания эритроцитов (90,9%), повышение С-реактивного белка (95.5%) лейкоцитоз (50%), тромбоцитоз (31.8%), анемия (36.4%). Ревматоидный фактор был серонегативный у 20 и серопозитивный у 2 пациентов. На рентгенограмме в начальной стадии болезни у 17 больных был отмечен умеренно выраженный эпифизарный остеопороз (I рентгенологическая стадия), у 5 - II рентгенологическая стадия. Внесуставные проявления ЮИА наблюдалось у 4 больных.

Выводы. Полиморфизм клинические проявлений ЮИА затрудняют диагностику в начальной стадии заболевания, что нередко ведет к диагностическим ошибкам и проведению своевременной терапии. Нередко причинами диагностических ошибок является недостаточная осведомленность врачей первичного звена о данной патологии или неправильная интерпретация клинико-лабораторных данных, что нередко ухудшает прогноз болезни.

ЧАСТОТА ПАТОЛОГИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА РОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Маммадова А.А., Рзаева З.Р., Гараева С.З.

Научно-Исследовательский Институт Педиатрии имени К. Я. Фараджевой,
Кафедра I детских болезней Азербайджанского Медицинского Университета

Актуальность. Врожденная инфекция остается одной из актуальных проблем современной педиатрии. В дальнейшем в здоровье этих детей могут развиваться серьезные изменения, которые могут привести к формированию хронических заболеваний, инвалидности и снижению качества жизни ребенка, социальной дезадаптации, что определяет актуальность данной проблемы.

Цель исследования: изучить заболеваемость болезнями органов дыхания у детей, рожденных с врожденной инфекцией, до 1 года.

Материал и методы. В исследование вошли 107 недоношенных детей, рожденных от матерей с осложненным, акушер-гинекологическим анамнезом с признаками врожденной инфекции (основная группа) и 60 здоровых детей без признаков врожденной инфекции (контрольная группа). Обе группы были обследованы на базе ЭТ педиатрического института и детской поликлиники.

Результаты и их обсуждение. В структуре общей патологии второе место занимают заболевания органов дыхания (пневмония, бронхит, фарингит, назофарингит, синусит, ринит и др.). При сравнении уровня заболеваемости болезнями органов дыхания в обследованных группах установлено, что частота данной патологии у детей, рожденных в срок с врожденной инфекцией, равна $54,2 \pm 4,8\%$, что существенно выше по сравнению с контрольной группой - $31,7 \pm 6,0\%$ ($p < 0,01$). У $30,8 \pm 4,5\%$ детей основной группы в течение года чаще наблюдались заболевания органов дыхания, так что в первые 3 мес жизни острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) сопровождались обструктивным бронхитом у 4 детей ($2,5\%$). эпизоды повторялись 2-3 раза. У 14 детей ($8,9\%$) на первом году жизни возникла бронхопневмония, что потребовало госпитализации ребенка. На втором году жизни КРХ болели $10,8\%$ из 17 детей, но большинство из них (7 человек) болели 2 и более раз. Каждый случай респираторной инфекции у одного ребенка сопровождался случаями обструктивного бронхита.

Заключение. У детей, рожденных с врожденной инфекцией, общая заболеваемость в младенческом возрасте остается высокой. Поиски в области первичной и вторичной профилактики патологий младенческого периода требуют разработки новых технологий реабилитации этих детей, регионального мониторинга заболеваний.

РИСК ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРАМЕТРОВ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹Маткаримова А.А., ²Жиемуратова Г.К., ³Исмаилова А.А., ¹Курбанова А.А.

¹Республиканский детский многопрофильный медицинский центр, г.Нукус

²Нукусский филиал института иммунологии и геномики человека АН Уз,
г.Нукус

³Института иммунологии и геномики человека АН Уз, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Тимус, являясь центральным органом системы иммунитета, не может не оказывать влияния на состояние целостного организма. Это послужило основанием для проведения специального исследования, посвященного выявлению взаимосвязи риска

формирования врожденной патологии целостного организма с величиной тимуса у умерших детей раннего возраста.

Цель исследования: оценка взаимосвязи риска формирования врожденной патологии целостного организма с величиной тимуса у умерших детей раннего возраста.

Материалы и методы. Работа выполнена на основании анализа протоколов патологоанатомического исследования умерших детей раннего возраста. Во всех включенных в исследование протоколах вскрытия имелись сведения о гистологическом исследовании органов и тканей, в ряде случаев и другие данные, в том числе о микробиологической и вирусологической идентификации возбудителей инфекций. Всего проанализировано 56 протоколов вскрытия за 2023 и 2024 гг., содержащих необходимые сведения.

Результаты исследования. Результаты проведенного исследования показывают, что умершие дети, прожившие менее 3 дней и имеющие тимомегалию, чаще имели врожденные пороки развития. Дети с тимомегалией в нашем исследовании чаще имели аномалии развития желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, пороки сердечно-сосудистой системы и поражения центральной нервной системы, чем другие обследуемые дети. Среди всех обследованных детей у 5,3% были обнаружены генетические болезни и синдромы, включая синдром Дауна, муковисцидоз легочной формы и ахондродисплазию конечностей. У ряда из них это была внутриутробная генерализованная инфекция не уточненной этиологии, которая регистрировалась у 9 исследуемых лиц со средней величиной тимуса, у 15 — с гипоплазией этого органа и у 10 — с тимомегалией.

Летальный исход у детей, участвующих в исследовании, был наименьшим при средней величине тимуса (у 50 индивидов, что составляет 25%), и наибольшим при тимомегалии — у 81 новорожденного ребенка, прожившего менее 10 дней (41%).

Среди заболеваний инфекционного генеза у плодов со средней величиной тимуса в одном наблюдении имела место изолированная интерстициальная пневмония. В другом наблюдении у плода с гипоплазией тимуса была также зарегистрирована полисегментарная пневмония. У ряда из них это была внутриутробная генерализованная инфекция не уточненной этиологии, которая регистрировалась у 9 исследуемых лиц со средней величиной тимуса, у 15 — с гипоплазией этого органа и у 10 — с тимомегалией.

Заключение. В результате нашего исследования было установлено, что риск развития врожденной патологии целостного организма связан с размерами тимуса: он минимальный у индивидов с средним размером тимуса и максимальный у детей с тимомегалией. Наши данные показали, что врожденные пороки развития и фетодисплазии значительно чаще встречаются у младенцев с тимомегалией, что имеет статистически значимое значение.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПЕРВИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН

¹Маткаримова А. А., ²Каландарова А.Н., ²Жиемуратова Г. К., ³Исмаилова А. А.

¹Многопрофильный детский центр Республики Каракалпакстан

²Нукусский филиал института иммунологии и геномики человека АН Уз

³Институт иммунологии и геномики человека АН Уз

Актуальность. Изучение распространенности ПИД является важным аспектом эпидемиологических исследований, поскольку оно позволяет оценить частоту возникновения этих заболеваний на различных территориях. Распределение ПИД может различаться в зависимости от этнической принадлежности и географического положения. Информация о распространенности ПИД на региональном, национальном и

международном уровнях позволяет более точно определить масштаб проблемы и разработать эффективные стратегии профилактики и лечения.

Цель исследования: изучение эпидемиологических и клинических особенностей врожденных иммунных нарушений первичных иммунодефицитов в Республике Каракалпакстан.

Методы исследования. Сбор информации на территории РК осуществлялся среди детей, у которых был поставлен диагноз ПИД, включая формы, не подтвержденные генетически на момент регистрации пациента. Скрининговые тесты верификации ПИД на этапе диагностического поиска включали клинический и биохимический анализы крови, определение сывороточных иммуноглобулинов.

Результаты исследования. Данные показывают, что в группе пациентов с первичными иммунодефицитами РК выявлено более 10 различных форм заболеваний. Впервые определено, что среднее время до установления диагноза ПИД у пациентов составляет 2,7 лет. Также впервые изучен характер сопутствующей патологии у пациентов, где преобладают инфекции (73,9%). Признаки нарушения иммунной системы выявлены у 24,1% пациентов, рецидивирующие «холодные» отеки – у 6%, а онкологические заболевания – у 2,5%. Было установлено, что количество случаев летального исхода составило 2,8%.

На долю детей первого года жизни приходится 7 (8,75%) детей, от года до 5 лет – 71 (88,7%), от 5 до 10 лет – 3 (3,7%). Количество семей, в которых наблюдается более одного пациента с ПИД, составило 2 случая. Близкородственный брак (мать и отец – двоюродные сестра и брат) удалось уточнить в двух случаях. Повторные респираторно-вирусные инфекции отмечались у 39,8% детей, преобладали у пациентов с селективным дефицитом IgA. Наиболее частыми из неспецифических клинических синдромов были гепатоспленомегалия (26,5%) и неутонченная лихорадка (15,2%), которая наблюдалась практически у всех больных с аутовоспалительными заболеваниями и ПИД с иммунной дисрегуляцией до установления диагноза. Эндокринопатии отмечены в 7,7% случаев. Неинфекционные дерматиты развивались у 22 (27,5%) детей. Цитопении были одними из самых частых проявлений и регистрировались у 21 (26,2%) ребенка. Железодефицитные анемии верифицированы у 87,3% детей.

Заключение. Изучение эпидемиологической ситуации по врожденным нарушениям иммунитета является важным для понимания распространенности этих редких заболеваний в РК, их возрастных и гендерных особенностей, структуры заболеваний, связанных с первичными иммунодефицитами, а также для возможности молекулярно-генетического подтверждения диагноза.

Дальнейшие исследования и систематизация информации о пациентах с первичными иммунодефицитами необходимы для разработки региональных программ по внедрению скрининговой диагностики.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ НОСА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Махкамова Н.Э., Балтабаев О.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Стремительный рост популярности микроэндоскопических технологий стал большим рывком в развитии исследований в области оториноларингологии. Эндоскопические методы исследования широко используются для оценки анатомо-топографического и функционального состояния носа, глотки, гортани с целью диагностики патологии, а также с лечебной целью.

Цель исследования: функциональное состояния носовой полости у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба до и после восстановительных операций на челюстно-лицевой области.

Материал и методы. Исследование проводилось в отделении оториноларингологии многопрофильной клиники ТМА за период 2020-2024 гг. Было обследовано 109 детей в возрасте от 1 до 18 лет с врожденными пороками развития верхней губы и неба (до и после пластические операции). Все пациенты были разделены на три группы: 1-я группа – 40 детей, оперированных до трехлетнего возраста; 2-я группа – 38 детей, оперированных в возрасте 3-5 лет, 3-я группа – 31 ребенка, оперированного после 5 лет. Для оценки функционального состояния полости носа нами проведены следующие исследования: передняя активная риноманометрия (ПАРМ), исследования времени мукоцилиарного клиренса и исследования показателей концентрации водородных ионов (pH) носовой полости.

Результаты исследований. Функционального исследования слизистой носа по полученным данным ПАРМ среднее значение суммарного объема потока (СОП) у детей I группы составило $575 \pm 42,1$ см³/сек, во II группе среднее значения СОП - $602 \pm 40,3$ см³/сек, в III группе - $617 \pm 40,5$ см³/сек, в IV группе среднее значения СОП составили $601 \pm 41,1$ см³/сек. Среднее значение суммарного сопротивления воздушному потоку (СС) у пациентов I группы составило $0,29 \pm 0,14$ Па / см³/сек, во II группе – $0,30 \pm 0,14$ Па / см³/сек, в III группе – $0,31 \pm 0,14$ Па / см³/сек, в IV группе – $0,30 \pm 0,14$ Па / см³/сек.

Транспортная функция мерцательного эпителия является одной из важнейших функций полости носа и околоносовых пазух. Транспорт слизи зависит от двух основных факторов - активности ресничек мерцательного эпителия и продукции носового секрета. По показателю мукоцилиарного транспорта (табл. 1) можно судить о функциональном состоянии слизистой оболочки поэтому тесты по определению мукоцилиарного клиренса слизистой оболочки носа и околоносовых пазух считаются наиболее объективными методами исследования. С этой целью мы пользовались стандартным сахаринным тестом. Полученные нами данные свидетельствуют о нарушении транспортной функции слизистой оболочки полости носа. Причем степень нарушения, как правило, находится в прямой зависимости от формы расщелины и возраста детей с данной аномалией. Изменение концентрации водородных ионов влияет на многие функции носа и околоносовых пазух. Данный метод позволяет определить водородный показатель с точностью до 0,1. В норме носовой секрет обладал слабощелочной реакцией, при этом pH был равен в среднем 6,85-6,95. Полученные нами данные (табл. 2) свидетельствуют об изменении концентрации водородных ионов (pH) слизистой оболочки полости носа у детей с ВРГН более взрослого возрасте, причем характерно сдвиг (pH) в щелочную сторону.

Вывод. По результатам передней активной риноманометрии у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба каждой группы отмечено в различной степени выраженности наличие носовой обструкции. Показатели нарушения носового дыхания наиболее выражены у пациентов первой группы и нормализовались лишь к четвертой группе;

- результаты исследования мукоцилиарного клиренса (сахаринный тест) свидетельствовали о нарушении транспортной функции слизистой оболочки полости носа. Причем степень нарушения как правило находится в прямой зависимости от формы расщелины и возраста детей с данной аномалией;

- по данным исследования показателей концентрации водородных ионов (pH) носовой полости определены изменения концентрации водородных ионов (pH) слизистой оболочки полости носа у детей с ВРГН более взрослого возраста, причем характерно сдвиг (pH) был в щелочную сторону.

CHARACTERISTICS OF ACUTE DIARRHEA DISEASES IN CHILDREN

Mahmudov I.Sh., Hasanov A.M., Mustafaeva S.Y., Valiyeva K.T

Department of I Children's Diseases of Azerbaijan Medical University. Azerbaijan,
Baku

Actuality. At present, acute diarrheal diseases, which are second only to respiratory viral infections in the structure of infectious diseases, continue to be an urgent problem for infectious diseases-pediatricians due to the formation of invasive diarrhea syndrome and frequent transition to chronic forms. According to WHO statistics, more than 1 bill. people fall ill with acute diarrheal diseases in the world every year, and 65-70% of them are children under 5 years of age. 40% of hospitalized patients with infectious diseases are CBI.

The purpose of the work: The study of the age-dependent course of acute diarrheal diseases in children of different ages.

Material and methods. Studies were conducted on 34 early-aged children (20 boys, 14 girls): 22 (64.7%) patients with acute diarrheal diseases of established etiology, 12 (35.3%) patients with acute diarrheal diseases of unknown etiology. 30 healthy children (n=30) were selected as a control group. Patients were divided into 3 age groups: I group 4-12 months old 15(44.1%); II group 1-2 years old 12 (35.3%); III group 7 (20.6%) patients between 2-3 years old. The vast majority of children with an acute onset of the disease, 28 (82.3%) were hospitalized. During the study, taking into account the child's age and the nature of nutrition, in addition to examining anamnestic and clinical symptoms, all patients underwent general clinical and bacteriological laboratory examinations.

The result. It was found that in both groups, the disease usually begins acutely, and the severity of the condition is determined mainly by the disturbance of water-electrolyte exchange and the development of intestinal toxicosis. Among patients with acute diarrhea in both group I (n=22) and group II (n=12), moderately severe diarrhea occurred more often (58.6% and 71%, respectively), and recurrences were more likely in children under 1 year of age. is high (36.7%). In other words, there is a direct relationship between the severity of the disease and the age of the child. At the same time, it was determined that the frequency of diarrhea, the severity of clinical symptoms, and the recurrence of diarrhea up to 1 year old are higher, especially in formula-fed children. In the bacteriological examination, it was found that diarrhea was of bacterial origin in 11 (32.4%) patients, and in the remaining cases it was mainly of viral etiology. It was not possible to determine the etiology of the disease in 5 (33.3%) children under 1 year of age. Dysbacteriosis of various degrees was determined in almost all patients. Despite the disappearance of clinical symptoms against the background of the therapy, the recovery of the body is very slow in all children. This was confirmed once again by the detection of the causative agent in 1/3 of the children in the 3-4th week of the disease and the retention of various degrees of intestinal dysbacteriosis.

Conclusion. Thus, it can be said that the severe course of acute diarrhea, as well as repeated cases of illness (relapses) occur mostly in children who are artificially fed up to 1 year of age. In some children, the severe course of the disease, resulting in an unsatisfactory outcome, is more often associated with marked disorders of water-electrolyte exchange associated with the characteristics of the child's body, with high intoxication syndrome and immunodeficiency, and in rare cases with congenital background diseases.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ДЕКАСАН В ЛЕЧЕНИИ АТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Махмудов Ш.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В настоящее время одной из важнейших проблем, как для врачей общей практики, так и для оториноларингологов является атрофические риниты (АР). Недостаточный лечебный эффект частично может быть объяснен, рассматривают это заболевание только, как местную хроническую воспалительную реакцию слизистой оболочки на верхних дыхательных путях, и, в соответствии с этим, проводят то или иное местное лечение. Актуальность вопроса обусловлена не только распространением этих заболеваний, но и связью их с патологией нижних дыхательных путей, сердечно-сосудистой системы.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности антисептического препарата Декасана местного действия в лечение атрофического ринита у детей. Нами было обследовано 120 детей в возрасте 3-18 лет с атрофическим ринитом.

Материалы и методы исследования. Методика обследования включала: подробное изучение жалоб и анамнеза больных, общеклинический и эндоскопический осмотр ЛОР органов, бактериологический посев из полости носа на микрофлору и чувствительности к препаратам (включая тест на Декасан).

Для лечения больных был использован разработанный и промышленно выпускаемый фармацевтической компанией “Юрия-Фарм” (Украина) антисептический препарат местного действия Декасан. Он обладает противовоспалительным, противогрибковым, антимикробным, а также ранозаживляющим действием. Препарат выпускается в удобных для применения флаконах по 100-400 мл и содержит 0,02% - Декаметоксина.

Результаты исследования. Динамическое наблюдение показало, что на фоне комплексной терапии у наблюдаемых больных уменьшилась отечность слизистой оболочки полости носа, носовые ходы, очищались от патологического содержимого, исчезали головные боли и признаки регионарного лимфаденита. Параллельно этому регрессировали симптомы очаговой интоксикации и нормализовалась эндоскопическая картина полости носа. Улучшение общего самочувствия и местной риноскопической картины наступало у подобных контингента больных к концу первой недели. Также, после проведенного курса комплексной терапии проводился контрольный бактериологический посев, которая дала негативный результат у 110 (91,6%) случаев. Побочных явлений и непереносимости препарата Декасана, со стороны пациентов не регистрировалось.

Вывод. Таким образом, следует резюмировать, что антисептик местного действия Декасан, учитывая высокую активность и безопасность можно считать препаратом выбора в лечении атрофического ринита, который дает высокий клинический эффект и способствует уменьшению прогрессирования основного заболевания.

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ АТРОФИК РИНИТЛАРНИ ЗАМОНАВИЙ ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ

Махмудов Ш.М., Ражабов А.Х.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Сурункали атрофик ринит – бурун шиллик пардасининг чегараланган ёки тарқоқ носпесирик ўзгариши бўлиб, унинг асосида яллиғланиш эмас,

балки дистрофик жараён ётади, шиллик парданинг қадахсимон хужайралари кичрайиб, цилиндрик хилпилловчи эпителий ясси эпителийга айланиши натижасида шиллик ишлаб чиқарувчи безлар ва қон томирларнинг фаолияти бузилади. Атрофия жараёни асосан бурун тўсиғининг олд қисмига (чегараланган) ёки бурун бўшлиғининг барча майдонларига (тарқок), баъзан фақат нафас майдонига тарқалиши мумкин (субатрофик ринит).

Тадқиқотнинг мақсади: болалардаги атрофик ринитларни комплекс ташхислаш ва даво самарадорлигини ошириш.

Текшириш усуллари. Назорат остига 7 ёшдан 18 ёшгача бўлган сурункали атрофик ринит билан оғриган 58 нафар бемор ва 25 та амалий соғлом болалар олинган. Тадқиқотда умумклиник, ринопневмотахометрия, бурун секретининг водород индексини (рН) текшириш махсус индикатор қоғози ёрдамида рН-метрия, кирпикли эпителийсининг транспорт функциясини ўрганиш учун сахарин тести ва статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилди.

Текшириш натижалари:

- ринопневмотахометрияда узок муддат бурун орқали нафас олишнинг бузилиши натижасида нафас чиқариш ХТЧ (ҳажмий тезлик чўққиси) – PEF - $36,8 \pm 1,6$ ни ташкил қилди;
- йирик бронхларда кўрсаткичлардан FEF75/МОС75 - $29,4 \pm 0,7$ фоиз;
- шиллик қаватнинг мукоцилиар клиренс ҳолати 19-24 дақиқа;
- водород ионлари концентрацияси кўрсаткичи (рН) $7,4 \pm 0,01$ фоизни ташкил қилди.

Хулоса. Юқорида келтирилган маълумотлардан шундай хулоса қилиш мумкинки, сурункали атрофик ринит билан оғриган аксарият беморларда шиллик қаватнинг функционал ҳолати кўрсаткичлари сезиларли даражада ўзгариб, мукоцилиар клиренс ва сўриш функцияси кескин пасайиши, шунингдек водород ионлари концентрацияси кўрсаткичлари ва буруннинг ажратувчи вазифаси издан чиқиши кузатилади.

Сурункали атрофик ринит билан оғриган беморларда бурун шиллик қаватининг нормал физиологик фаолияти кескин бузилганлиги ва уларда транспорт функцияси издан чиққанлиги, шу билан бирга бу тофадаги болаларда ҳаёт сифатининг тарзининг кескин пасайганлигидан далолат беради.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Меҳридинов М.К., Хамидов Л.С.

Бухарский государственный медицинский институт
Бухарский областной многопрофильный детский медицинский центр

Актуальность. Несмотря на определенный успех современной в области детской хирургии, хирургическое и медикаментозное лечение Острая бактериальная деструктивная пневмония (ОБДП) нуждаются в дальнейшем усовершенствовании.

Цель: анализ и оценка результатов комплексного лечения ОБДП у детей.

Материал и методы. В основу настоящей работы положены данные обследования и лечения 176 больных с ОБД, получившее комплексное лечение в отделении детской хирургии Бухарского областного многопрофильного детского медицинского центра, являющегося клинической базой кафедры детской хирургии БухГосМИ, за период 2019-21 гг. При изучении клинко-рентгенологической картины заболевания, большую часть больных составили дети с экссудативным плевритом – 31,3% и пиопневмотораксом – 31,8%. Частота плевральных осложнений была значительно выше у детей до 3-летнего возраста – 78,4%. Основным контингентом больных были дети первых трех лет жизни, в том числе: 30,7% - в возрасте до одного года, с одного года до трех лет составили большую

часть (47,7%) наблюдаемых больных. Среди обследованных больных мальчиков было несколько больше (54,3%), чем девочек (45,7%). Необходимо отметить, что у 83,7% больных ОБДП протекала на фоне различных сопутствующих заболеваний и осложнений, которые преимущественно отмечались у детей первых трех лет жизни. В грудном возрасте частыми сопутствующими заболеваниями были анемия (90,3%), рахит (47,3%), гипотрофия (30,2%), экссудативный диатез (8,9%) и др. Важно подчеркнуть, что у 94% детей в анамнезе были отмечены острые вирусные инфекция и пневмония. Для решения поставленных нами задач были применены клинико-рентгенологические и лабораторные методы исследования.

Результаты исследования. При анализе результатов бак. исследований гнойного содержимого у 152 больных, установлено, что более половины случаев - 83(54%) возбудителем гнойного процесса был *St.aureus*, в остальных случаях получены следующие результаты: *E. coli* – 21 (14%), *Ps.aeroginoza* – 12 (8%), *St.epidermidis* – 8 (5%), ассоциация микроорганизмов – 16 (11%) и «рост не даль» - 12 (8%). Отмечено ассоциации бактерий, чаще стафилококк с синегнойной и кишечной палочкой. Учитывая, что антибактериальная терапия является неотложной, было бы рационально назначать антибиотики прицельно, с учетом возбудителя и чувствительности его к антибиотикам. Однако выполнение этого требования на начальных, этапах болезни не реально, в связи с этим мы на начальных этапах антибиотики назначали исходя из стафилококковой этиологии, либо грамотрицательной, реже смешанной. Анализируя данные литературы по спектру чувствительности бактерий к антибиотикам, для лечения ОБДП применяли антибиотики, оказывающее антистафилококковое действие и антибиотиков широкого спектра действия – цефалоспорины 3-поколения (цефтриаксон, роцефин и др.), что клинически дало с первых дней лечения положительный результат.

По мере получения результатов бактериологических исследований антибиотики назначали с учетом чувствительности выделенных возбудителей патологического процесса. Уменьшение интоксикации, нормализации температуры, аппетита, уменьшение количества содержимого из дренажной трубки и при пункции, улучшение дыхания, отрицательные результаты бактериологических исследований свидетельствовало о начале ремиссии.

Вывод. Этиология ОБДП чаще всего имеет бактериальный характер и вызывается широким спектром возбудителей, среди которых лидируют стафилококк. Исход ОБДП зависит от ранней диагностики и стартовой эмпирической антибактериальной терапии и последующем назначении антибиотиков с учетом чувствительности выделенных возбудителей патологического процесса.

SURUNKALI ALLERGIK RINIT XAQIDA UMUMIY TUSHUNCHA, UCHRASH DARAJASI

Mirzaqandov E.E.

Fargʻona jamoat salomatligi tibbiyot inistituti

Mavzuning dolzarbligi. Surunkali allergik rinit (SAR) muammo sifatida tibbiyotning dolzarb yoʻnalishlaridan biri boʻlib qolmoqda. Bu patologiya aholining 10-25% ini tashkil etadi va yildan-yilga koʻpayib bormoqda. Surunkali allergik rinit kasalligi hayot sifatini pasaytirishi, ishga va oʻqishga qobiliyatni kamaytirishi, kundalik hayotni buzishi, shuningdek turli asorat va asoratlarning rivojlanishiga sabab boʻlishi bilan dolzarb ahamiyat kasb etadi.

Maqsad: Tahlil natijalari koʻrsatishicha, surunkali allergik rinit dunyoda keng tarqalgan boʻlib, patsiyentlar xayotigi yomon taʼsir koʻrsatadi. Uning xozirgacha ham klinik, ham morfologik jihatdan aniq tasnifi ishlab chiqarilmagan.

Material va usullar. Dunyoda allergik rinit bilan oʻrtacha 10-25% insonlar kasallangan. JSST basharotnomasi boʻyicha allergik rinit XX-da insonlarning kasallanishi boʻyicha 2-oʻringa chiqadi. Surunkali allergik rinitning oʻziga xosligi quyidagilardan iborat: yil sari uchrash darajasi oshib boradi, kasallikning pik choʻqqisi 18-25 yoshga toʻgʻri keladi, koʻp uchraydigan joylar bu ekologik yomon xududlar hisoblanadi, nimaga deganda kimyoviy va radiatsion ifloslangan xududlarda kasallikning uchrash darajasi 50% gacha koʻtariladi. Demak, uchrash darajasining koʻrsatgichi, tibbiy-ishtimoiy ahamiyati, patsiyentlar organizmiga xavfli taʼsiri boʻyicha allergik rinit tabobatda eng muhim hisoblangan kasallikga aylanadi.

Natija. Allergik rinit kasalligiga chalinishi darajasi aniq xududning xududiy klimatogeografik xususiyatlari taʼsiriga bevosita bogʻliq. AR klinik kechishi har turli taʼsir omillari bilan birga bemorning organizmining individual taʼsiri, yoshi, jinsi va etnik mansubligi belgilariga ham bogʻliq. Maʼlumki, allergik kasalliklari klinik kechishi turli-tuman omillar taʼsiriga bogʻliq. Ushbu tadkikot natijalariga kura, allergik rinitning klinik namoyon boʻlishi boshlanishi allergenlarning 2-3 mavsumda taʼsir etishining mavjudligi deya eʼtirof etiladi. Allergik rinit xastaliligiga chalinish qishloq aholisiga nisbatan shahar aholisi oʻrtasida kasalanish darajasi kup uchraydi. Allergik rinitdan aziyat chekuvchilar asosan, shahar aholisi boʻlib, ular umumiy bemorlarning 75 % ni tashkil etadi, 25 % esa qishloq aholisi ekanligi qayd etilgan. AR ning keng tarqalishi tezligi yosh va jinsga bogʻliq. Bolalar orasida AR dan koʻproq oʻgʻil bolalar aziyat chekadilar.

Xulosa. Patogenezida allergenlarning immunoglobulin E bilan birikishi, eozinofillarning faollashuvi, limfotsitlar va interleykin faollashib, allergik yalligʻlanish rivojlanishi koʻrsatilgan. Uning xozirgacha ham klinik, ham morfologik jihatdan aniq tasnifi ishlab chiqarilmagan.

УРОВЕНЬ БЕЛКОВ СУРФАКТАНТА В КРОВИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Мирзоева И.А.¹, Байларов Р. О.¹, Намазова Б.А.¹, Гасимова Е. А.²

¹Азербайджанский Медицинский Университет. Баку, Азербайджан

²НИИ Педиатрии имени К. Фараджевой. Баку, Азербайджан

Актуальность. В связи с увеличением количества недоношенных детей (НД) с респираторным дистресс-синдромом, исследования по изучению белков сурфактанта становятся все более актуальными. Сурфактантные белки (SP)-А и SP-D поддерживают гомеостаз легких и регулируют противомикробную и иммунопротекторную активность.

Цель исследования: изучить диагностическое значение уровня Sp A и Sp D в крови на фоне дыхательной недостаточности у недоношенных детей.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 142 недоношенных новорожденных. Из 122 пациентов с дыхательной недостаточностью 80 имели очень низкую массу тела (II группа), 42 крайне низкую массу (группа III), а у 20 пациентов дыхательной недостаточность не наблюдалась, и они составили контрольную группу (группа I). Средний гестационный возраст обследуемых составил $31,75 \pm 0,55$ (среднее \pm SD) в 1-й группе, $30,36 \pm 1,71$ во 2-й группе и $27,92 \pm 2,73$ в 3-й группе, масса тела при рождении $1419 \pm 100,51$ г в 1-й группе, $1324,06 \pm 128,07$ г. во 2-й группе и $867,61 \pm 143,85$ г в 3-й группе. Сыворотку крови новорожденных собирали на 1-7 и 10-14 дни жизни и определяли методом иммуноферментного анализа с использованием белков сурфактанта А (Sp-A) и D (SP-D). Статистический анализ проводился с использованием пакета SPSS 20. Использовали критерий Стьюдента Т и Манна-Уитни, корреляции изучали с помощью критерия Спирмена.

Результат исследования. Уровень Sp A в крови в раннем неонатальном периоде составил в I группе $2,98 \pm 2,36$ нг/мл, во II группе $13,00 \pm 19,07$ нг/мл, в III группе $10,75 \pm 17,35$ нг/мл. Уровень Sp D составил $21,37 \pm 13,38$ нг/мл в I группе, $141,84 \pm 202,65$ нг/мл во II группе и $118,51 \pm 196,70$ нг/мл в III группе. В позднем неонатальном периоде уровень Sp A в крови во II группе составил $15,17 \pm 23,10$ нг/мл, в III группе - $14,25 \pm 16,80$ нг/мл, Sp D во II группе - $160,07 \pm 258,54$ нг/мл. мл, в III группе — $307,00 \pm 298,73$ нг/мл. В полученных результатах установлена прямая корреляция между массой тела при рождении и гестационным возрастом $r=0,592$, $p<0,001$, между уровнями Sp A и Sp D в крови: в раннем неонатальном периоде $r=0,752$, $p<0,001$, в позднем неонатальном периоде установлено $r=0,829$, $p<0,001$.

Заключение. Таким образом, при дыхательной недостаточности повышение уровня белков сурфактанта в динамике приводило к структурным повреждениям альвеолоцитов II типа, особенно к увеличению проницаемости аэрогематобарьера при воспалительных процессах. По этой причине динамическое увеличение белков сурфактанта при дыхательной недостаточности можно оценивать как прогностический критерий повреждения легочной ткани.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА СВИСТЯЩЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Муратова К.Р., Шамсиев Ф.М.

Центр оценки квалификации медицинского и фармацевтического персонала
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр педиатрии

Актуальность. Ведутся активные дискуссии по клиническим аспектам, патогенезу и возможности трансформации синдрома свистящего дыхания (wheezing-синдрома) в бронхиальную астму. Поэтому сейчас проводится поиск чувствительных и специфических методов диагностики, которые в перспективе помогут более точно диагностировать эту трансформацию. Одним из основных и наиболее важных методов оценки состояния ребенка является анализ клинико-anamnestических данных. Основными клиническими симптомами, характерными для БА, являются одышка, кашель, свистящие хрипы слышные на расстоянии, и физикальные изменения в легких (жесткое дыхание, влажные и сухие хрипы).

Цель исследования: изучить предрасполагающие факторы развития синдрома свистящего дыхания у детей.

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.

Результаты исследования. Было обследовано 40 детей, из них 27 мальчиков (67,5%) и 13 девочек (32,5%). У 65,0% детей триггером, провоцирующим обструкцию, были инфекционные заболевания (I группа пациентов с эпизодическими хрипами). У 25,0% исследуемых обструкция возникала при других факторах (мультифакторные хрипы - II). В I группе аллергологический анамнез был отягощен у 34,6% детей (по БА - у 33,3%, по аллергическому риниту - у 22,2%, по атопическому дерматиту - 22,2%, по крапивнице - 11,1%, по лекарственной аллергии - у 11,1%). У детей II группы наследственная отягощенность отмечалась у 57,1%, чем в I - 17,74% от общего числа детей в этой группе. В структуре сопутствующих аллергических заболеваний во II группе аллергический ринит составил 64,2%, атопический дерматит составил 57,1%, аллергический конъюнктивит у 7,14%, лекарственная аллергия у 14,2%. Ярко выраженная гиперреактивность бронхов была выявлена в 64,2% случаев, умеренная - в 28,5%, слабая - в 11,1%. В I группе выраженная гиперреактивность бронхов была зафиксирована у 26,9% детей, умеренная - у 38,4%, слабая - у 34,6%.

Выводы. Синдром свистящего дыхания встречался чаще у мальчиков. Отягощение наследственного аллергологического анамнеза у детей II группы отмечалось чаще, чем в I, наличие сопутствующих аллергических заболеваний составило 83,78% и 13,97%. Во II группе свистящие хрипы часто были ассоциированы с другими аллергическими заболеваниями, чаще наблюдалась выраженная гиперреактивность бронхов, чем у детей I группы, что является предрасполагающим фактором в развитии БА у детей.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Муратова К.Р., Шамсиев Ф.М.

**Центр оценки квалификации медицинского и фармацевтического персонала
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр педиатрии**

Актуальность. Острый обструктивный бронхит (ООБ) - одно из наиболее распространенных хронических заболеваний легких у детей, что делает его очень важным с точки зрения общественного здравоохранения. Задержка в диагностике и неадекватное лечение являются основными факторами, влияющими на тяжелое течение бронхообструктивного синдрома у детей. Аускультация легких имеет субъективный характер, а электронные стетоскопы могут изменять частоту звуков в диапазоне, который имеет значение для клинической практики, например, подавляя высокочастотные звуки и усиливая низкочастотные.

Цель исследования: определить количественные характеристики звуков методом электронной аускультации у детей с острым обструктивным бронхитом и выявить взаимосвязь спирометрии и пикфлоуметрии с параметрами электронной аускультации.

Материалы и методы исследования. Был обследован 71 ребенок в возрасте 5-7 лет с ООБ. Группу сравнения составили 41 практически здоровых детей того же возраста. Детям проводилось однократное определение звуковых феноменов методом электронной аускультации. Звуковые волны регистрировались на грудной клетке с помощью электронного стетоскопа Littman 3200 3M. Нами оценивалась связь данных параметров с результатами спирометрии. Регистрация легочных объемов проводилась на спирографе SHILLER (SP-1).

Результаты исследования. 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. 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), спектральная мощность их мала (0-18), поэтому они в дальнейшем не учитывались. Диапазон значений амплитуды звука пациентов в приступе бронхиальной астмы составил: минЗС = $-(23,06-37,17)$ дБ, максЗС = $-(2,84-7,98)$ дБ, СЗС = $-(9,44-16,91)$ дБ.

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). Достоверно значимые различия выявлены как по амплитудным, так и по частотным характеристикам в динамике. Отмечалось снижение минимального (на 16%), максимального (на 64%), среднего значения сигнала (на 28%) на фоне проведенного лечения. У детей с ООБ по мере купирования БОС количество частотных пиков уменьшается, однако не достигает количества их у здоровых детей. Мощность пиков в динамике снижается в 2-10 раз, но также не сравнима с минимальными показателями здоровых детей. В пробе с бронхолитиком наряду с достоверным приростом ОФВ1 более 20% после ингаляции сальбутамола, также выявлено достоверно значимое снижение максимального и среднего значения сигнала (на 50% и 30%, соответственно) респираторного звука, что может являться диагностическим маркером обратимой бронхообструкции.

Выводы. Методом электронной аускультации обнаруживаются различия звуковых паттернов в группе здоровых и детей с ООБ. 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. Метод электронной аускультации позволяет объективизировать результаты клинического исследования больного, создавать базу данных каждого пациента.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНИКОВ

Мусаев А.А., Абдукаюмов А.А., Олимов Ж.А., Мансурова С.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность. В настоящее время в развитых странах мира проводятся широкомасштабные научные исследования, направленные на изучение этиологии, патогенеза, диагностики, современных методов лечения и реабилитации тугоухости. Наряду с научно-практическими достижениями в диагностике и лечении тугоухости, в нашей республике в результате внедрения скрининга слуха новорожденных - достигнуты профилактика и эффективная коррекция данной патологии среди новорожденных и детей раннего возраста.

Цель: оптимизация ранней диагностики нарушений слуха у детей в дошкольных образовательных учреждениях.

Материалы и методы исследования. Данная работа выполнена на базе отделения «Врожденных и приобретенных заболеваний ЛОР-органов» Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра Педиатрии, в период с 2018 по 2019 г. детских садах Алмазарского района города Ташкент. Обследовано 1000

практически здоровых детей дошкольного возраста (5-7 лет), из них мальчиков было 512 (51,2%), девочек 488 (48,8%).

Результаты исследования. При обследовании было выявлено 39 детей с патологией слуха, при этом патология выявлена с наибольшим удельным весом в возрасте 5-6 лет - 66,7% детей, а в возрасте 6-7 лет выявлено у 33,3% детей. Обследование детей в условиях дошкольного образовательного учреждения включало:

- оториноларингологический осмотр
- аудиологический скрининг - задержанной вызванной отоакустической эмиссией (ЗВОАЭ, игровая тональная аудиометрия).

Оториноларингологический осмотр выявил у 1000 детей патологию ЛОР органов у 585 детей (58,5%). При этом выявлена следующая патология: серная пробка 20 (2%), гипертрофия небных миндалин 184 детей (18,4%), наличие аденоидных вегетаций отмечалась у 128 детей (12,8%) детей, так же выявлено сочетание аденоидных вегетаций с гипертрофией небных миндалин 128 детей (12,8%), деформация перегородки носа у 108 детей (10,8%), у наименьшего количества детей была выявлена такая патология как: воспаление околоносовых пазух носа у 16 детей (1,6%), аденоидные вегетации и гипертрофия небных миндалин в сочетании с воспалением околоносовых пазух у 10 детей (0,1%).

При аудиологическом скрининге - задержанной вызванной отоакустической эмиссией на скрининговом аппарате PATH MEDICAL SENTIERO (Германия) было выявлено наличие патологии слуха у 47 детей (4,7%). При этом 90 ушей не прошли тест, 4 уха прошли тест и был рекомендован второй этап диагностики слуха в плановом порядке.

Вывод. Установлено, что развитие нарушений слуха по типу звукопроводения и смешанному типу у детей дошкольного возраста на фоне наличия сочетанной патологии носа, околоносовых пазух и глотки, служит основанием для выделения данного состояния в качестве значимого фактора риска.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СУБЛИМИРОВАННОГО САУМАЛ У БОЛЬНЫХ COVID-19

Мусаев А.Т¹., Индершиев В.А¹., Нургалиева Ж.Ж¹, Гарифулина Л.М², Сафонов Н.А¹.

¹НАО «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова» Алматы, Казахстан.,

² Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Пандемия COVID-19 выявила тесную связь между микробиомом кишечника и иммунным ответом организма. Нарушение микробиоты, известное как дисбиоз, значительно ухудшает течение инфекции и может приводить к тяжёлым осложнениям, таким как цитокиновый шторм и полиорганная недостаточность. Поскольку 70-80% иммунной системы находится в желудочно-кишечном тракте, микробиота кишечника играет ключевую роль в поддержании иммунного гомеостаза. Сублимированное кобылье молоко (саумал) обладает уникальными свойствами, такими как пребиотическое, антиоксидантное и иммуномодулирующее действие, что делает его перспективным средством для улучшения микробиоты кишечника и, соответственно, иммунного ответа. Саумал содержит высокие концентрации лизоцимов, лактоферрина и других биологически активных веществ, способствующих восстановлению микробиома и поддержке иммунной системы. Исследование эффективности саумала в реабилитации пациентов с COVID-19 имеет важное значение для разработки новых подходов к лечению и профилактике осложнений.

Цель исследования. Оценка эффективности применения сублимированного саумала для восстановления микробиоты кишечника у пациентов, перенесших COVID-19, и его влияние на иммунный ответ и снижение осложнений.

Материалы и методы. В исследовании участвовали пациенты, перенёвшие COVID-19, с признаками дисбиоза кишечника. Им назначался сублимированный саумал в комплексе с основным лечением. Оценка проводилась на основании клинических данных, биохимических анализов и мониторинга состояния микробиоты кишечника с использованием методов ПЦР и масс-спектрометрии для анализа состава микробиоты.

Результаты исследования. Применение саумала привело к значительному улучшению микробиоты кишечника у пациентов с COVID-19. В группе, получавшей саумал, отмечено уменьшение воспалительных процессов в ЖКТ, улучшение иммунного ответа и ускорение восстановления после инфекции. В отличие от контрольной группы, пациенты, получавшие саумал, имели меньшую частоту повторных инфекций и быстрее восстанавливались после COVID-19. Было отмечено снижение уровня провоспалительных цитокинов в крови, что свидетельствует о снижении воспалительных процессов и предотвращении цитокинового шторма.

Заключение. Сублимированный саумал показал высокую эффективность в реабилитации пациентов, перенесших COVID-19, за счёт восстановления микробиоты кишечника и улучшения иммунного ответа. Его включение в диетотерапию пациентов с COVID-19 может способствовать ускорению реабилитации, снижению частоты осложнений и повышению общей устойчивости организма к инфекциям.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОБЫЛЬЕГО МОЛОКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Мусаев А.Т¹., Расулов С.К²., Нурмаханова Ж.М¹.

¹ НАО «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова» Алматы, Казахстан.

² Самаркандский государственный медицинский университет.

Актуальность. Саумал обладает иммунорегулирующим и мембраностабилизирующим действием при широком ряде гастроэнтерологических заболеваний, таких как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронические колиты, болезни поджелудочной железы, а также диффузные заболевания печени, в частности, хронический вирусный гепатит С (ВГС). По данным ВОЗ известно, что у 70% (55 - 85%) инфицированных вирусом гепатита С развивается хроническая инфекция ВГС. Среди пациентов с хронической инфекцией ВГС риск развития цирроза печени в течение следующих 20 лет составляет от 15% до 30%.

Целью исследования являлось комплексное изучение показателей состояния клеточных мембран и иммунной системы у больных гепатитом С для обоснования принципов патогенетической терапии применения сублимированного саумала в клинической практике.

Материалы и методы. В проспективном когортном исследовании приняли участие 150 пациентов с подтвержденным диагнозом ХВГС, наблюдающихся на базе Гепатологического центра г. Алматы. Основную группу составили 50 пациентов с ХВГС, получавшие базисную терапию совместно с саумал. Для употребления необходимо предварительно растворить в прокипяченной теплой воде 20 г. порошка на 100-200 мл воды 3 раза в день в течение 3 месяцев на фоне базисной терапии (гепатопротекторы, антиоксиданты, ферменты, пребиотики...). Группу контроля составили 100 пациентов с ХВГС принимавших только базисную терапию.

Результаты исследования. У пациентов, которые дополнительно получали базисную терапию с сублимированным Саумал улучшение проявилось тем, что

значительно сократился астенический синдром – у группы из 50 пациентов основной группы астенический синдром после 3-х месяцев лечения сохранился у 23 пациентов (46 %), желтушный синдром сохранился у 21 пациента (42 %). Гепатомегалия синдром проявлялась у 36 пациентов (72%), болезненность при пальпации правого подреберья присутствовала у 26 пациентов (52 %).

Пациенты из контрольной группы, которые получали только базисную терапию также показали улучшение клинической картины заболевания. Из 100 пациентов с ХВГС астенический синдром сохранился у 48 пациентов (48%), желтушный у 43 пациентов (43%), гепатомегалия у 71 пациента (71%) болезненность при пальпации правого подреберья у 72 пациентов (72 %).

Установлено влияние саумал на состояния микробиома кишечника, а именно снижения количества бактерий рода *Prevotella* и *Veillonellaceae*, а также повышения биоразнообразия, что может указывать на потенциал кобыльего молока в восстановлении микробного биоценоза при вирусном заболевании печени. Обнаружено увеличение комменсальных бактерий, таких как, *Faecalibacterium prausnitzii*, *Dorea formicigenerans* and *Blautia*.

Выводы. Применение саумал у больных с хроническим вирусным гепатитом С, приводит к клиническому улучшению состояния больных гепатитом, улучшает общее самочувствие пациентов, а также значительно улучшает показатели биохимического анализа крови (АЛТ, АСТ, ЩФ), что ведет к ускоренной реабилитации этой категории пациентов.

БЕТА ТАЛАССЕМИЯГА ЧАЛИНГАН БЕМОР БОЛАЛАРНИ ТЕМИР ХЕЛАТСИЯСИ БИЛАН ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ

Мусаева М.Х., Кудратова Н.И

Навой вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази

Мавзунинг долзарблиги. Бета-талассемия билан оғриган беморлар умрбод қон қуйишни талаб қилади, бу эса ўсишнинг секинлашишига олиб келиши мумкин бўлган сурункали темирнинг ортиқча юкланишига олиб келади, шунингдек, ўсмирлик даврида жинсий ривожланишга тўсқинлик қилади ва юрак, ошқозон ости беши ва ички секретсия безлари каби органларнинг дисфункциясини келтириб чиқаради. Бу беморлар умрбод қон қуйиш терапиясига ва шунинг учун ҳам умрбод темир хелататион терапиясига муҳтож. Шундай қилиб, ушбу тадқиқот болалар талассемия ҳолатларида темир хелататсияси учун деферасироксининг самарадорлигини баҳолашга қаратилган.

Текширув мақсади: Бета-талассемия билан оғриган бемор болаларда гемасидирозни олдини олиш мақсадида эксижат ва десферол дори воситаларининг самарадорлигини ўрганиш.

Материал ва текширув усуллари. Навой вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг онко-гематология бўлимида гемотрансфузия ўтказилган 25 нафар бета талассемияга чалинган беморларга Эксижат 20мг/кг мунтазам берилди. Эксижат ва десферолнинг самарадорлиги қон зардобадаги ферритин даражасини ўлчаш орқали кузатилди, улар ҳар 3 ойнинг охиридан 1 йилгача кузатилди. Худди шу тадқиқот гуруҳида эксижат терапиясига мувофиқлигини ҳам баҳоладик.

Натижалар. Қон зардобадаги ферритин даражаси 12-ойнинг охирида бошланғичга нисбатан сезиларли даражада камайди ($P = 0,04$). Қон зардобадаги ферритиннинг ўртача мутлақ пасайиши фақат 21-30 мг / кг / кун дозалари оралиғида кузатилди. Беморларнинг тахминан 90% эксижат ва десферол терапиясига 100% мос келишган. Беморда ферритин 1000 мкг/л ортиқ, 10 марта трансфузон ўтказилгандан сўнг, хелатсия 2 ёшдан кейин

бошланиши керак. Бундан ташқари, темирнинг ортиқча юкланиши муваффақиятли бошқариш темир хелятсия терапиясига узоқ муддатли риоя қилишга боғлиқ. Бета-талассемияли болаларда темир хелаторлари билан даволанишнинг самарадорликлари куйидаги жиҳатларни ўз ичига олади.

• **Темир миқдорини камайтириш:** Темир хелаторлари, масалан, эксижат ва десферол, организмдаги темир миқдорини камайтиради. Бу, асосан, доимий қон куйишлари натижасида ортиқча тўпланадиган темир миқдорини камайтиришга ёрдам беради.

• **Ферритин даражасини нормаллаштириш:** Хелаторлар ферритин даражасини назорат қилишга ёрдам беради, бу эса организмдаги темир миқдорини кўрсатади. Даволаниш самарали бўлса, ферритин даражаси камаяди ва темирнинг тўпланиши олди олинади.

• **Органларга зарар этказишнинг олдини олиш:** Темир хелаторлари узоқ муддатда юрак, жигар ва бошқа органларнинг темир билан тўлиб қолишидан келиб чиқадиган зарарлардан ҳимоя қилади. Бу, масалан, юрак етишмовчилиги ва жигар бузилишларини камайтириши мумкин.

• **Ҳаёт сифатини яхшилаш:** Темир хелаторлари даволаниши билан беморларнинг умумий ҳолати ва ҳаёт сифати яхшиланади. Беморлар кўпроқ энергия ва яхшироқ умумий саломатликни ҳис қилишлари мумкин.

• **Ножўя таъсирларни бошқариш:** Самарали темир хелаторлари тананинг ножўя таъсирларини камайтиришга ёрдам беради. Масалан, эксижат ва десферол, агар тўғри дозада қабул қилинса, кўпроқ беморлар томонидан яхши қабул қилинади ва камроқ ножўя таъсирларга олиб келади.

Хулосалар. Эксижат оптимал вақтда ва оптимал дозада бошланганда самарали темир хелататоридир. Болалар талассемияси билан оғриган беморларда қон зардобидида ферритин даражасини бир неча марта қон куйишда сезиларли даражада пасайтириш учун камида 1 йиллик эксижат терапияси талаб қилинади.

Темир юқини мониторинг қилиш ва талассемиянинг глобал бошқаруви ва Темир хелятсия терапиясининг такомиллаштирилгани бутун дунё бўйлаб беморларнинг прогнози ва омон қолишини яхшиламоқда. Бироқ, Темирнинг ортиқча юкланиши бу беморларда муҳим муаммо бўлиб қолмоқда, бу кўпчилик асоратлар ва юрак касалликларини ҳисобга олади, айниқса, кам ресурс шароитида.

Темирнинг ортиқча юкланишини бошқаришнинг асосий нукталари куйидагилардан иборат:

1. беморларни ўқитиш, биргаликда қарор қабул қилиш, фарматсевтни қўллаб-қувватлаш ва мотивацион интервью орқали беморни узоқ муддатли кузатишни рағбатлантириш;

2. 24/7 темир заҳарлилигини баргараф этиш ва танадаги темир даражасини нормал ва хавфсиз чегараларга яқин ушлаб туриш мақсадида Темир хелятсия терапиясини адекват баҳолаш ва мониторингини ўтказиш.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ГЕЛЬМИНТОЗАМИ

Мухитдинов Ш.Т., Мухамедова Ш.Т.

Бухарский областной детский многопрофильный медицинский центр

Актуальность. Заболеваемость гельминтозами в Узбекистане в последние годы все еще остается актуальной. Широкая распространенность, хроническое течение, связанное с длительным присутствием возбудителя в организме больного, что определяется не только продолжительностью жизни паразита, но частыми реинвазиями является основной

особенностью большинства паразитарных болезней. Особенно в детском возрасте, паразитарные заболевания являются частой причиной анемий, а также приводят к разнообразным формам приобретенного иммунодефицита, связанного со снижением иммунного ответа Т-системы иммунитета на любые антигены.

Цель: определить степень изменения состояния клинико-иммунологических параметров, маркеров активности лимфоцитов и биохимических показателей крови у детей дошкольного возраста в зависимости от вида гельминтозов и оптимизировать их первичную диагностику.

Материалы и методы работы. Были использованы общеклинические, иммунологические методы и методы статистического исследования. В качестве гельминтологических методов использовались метод соскоба с перианальных складок и метод Калантарян.

Результаты исследования. Было исследовано 510 детей в 4-х ДДУ г Бухары на гельминтозы. Всего выявлено 194 детей с различными видами гельминтозов: энтеробиоз у 120 детей, гименолепидоз у 43 детей и смешанные гельминтозы (энтеробиоз+ гименолепидоз) у 31 детей. Для клинических и иммунологических исследований были распределено 4 группы исследования, это дети с энтеробиозом $n=31$, с гименолепидозом $n=31$, со смешанными инвазиями $n=31$ и контрольная группа - $n=31$ детей.

При оценке гуморального иммунитета наиболее заметным отклонением от референсных показателей была концентрация IgE при смешанных паразитозах ($108,8 \pm 2,35$ МЕ/мл), у детей с гименолепидозом, данный показатель был повышен также достоверно в 2,4 раза, при энтеробиозе ($60,2 \pm 1,92$ МЕ/мл) увеличен двукратно. Сывороточные IgM и IgG также имели тенденцию к повышению сравнительно контрольной группы. Наблюдалось незначительное снижение концентрации IgG в группе детей с энтеробиозом $6,69 \pm 0,30$ г/л по сравнению со здоровыми детьми $7,57 \pm 0,20$ г/л, при смешанных инвазиях IgG был повышен двукратно, а при гименолепидозе был повышен в 1,5 раза. Сывороточный IgA в группе микст инвазий был трехкратно высоким $3,99 \pm 0,12$ г/л, по сравнению с контрольной группой $1,25 \pm 0,02$ г/л. Частота встречаемости гельминтозов у детей дошкольного возраста в г. Бухаре составила 24,3%. В структуре: энтеробиоз – 61,9%, гименолипедоз- 22,1%, и смешанные формы – 16,0% детей. В группе смешанных гельминтозов эозинофилия была в 5 раз, при гименолепидозе в 2 раза выше нормы. Содержание CD3+ в группе смешанных гельминтозов было больше, чем в группе контроля. Концентрация IgE была повышена при смешанных паразитозах в 3,4 раза, при гименолепидозе в 2,4 раза, при энтеробиозе - в 2 раза.

Выводы. Таким образом, изучение гуморального звена иммунной системы у детей с гельминтозами указывает на наличие адекватного иммунного ответа, с повышением всех четырех классов иммуноглобулинов пропорционально тяжести клинического течения.

Дисбаланс показателей клеточного иммунитета отражает уникальную реакцию иммунной системы на каждый вид инвазии.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА У БЕРЕМЕННЫХ

Наджафова Г.Т.

Андижанский Медицинский Университет, г.Баку, Азербайджан

Актуальность. Гестационный диабет – это повышение уровня глюкозы (сахара) в крови, которое впервые было выявлено во время беременности. Сахарный диабет при беременности может негативно повлиять на развитие плода. Если он возник на ранних сроках беременности, повышается риск выкидыша, появления врожденных пороков развития. Затрагиваются чаще всего самые важные органы малыша – сердце и мозг.

Гестационный диабет, начавшийся во II-III триместрах беременности, становится причиной чрезмерного роста плода. Если это заболевание не выявить и не лечить, оно может привести к развитию диабетической фетопатии-осложнения у плода из-за нарушения углеводного обмена в организме матери.

Цель: во время беременности в женском организме происходит не просто гормональный всплеск, а целая гормональная буря, и одним из последствий таких изменений является нарушение толерантности организма к глюкозе – у кого-то сильнее, у кого-то слабее. Что это означает? Уровень сахара в крови высок (выше верхней границы нормы), но все же не настолько, чтобы можно было поставить диагноз «сахарный диабет». В третьем триместре беременности в результате новых гормональных перестроек, может развиваться гестационный диабет. Механизм его таков: поджелудочная железа беременных женщин вырабатывает в 3 раза больше инсулина, чем у остальных людей с целью компенсации действия специфических гормонов на уровень сахара, содержащегося в крови. Если же она не справляется с этой функцией при нарастающей концентрации гормонов, то возникает такое явление, как гестационный диабет при беременности. Существует некие факторы риска, повышающие вероятность того, что у женщин во время беременности разовьется гестационный диабет. Все беременные проходят скрининговое обследование на гестационный диабет в период между 24-й и 28-й неделями беременности. Для этого необходимо сделать анализ, который называется «оральный тест толерантности организма к глюкозе». Нужно выпить подслащённой жидкости, содержащей 50 гр сахара. Через 20 минут – взятие крови из вены. Дело в том, что сахар быстро усваивается, уже через 30-60 минут, но индивидуальные показатели разнятся, а именно это интересует врачей. Таким образом, они выясняют, насколько хорошо организм способен метаболизировать сладкий раствор и усваивать глюкозу.

Методы исследования. С 2023 года до июня 2024 года в неонатальном отделении АМУ родились 11 детей у матерей с гестационным диабетом. Благодаря кормлению сахар у новорожденных нормализовался и все дети выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы. При обнаружении гестационного диабета, необходимо пересмотреть режим питания. Обычно при диабете рекомендуется снижать массу тела, но беременность – не время для похудения, ведь плод должен получать все необходимые ему питательные вещества. Значит, следует снижаться калорийность пищи, не снижая при этом ее питательности. После родов гестационный диабет, как правило, проходит. Сахарный диабет развивается только в 20-25% случаев. Как правило, никаких специальных мер по нормализации уровня сахара в крови матери и ребенка не понадобится: у ребенка сахар приходит в норму благодаря кормлению, а у матери – с выходом плаценты, которая и является «раздражающим фактором», поскольку вырабатывает гормоны. Со временем все должно нормализоваться.

О ПОЛЬЗЕ МАССАЖА ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ.

Наджафова Г.Т., Эйналлова М.К.

АМУ. Кафедра Детских болезней II, г.Баку, Азербайджан

Актуальность. В рамках терапии, профилактики и реабилитации новорожденным проводятся: вводные-процедуры, грязелечение, теплолечение, массаж. Многие родители задаются вопросом о необходимости регулярного массажа для малыша. Педиатры и физиотерапевты подтверждают благотворное влияние этой процедуры на формирование костно-мышечной и нервной системы, рекомендуют проводить ее через 2-2,5 месяца. Более глубокий массаж проводится с 6-го месяца жизни малыша. Массаж детям нельзя проводить при воспалительных процессах, гнойничковых кожных высыпаниях и наличии

повышенной температуры тела. Также не рекомендуется проводить массаж перевозбужденному малышу, так как сильная нервозность может вызвать гипертонус сгибательных мышц. Также массаж нельзя проводить при: ангине, гриппе или ОРВИ, гемофилии, туберкулезе костей, суставов или легких, ломкости костей, поражениях лимфатических узлов, кровотечениях, пороках сердца, гепатитах, циститах и пиелонефритах, ожогах, больших ранах или травмах конечностей, опухолях, больших паховых и пупочных грыжах.

Цель: массаж помогает развить мышцы младенца, предупредить простудные заболевания, набрать вес, укрепить эмоциональную связь между матерью и ребенком. Некоторые специалисты рекомендуют начать массаж с первого месяца жизни, он хорошо дополняет гимнастику и ежедневные процедуры по уходу за ребенком. Лечебный или реабилитационный массаж назначает врач при наличии показаний. Среди детей могут быть нарушения в развитии или серьезные заболевания. Работают с такими малышами специалисты по лечебной физкультуре, массажисты и реабилитологи. Профилактический массаж вполне по силам родителям. Его можно провести самостоятельно, но только после обучения у педиатра, который проводит доступный и наглядный инструктаж для мам и пап.

Методы исследования. С 2023 года по 2024 год в неонатальном отделении АМУ родились 1733 ребенка. Из них здоровые доношенные новорожденные 1629. Родителями рекомендовали после выписки из неонатального отделения с 1-го месяца сделать легкий массаж туловища.

Выводы. Массаж для грудничков несколько ограничен. Новорожденным разрешены только поглаживания. Перед сеансом необходимо убедиться, что учтены все условия.

Место. Можно расположиться на пеленальном столике, кровати или на полу. Главное, чтобы выбранное место было спокойным, теплым и находилось подальше от сквозняков. Температура в комнате в пределах 22-24°C.

Время. Для первых сеансов достаточно 6-8 минут. Важно выбрать такое время, чтобы вас с малышом ничто и никто не отвлекло и вы смогли провести массаж не спеша. Специалисты рекомендуют делать его вечером после купания, потому что нежные поглаживания успокаивают ребенка и помогают ему заснуть.

Готовность малыша. Ребенок должен быть в хорошем настроении. Если малыш не настроен – капризничает, плачет или хочет есть, лучше отложить массаж.

Подготовка родителя. Снять все украшения с пальцев, тщательно вымыть руки и высушить их. Чтобы малышу было комфортно, ваши руки должны быть теплыми. Поэтому разотрите их – так они согреются. Европейские педиатры рекомендуют проводить массаж детям до года с использованием масел. Есть специальные детские масла для новорожденных, например «Johnson's» и детское масло «Нежность хлопка». Продукты гипоаллергенные. В нем нет красителей, фталатов и парабенов. Эти масла на растительной основе, содержат масла кокоса и семян хлопка, быстро впитываются и защищают кожу малыша от сухости, а его «аромат счастья» способствует мультисенсорному развитию ребенка.

ТИМПАНОСКЛЕРОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ДАВОЛАШНИНГ КЛИНИК-САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Назирова Ф.Н.

Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази

Мавзунинг долзарблиги. Тимпаносклероз болаларда кўп учрайдиган сурункали отитнинг асоратларидан бири бўлиб, у эшитиш қобилиятининг пасайишига, ҳатто тўлиқ йўқолишига олиб келиши мумкин. Бугунги кунда ушбу касалликнинг диагностикаси ва даволаш усуллари етарли даражада ривожланмаган бўлиб, тимпаносклероз билан оғриган болаларда эшитишни тиклаш ва касалликни олдини олиш учун самарали терапевтик

ёндашувлар ишлаб чиқиш муҳим аҳамият касб этади. Касалликнинг оғир асоратлари ва болаларда ногиронликка олиб келиши эҳтимоли туфайли, унинг самарали диагностикаси ва даволаш бўйича тадқиқотлар ўтказиш долзарб вазифалардан биридир.

Тадқиқот мақсади. тимпаносклероз билан касалланган болаларда даволашнинг самарадорлигини баҳолаш ва эшитиш қобилиятини тиклаш учун энг самарали даволаш усулини аниқлаш.

Тадқиқот материали ва усули. Тадқиқотда тимпаносклероз билан касалланган 80 нафар болалар текширилди. Назорат гуруҳини 20 нафар соғлом болалар ташкил қилди. Тадқиқотга 6-10 ёшдаги 20 нафар бола, 11-15 ёшдаги 25 нафар бола, 16-18 ёшдаги 35 нафар бола киритилди. Барча беморларда клиник, инструментал (аудиограмма, отоскопия), морфологик (гистологик таҳлил) ва статистик тадқиқот усуллари қўлланилди. Тимпаносклероз ва сурункали ўрта отит билан касалланган болаларда жарроҳлик амалиётининг самарадорлигини баҳолаш учун беморлар 2 гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳда (n=44) бир босқичли тимпаноластика ва оссикулоластика амаллари бажарилди, 2-гуруҳда (n=36) икки босқичли жарроҳлик амаллари, яъни биринчи босқичда тимпаноластика, иккинчи босқичда оссикулоластика амаллари ўтказилди. Статистик таҳлилда қийматларнинг ўртача миқдори ва стандарт оғишлари ҳисоблаб чиқилди

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Сурункали ўрта отит ва тимпаносклероз бўлган беморларда жарроҳлик амалиётлари ўтказилиб, узоқ муддатли кузатув натижалари баҳоланди. Қониқарсиз анатомик-функционал натижалар 5 та беморда кузатилди, шулардан 2 тасига қайта операция қилинди. Битта ҳолатда такрорий миринголастика, иккинчисида латерализацияланган неотимпанал пардани тушириш амалиёти ўтказилди. Гистологик текширув натижасида грануляцион тўқималарда сурункали яллиғланиш майдонлари ва калциноз аниқланди. Аудиометрик кўрсаткичларнинг статистик қайта таҳлили шуни кўрсатдики, кузатув гуруҳидаги беморларда операциядан кейинги узоқ муддатли даврда ҳаво товуш ўтказувчанлиги бўсағалари ва СХИ қийматлари таққослаш гуруҳига нисбатан анча паст бўлиб, операциядан олдинги кўрсаткичлардан ҳам сезиларли даражада фарқ қилган ($p < 0,05$). Таққослаш гуруҳида эса сезиларли фарқлар қайд қилинмаган ($p > 0,05$). Узоқ муддатли даврда таққослаш гуруҳидаги беморларда ҳаво товуш ўтказувчанлиги бўсағаси 46,8 дБ, СХИ эса 30,6 дБ ни ташкил қилган, бу товуш ўтказувчанлиги сезиларли даражада бузилганлигини кўрсатади.

Тимпаносклероз билан касалланган болаларда ўтказилган жарроҳлик амалларининг самарадорлигини баҳолаш мақсадида натижалар яхши, қониқарли, қониқарсиз ва самарасиз даволаш тарзида баҳоланди. Таҳлилга кўра, 1-группа беморларида 19 нафарда яхши натижа, 22 нафарда қониқарли натижа, 3 нафарда қониқарсиз натижа қайд қилинди. 2-группа беморларида эса 9 нафарда яхши натижа, 11 нафарда қониқарли натижа, 12 нафарда қониқарсиз натижа ва 4 нафарда самарасиз натижа қайд қилинди. Тимпаносклероз билан касалланган болаларда ўтказилган бир босқичли жарроҳлик аралашуви 72% ҳолларда қониқарли морфофункционал натижаларга олиб келган.

Хулоса. Ўтказилган таҳлиллар натижалари тимпаносклероз билан касалланган беморларда узанги рефиксациясини олдини олиш ва узанги ҳаракатчанлигини тиклашда ишлаб чиқилган янги усулнинг самарадорлигини тасдиқлади. Бу усулни қўллаш беморларда эшитишни тиклаш ва касалликнинг оғир асоратларини олдини олиш учун мақсадга мувофиқ эканлигини кўрсатади.

КОРРЕЛЯЦИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Насирова С.Р., Мехтиева С.А., Мустафаева Н.М.

Научно-Исследовательский Институт Педиатрии имени К.Ю.Фараджовой,
Баку, Азербайджан

Актуальность. Некротический энтероколит (НЭК) у новорожденных — неспецифическое воспалительное заболевание, вызываемое инфекционными агентами на фоне незрелости местных защитных механизмов и/или в результате гипоксически-ишемического поражения слизистой оболочки кишечника, характеризующееся генерализацией воспалительные реакции. При некротическом энтероколите на ранних стадиях заболевания клинические признаки могут быть неспецифическими, вплоть до развития осложнений. Поэтому одним из приоритетных направлений патогенеза НЭК является поиск надежных молекулярно-биохимических маркеров для диагностики заболевания на ранних стадиях, выбора и прогнозирования соответствующей тактики лечения.

Цель: изучения корреляции между биохимическими маркерами при некротическом энтероколите у новорожденных.

Методы исследования. Для выполнения поставленной задачи было обследовано 110 новорожденных с НЭК. Обследованные дети поступили в Научно-Исследовательский Институт Педиатрии из родильных домов города Баку и районов. Эти дети были разделены на следующие группы по стадиям НЭК: I группа - 49 больных с I стадией НЭК, II группа - 48 больных со II стадией НЭК, III группа - 13 больных с III стадией НЭК. Контрольную группу составили 30 практически здоровых новорожденных. У больных НЭК иммуноферментным методом определяли молекулярно-биохимические маркеры каждой группы - матриксные металлопротеиназы (ММП), кателицидин, трансферрин, фекальный кальпротектин. Проводили сравнительную оценку и исследовали их диагностическую и прогностическую значимость.

Полученные результаты. С целью оценки клинической значимости биохимических маркеров в ходе исследования был проведен корреляционный анализ между тяжестью заболевания и маркерами. Результаты корреляционного анализа были количественно оценены с использованием рангового метода Спирмена: между тяжестью некротического энтероколита у новорожденных и включенными в исследование биохимическими маркерами наблюдались следующие корреляционные связи: ММП-9 ($\rho_s=0,578$, $p=0,001$), кателицидин ($\rho_s=0,525$, $p=0,001$) и умеренно плоские с фекальным кальпротектином ($\rho_s=0,766$, $p=0,001$); Установлена слабая прямая корреляция с ММП-17 ($\rho_s=0,337$, $p=0,033$), ММП-2 ($\rho_s=0,401$, $p=0,010$) и слабая обратная корреляция с трансферрином ($\rho_s=0,347$, $p=0,028$).

Выводы. Таким образом, указанные корреляционные связи позволяют оценить клиническую значимость маркеров в зависимости от степени тяжести заболевания, что свидетельствует о высокой точности их использования для диагностики и прогнозирования течения некротического энтероколита.

IMPROVEMENT OF MEASURES TO ELIMINATE COMPLICATIONS AFTER SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL CLEFT PALATE

Nematov SH.U.

Andijan State Medical Institute Faculty of Dentistry

Relevance: Treatment of congenital cleft palate is one of the most complex and urgent problems of pediatric maxillofacial surgery. Despite significant advances in this area, various prescriptions after surgical treatment are often encountered, which reduce the quality of life of patients and require additional rehabilitation measures. Therefore, improving measures to provide assistance and eliminate the consequences after surgical treatment of congenital cleft palate is relevant.

The purpose of the study: The purpose of the research is to organize a study on long-term surgical operations and their complications, and to improve measures for complications after surgical treatment of congenital cleft palate.

Materials and methods: After the examinations, the average rate of complications is equal to 11-18%: Oro-nasal fistula 7-9%, palatal soft tissue roughness 11-13%, micrognathia of the upper side 4-7% (retardation from growth), alveolar defect 12-15 %, speech physiological defects make up 19-28% The purpose of the invention is to develop a pathogenetic method of antibacterial therapy for purulent-necrotic complications of burns, based on the creation of long-term therapeutic concentrations of an antibacterial drug in the regional lymphatic system, which ensures the normalization of microcirculatory disorders, maximum effectiveness of the antibacterial therapy, acceleration of regeneration, and reduction of treatment time.

50 children with congenital cleft palate were examined. Clinical-functional (transport, pH, excretion, suction), radiological, computed tomography, endoscopic and microbiological examinations were performed in these patients, and the results were statistically analyzed.

Results: The application of the results of the study reduces the frequency of complications after surgical procedures in children with congenital cleft palate by 23%. Based on the results of the research conducted on children born with congenital palate defects, the developed modern treatment monitoring system increases the effectiveness of surgical treatment in regional conditions by 70-90% and leads to a decrease in post-diagnosis complications in children.

ConclusionThe introduction of this algorithm to the regional children's multidisciplinary medical center leads to the improvement of surgical treatment methods for children with congenital cleft palate and a sharp decrease in their complications.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ

Низомутдинов А.М., Рахманова Л.К.

Андижанский государственный медицинский институт
Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Известно, что при коморбидности нефротического синдрома (НС) с другими патологиями, в том числе геморрагическим васкулитом (ГВ) клинико-лабораторные процессы имеют существенные особенности, основной причиной которого считается иммунологические сдвиги организма. Ежегодная заболеваемость ГВ достигает 2 случаев на 10 тыс. населения, причем наблюдается повсеместный рост численности таких больных.

Цель исследования: изучить иммунологические особенности течения нефротического синдрома у детей с геморрагическим васкулитом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 40 детей в возрасте от 7 до 11 лет, страдающих НС (Хронический гломерулонефрит) и ГВ. Клинический диагноз НС и ГВ был поставлен на основании анамнеза, клинико-лабораторных, иммунологических показателей и функциональных методов исследования. Контрольную группу составляло 25 практических здоровых детей того же возраста. У детей изучали состояние С3, С4 компонентов комплемента и концентрации иммуноглобулина Е в сыворотке крови. Цифровые данные обработали методом вариационной статистики с вычислением достоверности численных различий по Стьюдента.

Результаты исследования. По результатам проведенных исследований было выявлено, что при коморбидном течении НС+ГВ иммунопатологические сдвиги характеризуются статистически достоверно снижением показателя С3, С4 компонентов комплемента ($P < 0,001-0,01$), гипериммуноглобулинемией Е (IgE) ($P < 0,001$), которые остаются сохраненными и в периоде ремиссии заболевания. Иммунологические сдвиги объясняются тем, что в организме регуляция активации системы комплемента тонко сбалансирована, в таких случаях гломерулярные поражения характеризуются плотными интрамембранозными депозитами. Полученные результаты наших исследований также показывают то, что в патогенезе С3-гломерулопатии, так и при иммунокомплексных гломерулярных болезнях, играют важную роль нарушение альтернативного пути регуляции комплемента. Поэтому можно подтвердить, что при коморбидном течении НС+ГВ может формироваться мембранопрлиферативный гломерулонефрит в рамках С3-гломерулопатии, в сочетании с низким уровнем сывороточного С3, С4 компонентов комплемента.

Выводы. Для коморбидного течения нефротического синдрома с геморрагическим васкулитом характерно снижение С3, С4 компонентов комплемента и гипериммуноглобулинемия Е, которая остается сохраненным в период ремиссии и являются критерием ранней иммунодиагностики при ведении таких больных.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Носиров Ю.У., Гойилов Ж.Б.

Бухарский областной многопрофильный детский медицинский центр

Актуальность. Диагностика инородных тел трахеобронхиального дерева (ТБД) у детей встречаются довольно часто, иногда представляют трудности в диагностике.

Цель: изучение причин и частоту осложнений, наблюдаемых у пациентов с поздней диагностикой инородных тел трахеобронхиального дерева.

Материалы и методы. Нами было проанализировано данные диагностики и лечения инородных тел дыхательных путей за период с 2020-2023 годы. Было обследована и излечена 40 больных детей с инородными телами дыхательных путей в отделении хирургии Бухарского областного многопрофильного детского медицинского центра. Из 40 пациентов 11 (27,5%) были моложе 1 года, 14 (35%) — от 1 до 2 лет, 12 (30%) — от 2 до 3 лет, 3 (7,5%) - старше 3 лет. Из 40 проанализированных пациентов 22 (55%) пациента посещали на срок до 3 дней, 18 (45%) пациентов посещали более 3 дней, у большинства из них наблюдались осложнения в виде бронхита и пневмонии. Одним из наиболее частых осложнений является бронхит, развивающийся через 1 сутки после аспирации инородного тела, такое состояние наблюдалось у 16 (40%) из 40 больных. Наблюдаемость осложнений зависит от характера инородного тела и возраста больного. Если длительность аспирации инородного тела

превышает 7 дней, заболеваемость бронхитом несколько снижается. Аспирация инородных тел чаще встречается у детей, чем младше ребенок.

Развитие бронхитов отмечалось при аспирации любых инородных тел, но при аспирации органических инородных тел у 28 детей (70%), частота развития бронхитов была выше по сравнению с аспирацией неорганических инородных тел у 12 детей (30%).

Результаты и их обсуждение. При анализе полученных данных выявили, что осложнения наблюдаются в зависимости от характера инородного тела. Анализ показал, что органическое инородное тело вызывает больше осложнений, чем неорганическое инородное тело. Кроме того, замечено, что внешние осложнения зависят и от размеров инородных тел. Инородное тело небольших размеров приводит к более быстрому развитию осложнений, чем инородное тело крупных размеров. Причина этого в том, что в сегментарные бронхи проникает небольшое инородное тело.

Развитие бронхитов отмечалось при аспирации любых инородных тел, но при аспирации органических инородных тел у 28 детей (70%), частота развития бронхитов была выше по сравнению с аспирацией неорганических инородных тел у 12 детей (30%). Помимо этого, аспирация инородных тел в дыхательные пути у части детей осложнялась пневмонией у 14 детей (35%), независимо от природы аспирированного инородного тела. У детей первых 2 лет жизни пневмония осложняла аспирацию значительно чаще у 6 детей (75%), чем у более старших детей у 2 пациентов (25%). Скорость развития пневмоний была различной. В первые сутки после аспирации инородного тела пневмония развилась у 1 больного ребенка (2,5%), в первые 3 суток - у 2 пациентов (5%), в первую неделю - у 4 детей (10%). Если длительность аспирации составляла более 1 недели, то пневмония развивалась чаще - 7 детей (17,5%).

Вывод. Таким образом, с увеличением длительности нахождения инородного тела в трахеобронхиальном дереве частота развития пневмоний значительно увеличивалась. Выявлена также зависимость частоты возникновения пневмоний от характера инородного тела: при органических инородных телах частота возникновения пневмоний в 2-3 раза выше, чем при неорганических инородных телах. Кроме того, несколько чаще отмечалась левосторонняя (39,4%) локализация пневмонии по сравнению с правосторонней (60,6%).

ФАРҒОНА ВОДИЙСИДА БОЛАЛАРДА ГИПОСПАДИЯНИНГ ПЕНИАЛ ШАКЛИДА НЕОУРЕТРАПЛАСТИКА УСУЛЛАРИ НАТИЖАСИНИ ТАҚҚОСЛАШ

Нурматов Ё.Х., Алимов М.М., Шониятов Э.П

Фарғона вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази

Мавзунинг долзарблиги. Болаларда гипоспадиянинг дистал шаклини даволашда охирги 10 йилликда белгиланган мувоффақиятларга эришилди. Хасталикнинг бошча шаклини даволашда асоратлар 3-7% гача камайтирилди. Тож эгат ва тож эгат ости шаклларида 5-11% асоратлар кузатилади. Тана шаклларида бўлса, қониқарсиз натижалар(10-35% холатда) сақланиб турибди. Биз кузатишлар мобайнида гипоспадиянинг дистал ва ўрта тана шаклларида Снодгрос, гланспениал ва Mathieu усуллари бўйича неоуретрапластика натижаларини таҳлил қилдик.

Мақсад. Болаларда гипоспадиянинг тана шаклида пластик операцияси натижаларини баҳолаш.

Материал ва услублар. Наманган ,Фарғона ва Андижон вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази шифохонасида қайта таҳлил натижалари 2010-2022 йилларда гипоспадия билан операция бўлган 914 та болаларда ўтказилди.

Биринчи гурухга (n=103) Снодгрос усулида операция бўлган болалар. Иккинчи гурухга (n=122) клиникамизда ишлаб чиқилган бир босқичли гланспениал неоуретрапластика (ихтирога патент № IAP05305, 2016й) усулида операция бўлган беморлар тахлил қилинди.

3- гурухга (n=84) беморлар киритилибуларга Mathieu(meatal based flap - олат танасидан қайтарилган лоскут) усулида уретрапластика ўтказилди.

Натижа ва муҳокама. Операциядан кейинги эрта даврда асоратлар кузатилмади. Бир босқичли неоуретрапластика операцияларини узоқ натижаларини 6 ойдан 2 йилгача бўлган муддатда кузатилди. 1- гурухда тери-уретра окмаси 27(26,22%), неоуретра стенози 12(11.65%) кузатилди. Асоратлар 90% холатда олат бошчаси кичик бўлган беморларда учради. 2- гурухга тери- уретра окмаси 6 (4,92%) қайд қилинди. 3- гурухда 84 бемордан 39 (46,43%) тасида эса қуйидаги асоратлар кузатилди: операциядан кейинги эрта даврда (1 ой давомида) неомеатус ретракцияси – 9 (10,72%); кечки даврда эса 7 (8,33%) беморда меатостеноз, 24 (28,57%) беморда тери-уретра окмаси кузатилди.

Хулоса. Снодгрос- уретрапластика усули олат боши кичик бўлган беморларда кесилган уретра майдончаси чандикланиши сабабли тери-уретра окмаси ва функционал обструкция пайдо бўлишига олиб келади, аммо косметик жихатдан қулай.

Гланспениал неоуретрапластика усули олат бошчаси кичик бўлган беморларда ҳам мўл тери лоскутида қон айланиш бузилмасдан, чандикланиш кузатилмайди. Гипоспадиянинг дистал тана шаклида ижобий натижаларга эришилганлиги учун янги бир босқичли неоуретрапластика усули сифатида операция танлови бўлиб хизмат қилади.

Матюу усули уретра майдончаси кенг ва олат бошчаси ўлчами мўл бўлган беморларда қўлланилса, операциядан сўнг бўлиши мумкин бўлган асоратларнинг камайишига эришилади. Олат бошчасини кесиб уретра майдончасини кенгайтириш учун унда чандикланиш жараёнини кучайтириб операциядан кейинги асоратларнинг кўпайишига сабаб бўлади.

АССОЦИИРОВАННАЯ МУТАЦИЯ ГЕНА SUPT ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАРАПЛЕГИИ ШТРЮМПЕЛЯ.

Окилжонова Н.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. На сегодняшний день описано более 50 генотипов наследственной параплегии. Наиболее часто встречающимися являются spg3, spg4. Одной из наиболее важных задач клинической генетики в настоящее время является сравнительный анализ различных популяций и особенностей спектра наследственных заболеваний центральной и периферической нервной системы.

Цель исследования: изучить клинко-неврологическую особенность наследственной спастической параплегии Штрюмпеля у детей.

Материалы и методы исследования. Исходя из цели нами было обследовано 125 детей в возрасте от 3 лет до 15 лет, из них 95 детей (55 мальчиков и 40 девочек) - основная группа - с НСП Штрюмпеля, которые находящиеся под наблюдением в отделении медико-генетического консультирования Республиканского центра «Скрининг матери и ребёнка» (г. Ташкент). За период 2016-2021 год. Средний возраст составлял $7,8 \pm 0,48$ лет. Возраст к началу заболевания в среднем составлял $3,3 \pm 0,36$ лет и варьировал в пределах от рождения до 8 лет. Группу контроля составили 30 практически здоровых детей. Диагноз устанавливался на основании анамнеза, неврологического статуса, по результатам инструментальных исследований.

Результаты исследования. У всех больных были жалобы на слабость конечностей разной степени, нарушение походки. По нашим данным, при изучении родословных больных в 60 случаях брак был родственным, что составило 63%. Было выявлено, что в 42% случаев (28 семей) в семьях встречались больные с аналогичным заболеванием. При анализе акушерского анамнеза было установлено, что беременность протекала в 32,4% на фоне анемии, в 10,8% - токсикоза. 10,8% матерей во время беременности перенесли ОРВИ. Обострение хронических заболеваний во время беременности регистрировалось у 2,7% матерей больных детей. Возраст матери при рождении ребенка с НСП в среднем составил $26,0 \pm 0,85$ лет. При поступлении родители детей с НСП предъявляли жалобы на утомление при ходьбе в ногах и скованность ходьбы (100%). В дебюте заболевания у детей старшего возраста 16 (16,8%) отмечалось неловкость и затруднения при быстрой ходьбе, беге, иногда наблюдалось ходьба на носках. У всех обследованных в клинической картине выявлено преобладание спастичности над парезом. Выраженность спастичности по шкале Ashworth 2-3 балла, сила мышц снижена до 3-4 баллов. Сухожильные рефлексы у 27(28%) в руках незначительно повышены, а у всех в ногах высокие, с расширенными рефлексогенными зонами. У всех обследованных пациентов обнаружены патологические рефлексы сгибательной и разгибательной групп. У 7 (30%) выявлено снижение вибрационной чувствительности. У 65 (68,4%) определено изменения стоп по типу «стопы Фридрейха». У 2 (2,1%) пациентов тазовые функции нарушены (энурез), у 3 (3,1%) пациентов наблюдались когнитивные нарушения. Средние показатели FMS на трех дистанциях составили – $2,1 \pm 0,1$, $1,9 \pm 0,1$ и $1,7 \pm 0,1$ балла. Пациенты прошли ряд дополнительных обследований: МРТ головного и спинного мозга без патологических изменений. ЭНМГ исследование показало, что у всех пациентов спонтанных миографических изменений не выявлено. При биохимическом анализе крови креатинфосфокиназа (КФК) и лактатдегидрагеназа (ЛДГ) у обоих пациентов в пределах нормы.

Выводы. Ранняя диагностика неврологических проявлений, с использованием современных методов исследования позволит повысить эффективность патогенетического и симптоматического лечения и положительную динамику у больных с спастической параплегией Штрюмпеля.

НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ И ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПАСТИЧЕСКОЙ ПАРАПЛЕГИИ ШТРЮМПЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Омонова У.Т., Окилжонова Н.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкентский Государственный Стоматологический институт

Актуальность. Наследственная спастическая параплегия (НСП) Штрюмпеля является наиболее распространенным дегенеративным состоянием детского возраста, по частоте опережая болезнь Шарко-Мари-Тута и атаксию Фридрейха. Распространенность НСП, по данным австралийского исследовательского фонда НСП (HSP Research Foundation), варьирует в разных популяциях от 0,5 до 12 на 100 000 населения. Это заболевание часто протекает под маской ДЦП.

Цель исследования: изучить клинико-неврологических особенностей спастической параплегии Штрюмпеля у детей.

Материал и методы исследования. Обследованы 12 больных со спастической параплегией Штрюмпеля, из них 4 девочек и 8 мальчиков в возрасте от 2 до 12 лет, находящихся под наблюдением в отделении медико-генетического консультирования Республиканского центра «Скрининг матери и ребенка» (г. Ташкент) в период 2016–2019 гг. Оценка двигательных функций проводилась с использованием шкалы MRS (Modified

Rankin Scale), выраженность спастичности определили по шкале Ashworth. Биохимические исследования (определение уровня активности креатинфосфокиназы (КФК) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в сыворотке крови), исследования крови проводились на биохимическом анализаторе «Humalyzer Junior» с использованием диагностических наборов «HUMAN». Проведена игольчатая ЭНМГ с применением концентрических игольчатых электродов на аппарате «Нейрон–Спектр-4».

Результаты исследования. Из обследованных больных семейный характер носили 2 случая, остальные 10 случаев имели спорадического характера. У всех обследованных в клинической картине выявлено преобладание спастичности над парезом. Выраженность спастичности по шкале Ashworth 2-3 балла, сила мышц снижена до 3-4 баллов. Сухожильные рефлексy у 4(33%) в руках незначительно повышены, а у всех в ногах высокие, с расширенными рефлексогенными зонами. У 7 (58%) выявлено снижение вибрационной чувствительности. При биохимическом анализе крови креатинфосфокиназа (КФК) и лактатдегидрагеназа (ЛДГ) у обоих пациентов в пределах нормы.

Вывод. Учитывая анамнез, клиническую картину, ранее начало заболевания девочкам для верификации диагноза наследственной спастической параплегии Штрюмпеля необходимо также пройти молекулярно-генетическое обследование SPG определенных локусов и ДНК диагностику.

ВЛИЯНИЕ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ НА РОСТ И РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПОСТОЯННО ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Отекеева С.С., Жиемуратова Г.К.

Медицинский институт Каракалпакстана.

Нукусский филиал института иммунологии и геномики человека АН

Актуальность. Среди аллергических заболеваний у детей наиболее распространены аллергические поражения кожи – аллергодерматозы. Эти заболевания характеризуются клиническим полиморфизмом, хроническим стадийным течением и развитием сопутствующих патологических изменений в различных системах растущего организма. Известно, что кожные заболевания, включая зудящие дерматозы, влияют не только на физическое состояние пациента, но и значительно снижают качество жизни в любом возрасте.

Цель исследования – изучение показателей физического развития детей с аллергодерматозами проживающих в регионе Приаралья.

Материал и методы. Объектом исследования являлись 247 ребенка 6-18 лет с аллергодерматозами, которым были проведены антропометрические измерения. Контрольную группу составили 32 здоровых ребенка, аналогичного возраста.

Результаты исследования. В основной группе исследования было 247 детей, из них 121 детей имели атопический дерматит (48,9%) и 126 детей имели атопический дерматит в сочетании с респираторными аллергиями (51,0%).

Исследование показывает, что наибольшее отставание в росте детей с атопическим дерматитом по сравнению с контрольной группой приходится на 7-9-летний возраст. Отставание в росте детей с атопический дерматит (АтД) в сочетании респираторными аллергиями начинается с 10-13-летнего возраста, достигая максимума к 16-17 годам. Масса тела детей с атопическим дерматитом ниже во всех группах, в 13-14 лет она приближается к массе детей контрольной группы. Масса тела детей с АтД по сравнению с контрольной группой достоверно ниже для детей до 14 лет включительно ($p < 0,05$) а в старшем возрасте отмечается опережение в массе тела и отмечено достоверное повышение индекса Кеттле. Следовательно, дети с аллергодерматозами относятся к группе высокого риска, что требует

своевременного проведения профилактических мероприятий. Отмечено достоверное снижение индекса Кеттле у детей с атопическим дерматитом (АтД) в сочетании с респираторными аллергиями во всех возрастных группах по сравнению с группой контроля.

Была отмечена высокая частота атопических заболеваний в семейном анамнезе у 24% пациентов с атопическим дерматитом. Легкий вариант течения атопического дерматита в основной группе с избыточной массой тела встречался в 2,2 раза реже, чем у детей нормальным весом, а доли пациентов со среднетяжелым вариантом течения заболевания в обеих группах были сопоставимы и не имели статистически значимых различий. Однако тяжелое течение дерматоза в основной группе регистрировалось чаще у детей с избыточной массой тела 1,9 раза чем в группе детей с нормальным весом.

Заключение. У детей с аллергодерматозами наблюдаются изменения показателей физического развития, что позволяет заключить о непосредственном влиянии этих заболеваний на физическое развитие детей.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Полухова А.А., Эфендиева М.З., Агаева Х.Г.

Научно-Исследовательский Институт педиатрии им. К.Фараджевой. Баку,
Азербайджан

Актуальность. Период новорожденности - важный этап онтогенеза человека, определяющий будущий потенциал здоровья человека. 70% детской инвалидности и 80% психоневрологических расстройств у детей раннего возраста связаны именно с перинатальными патологиями. Во всем мире 47% смертей среди детей в возрасте до 5 лет приходится на первый месяц жизни ребенка, из которых 1/3 приходится на первый день после рождения, а 3/4 на первую неделю жизни.

Цель исследования заключается в сравнительном анализе частоты и структуры заболеваемости, выявленных у новорожденных в 2023 году.

Материалы и методы исследования. В 2023 году ретроспективно проанализированы медицинские карты 2265 новорожденных из родильных домов города Баку, поликлиник, родильных отделений районов республик. Гестационный возраст новорожденных 38-41 неделя, масса тела 2800-3500 г. Из новорожденных 1446 (63,84%) составляют мальчики, а 891 (36,1%) составляют девочки. Были проведены клинические, параклинические, биохимические, серологические, вирусологические, бактериологические и функционально-диагностические исследования (рентген-обследование, нейросонография, эхокардиография, доплерография, УЗИ внутренних органов, КТ, МРТ, ЭЭГ и др.).

Результаты и их обсуждение. Результаты проведенного исследования показали, что у новорожденных в 2023 году ведущее место в структуре заболеваемости принадлежит заболеваниям органов дыхания-46,5% (*другие острые инфекции верхних дыхательных путей множественной локализации* 28,96 %, острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей-4,81%, пневмонии-5,52 %). В 2019 году этот показатель составил 47% (рост в динамике 5,5 %). На II месте желтуха у новорожденных (36,1%). В 2019 году этот показатель составил 41,7%, рост составил 5,6%, гемолитическая болезнь новорожденных 6,15%, желтуха новорожденных 23,3%, желтуха, связанная с инфекцией 0,88%, наследственная желтуха (Q-6-FDG дефицит 0,31%). На III месте инфекционные патологии, специфичные для перинатального периода, занимают 15,4%. Среди них врожденная цитомегаловирусная инфекция -2,84%, инфекция, считающаяся специфичной для новорожденного -7,9%, бактериальный сепсис новорожденного-4,7%. Проведенный

сравнительный анализ показал, что последние годы (2019-2023 гг.) у новорожденных отмечается снижение частоты патологий центральной нервной системы на 40% при врожденных пороках развития на 8,4 %, выявление врожденных пороков сердца на 8,49%.

Заключение. Таким образом, данные, полученные при изучении частоты заболеваний у новорожденных, его структуры, играют фундаментальную роль в оценке состояния здоровья грудничков в будущем и разработке эффективных мер по его сохранению, определении приоритетных направлений научных исследований.

ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У НОВОРОЖДЕННЫХ МАЛЫХ К ГЕСТАЦИОННОМУ ВОЗРАСТУ

Полухова А.А., Панахова Н.Ф., Адилова А.А.

Институт Педиатрии им. К. Фараджевой, г. Баку, Азербайджан

Актуальность. Учитывая данные многочисленных эпидемиологических исследований о высоком риске почечной патологии и гипертензии в последующие годы жизни у людей, родившихся с задержкой внутриутробного развития, особый интерес представляет изучение становления ренальных функций у новорожденных малых к своему гестационному возрасту.

Цель исследования: изучить состояние почечного регионарного кровотока у доношенных и недоношенных новорожденных малых к гестационному возрасту.

Материал и методы исследования. Методом доплерографии было исследовано 82 новорожденных детей. В зависимости от гестационного возраста (ГВ) новорожденные были подразделены на 3 группы: 1-ую группу составили 29 доношенных новорожденных с ГВ 37-40 недель, во 2-ую группу вошли 25 недоношенных новорожденных с ГВ 33-36 недель, в 3-ью группу – 28 недоношенных новорожденных с ГВ 32-29 недель. В каждой группе выделяли 2 подгруппы: соответствующие гестационному возрасту (СГВ) и малые к гестационному возрасту (МГВ). Оценка почечного кровотока проводилась на основании вычисления максимальной систолической (V_{max}), минимальной диастолической скорости (V_{min}) кровотока, венозного оттока (ΔV) и индекса резистентности (RI) в магистральной почечной артерии.

Результаты исследования. Допплерографическое исследование почек выявило усиление скоростных показателей кровотока в почечной магистральной артерии (ПМА) в МГВ подгруппе 1-й группы ($6,36 \pm 1,37$ – МГВ подгруппе, $13,91 \pm 3,7$ – СГВ подгруппе, $p=0,013$) с достоверным снижением венозного оттока ($4,16 \pm 0,13$ – МГВ подгруппе, $13,91 \pm 3,7$ – СГВ подгруппе, $p<0,001$). Во 2-ой группе параметры почечного кровотока не имеют достоверных отличий между подгруппами с некоторой тенденцией к усилению скоростных показателей в МГВ подгруппе. МГВ новорожденные 3-ей группы, напротив, характеризуются снижением скоростных показателей, как в артериальном, так и венозном русле, с достоверностью разницы в отношении кровотока в правой магистральной вене ($5,00 \pm 0,001$ – МГВ подгруппе, $10,90 \pm 0,70$ – СГВ подгруппе, $p<0,001$). Компенсаторного повышения индекса резистентности не происходит, и этот показатель статистически значимо отличается от RI в СГВ подгруппе ($0,69 \pm 0,012$ – МГВ подгруппе, $0,79 \pm 0,01$ – СГВ подгруппе, $p=0,003$).

Заключение. Усиление кровотока в ПМА у доношенных новорожденных малых к гестационному возрасту, по-видимому, носит компенсаторный характер, направленный на поддержание гомеостатических функций почечной ткани. Однако длительный венозный застой в почках может, в свою очередь, сопровождаться перестройкой тканевых компонентов с ремоделированием их структуры, возникновением адаптационных изменений, выражающихся в гиперплазии мускулатуры вен, повышении тонуса и

гипертрофии стенок артерий, а затем патологическим развитием склероза и гиалиноза ренальных сосудов.

Низкие скоростные показатели почечного кровотока у глубоконедоношенных новорожденных малых к гестационному возрасту, по-видимому, и обуславливают низкую скорость клубочковой фильтрации, а низкий индекс резистентности указывает на ограниченные компенсаторные возможности сосудистой системы у данной категории новорожденных детей.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 1 МЕСЯЦА ЖИЗНИ

Полухова А.А., Насирова С.Р., Мирсалаева Л.Ш., Гусейнова Н.Г.

Научно-Исследовательский Институт Педиатрии им. К.Я.Фараджевой, баку, Азербайджан

Актуальность. По данным ВОЗ в мире ежегодно рождается 4,0-6,0% детей с врожденными пороками развития (ВПР), летальность при этом составляет 30-40%. Частота врожденных пороков сердца (ВПС) в настоящее время составляет одно из лидирующих мест, более 30% от всех пороков развития и является ведущей причиной младенческой смертности. Приблизительная частота встречаемости ВПС варьирует от 2 до 15 случаев на каждые 1000 новорожденных детей. По сравнению со статистикой 10-летней давности частота обнаружения ВПС у новорожденных возросла с 6 до 9 случаев на каждые 1000 родившихся младенцев, что связано с усовершенствованием ранней диагностики. Несмотря на современные технические возможности эхокардиографии, которые позволяют обнаружить ВПС у плода начиная с 12-14 недели беременности с высокой долей вероятности (до 96%), тем не менее регистрируются случаи позднего выявления этой патологии. В Азербайджане, как и во всем мире растет число детей с ВПС. Частота встречаемости на 1000 новорожденных составляет 14 случаев, причем 25% из них умирают в течение первых 6 мес.

Актуальность проблемы связана еще с тем, что в последние годы растет удельный вес встречаемости наиболее тяжелых, комбинированных ВПС, 25% из них умирают в течение первых 6 месяцев жизни. Также около 25% требуют операцию до достижения ребенком 1 года жизни.

Цель исследования-определение частоты встречаемости ВПС среди детей до 1 месяца жизни, поступившие в НИИ Педиатрии им.К.Я.Фараджевой Республики Азербайджан в 2023 г.

Методы исследования. Проводился сбор материала из историй болезни детей, взятого с архива НИИ Педиатрии, поступивших на стационарное лечение с 1-го Января 2023 года по 31 июля 2023г. Диагноз ВПС были поставлены на основании доплерографического исследования и регистрировались согласно рубрикам Q20-Q28 МКБ-10.

Полученные результаты. С 01.01.2023 года по 31.06.2023 год в НИИ Педиатрии на стационарное лечение поступило 8149 детей, диагноз ВПР был поставлен 71 детям, 63 из которых при поступлении в стационар были в возрасте от 1-го дня по 1 месяц жизни. При расчёте встречаемости на 8149 поступивших, число детей первого месяца жизни с ВПС составило 0,87%. 20 из них, т.е. 28,2% умерли в течение первой недели поступления от тяжелых, сочетанных не совместимыми с жизнью ВПС.

Выводы. Таким образом, проводимое статистическое исследование показало, что несмотря на высокотехнологические методы антенатальной диагностики, ВПС имеют

достаточно высокий удельный вес среди врожденных пороков развития и к сожалению, дает ощутимый рост статистической кривой неонатальной смертности.

YENİDOĞULAN UŞAQLARDA XƏSTƏLƏNMƏ STRUKTURU

Poluxova A.Ə., Əfəndiyeva M.Z., Ağayeva X.A.

**K.Fərəcova adına Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutu
Bakı, Azərbaycan**

Aktualıq. Yenidoğulma dövrü - insanın gələcək sağlamlıq potensialını müəyyən edən insan ontogenezinin vacib mərhələsidir. Uşaq əlilliyinin 70%-i və erkən yaşlı uşaqlarda psixonevroloji pozğunluqların 80%-i məhz perinatal patologiyalar ilə əlaqədardır.

Dünya miqyasında 5 yaşa qədər uşaqlar arasında ölüm hallarının 47%-i körpə həyatının birinci ayında baş verir ki, onun da 1/3-i doğuşdan sonrakı ilk gününə, 3/4-ü isə həyatın birinci həftəsin təsadüf edir.

Tədqiqatın məqsədi. 2023-cü ildə yenidoğulan körpələrdə aşkar olunan xəstəliklərinin ratsəlmə tezliyini və xəstələnmə strukturunu müqayisəli təhlil etməkdən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. 2023-cü ildə Bakı şəhərinin doğum evlərindən, poliklinikalardan, respublikaların rayonlarının doğum şöbələrindən 2265 nəfər yenidoğulanın tibbi kartları retrospektiv təhlil edilmişdir. Yenidoğulanların hestasiya yaşı 38-41 həftə, bədən kütləsi 2800-3500 q. təşkil etmişdir. Yenidoğulmuşların 1446 (63,84%) nəfəri oğlan, 891 (36,1%) nəfəri isə qızıdır. Klinik, paraklinik, biokimyəvi, seroloji, virusoloji, bakterioloji və funksional-diagnostik müayinələr (rentgen-müayinə), neyrosonografiya, exokardioqrafiya, dopplerografiya daxili üzvlərin ultrasəs müayinəsi, KT, MRT, EEG və s.) aparılmışdır.

Nəticələr və müzakirə. Aparılan araşdırmanın nəticələri göstərdi ki, 2023-cü ildə yenidoğulanların xəstələnmə strukturunda aparıcı mövqə tənəffüs üzvlərinin xəstəliklərinə məxsusdur 46,5% (yuxarı tənəffüs yollarının çox lokalizasiyası və digər kəskin infeksiyaları 28,96 %, aşağı tənəffüs yollarının digər kəskin respirator infeksiyalar 4,81%, pnevmoniya 5,52 %). 2019-cü ildə bu göstərici 47 % təşkil etmişdir (dinamikada artım 5,5%) II-ci yerdə yenidoğulanların sarılıqlar (36,1%) (2019-cü ildə bu göstərici 41,7 % dir, artım 5,6 % təşkil edir) tutur: yenidoğulmuşun hemolitik xəstəliyi 6,15 %, neonatal sarılıq 23,3 %, infeksiya ilə əlaqəli 0,88 % , irsi sarılıq (Q-6-FDG defesit 0,31%).

II-cü yerdə perinatal dövr üçün spesifik olan infeksiyon patologiyalar 15,4 % tutur: anadangəlmə sitomeqalovirus infeksiyası -2,84 %, yenidoğulan üçün spesifik sayılan infeksiya 7,9 %, yenidoğulmuşun bakterial sepsis 4,7%.

Aparılan müqayisəli təhlil göstərdi ki, son illər (2019-2023 illər) yenidoğulan körpələrdə mərkəzi sinir sisteminin patologiyalarının tezliyində 40% anadangəlmə inkişaf qüsurlarında 8,4 %, anadangəlmə ürək qüsurlarının aşkar edilməsində 8,49 azalma qeyd olunur.

Nəticələr. Beləliklə, yenidoğulan körpələrdə xəstəliklərin tezliyinin, onun strukturunun öyrənilməsində əldə edilən məlumatlar gələcəkdə körpələrin sağlamlıq vəziyyətinin qiymətləndirilməsində və onun qorunub saxlanması naminə effektiv tədbirlərin hazırlanmasında, elmi araşdırmaların prioritet istiqamətlərinin müəyyən edilməsində əsaslı rol oynayacaqdır.

ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ

Попенков А.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Вегетативная нервная система, является сложной системой, регулирующая почти все процессы и оказывающая влияние на все органы и системы организма. Вегетативная нервная система оказывает влияние через свои отделы – симпатическую и парасимпатическую нервную системы. Существуют несколько базовых параметров вегетативной нервной системы, одним из них является исходный вегетативный тонус, демонстрирующий состояние вегетативной нервной системы в покое. Парасимпатический и нормальный тонус ассоциируется с отдыхом и восстановлением организма, а симпатический наоборот с состоянием стресса и более того риском функциональных нарушений сердца.

Цель исследования: провести оценку исходного вегетативного тонуса у детей 7 лет.

Методы исследования: Было обследовано 120 детей в возрасте 7 лет. Дети были поделены на 4 группы в зависимости от индекса массы тела: 1 группа (нормальный вес) – 67 детей (мальчики – 46, девочки – 21); 2 группа (избыточный вес) – 29 детей (мальчики – 18, девочки – 11); 3 группа (ожирение) – 24 детей (мальчики – 14, девочки – 10). Детям проводилась кардиоинтервалография с ортостатической пробой и расчет исходного вегетативного тонуса по показателю индекса напряжения.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования было выявлено, что среди всех детей чаще всего встречалась симпатикотония - у 74 детей (61,8%), при этом распределение между мальчиками и девочками было примерно одинаковым – 61,6% и 62% соответственно. Однако нормальный тонус больше превалировал у мальчиков (37,1%), чем у девочек (21,4%). Наименьшую долю представляли дети с парасимпатикотонией – 8 детей (6,6%), при этом у девочек парасимпатикотония была выявлена несколько раз чаще, чем у мальчиков – 16,6% и 1,3% соответственно. В зависимости от индекса массы тела симпатикотония больше наблюдалась у детей с ожирением – у 19 детей (79,2%), при этом у мальчиков больше, чем у девочек (90% и 71,5% соответственно). У детей с нормальным весом симпатикотония была выявлена у 40 детей (59,7%), из них мальчики – 63,1%, а девочки – 52,4%. У детей с избыточным весом симпатикотония отмечалась у 51,7% (мальчики – 50%, девочки – 54,6%). Примерная равная доля детей с нормальным весом и избыточным весом имели нормальный вегетативный тонус: нормальный вес – 37,3% (мальчики – 36,9%, девочки – 38,1%); избыточный вес – 34,4% (мальчики – 50%, девочки – 9,1%). У детей с ожирением нормальный тонус вегетативной нервной системы отмечался у 3 детей мальчиков (21,4%), у девочек в данном исследовании он не встречался. Парасимпатикотония отмечалась у 2 девочек с нормальным весом (9,5%), у девочек не наблюдалась. Однако у детей с избыточным весом парасимпатикотония была выявлена только у девочек (36,3%). У детей с ожирением она отмечалась у 1 мальчика (7,1%) и 1 девочки (10%).

Заключение. Исходя из вышеизложенного можно сделать вывод, что у детей в возрасте 7 лет больше преобладает симпатическая нервная система, причем распределение в зависимости от пола примерно одинаковое. Самый маленький процент детей 7 лет имеют парасимпатический тонус вегетативной нервной системы, со значительным превалированием среди девочек. Индекс массы тела значительно влияет на состояние исходного вегетативного тонуса. Наибольший процент детей с симпатической нервной системой отмечается в группе с ожирением, в то время как нормальный вегетативный тонус больше отмечается среди детей с нормальным и избыточным весом. Учитывая то, что симпатическая нервная система ассоциируется с состоянием мобилизации организма, и при

длительном воздействии приводит к функциональным нарушениям сердечно-сосудистой системы, можно заключить о том, что дети с ожирением имеют больше риск функциональных нарушений сердца по сравнению с детьми с нормальным весом.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ

Пулотжонов М.М., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Азимов С.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность. Острый бронхиолит является наиболее распространённой вирусной инфекцией нижних дыхательных путей у детей первого года жизни, особенно в возрасте от 3 до 9 месяцев. Несмотря на широкую распространённость, многие вопросы клинической диагностики и лечения бронхиолита остаются нерешёнными, особенно в случае заболеваний, вызванных респираторно-синцитиальным вирусом (РС-вирусом), который является основным возбудителем. Важным аспектом в понимании патогенеза заболевания является изучение иммунного ответа и цитокинового профиля у детей с бронхиолитом, что может помочь улучшить тактику ведения пациентов и повысить качество лечения.

Цель исследования. Цель исследования заключалась в выявлении клинико-функциональных и иммунологических особенностей течения острого бронхиолита у детей, а также в оценке цитокинового ответа, который может быть маркером тяжести заболевания.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 45 детей раннего возраста с диагнозом острого бронхиолита, госпитализированных в пульмонологическое отделение РСНПМЦ Педиатрии МЗ Республики Узбекистан. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей аналогичного возраста. Диагностика заболевания проводилась на основании клинических данных и классификации бронхолегочных заболеваний, а также включала общеклинические, лабораторные, рентгенологические и иммунологические исследования. Иммунологические тесты проводились с использованием метода иммуноферментного анализа для определения концентрации цитокинов IL-4, IL-6, IFN- α и IFN- γ . Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты исследования. Большинство детей с острым бронхиолитом были младенцами в возрасте от 1 до 3 месяцев (73,3%), что подтверждает высокую заболеваемость бронхиолитом в этом возрасте. Среди факторов риска наиболее значимыми оказались недоношенность (35,6% случаев), пассивное курение (51,1%) и искусственное вскармливание (48,9% детей). На момент госпитализации тяжёлое общее состояние наблюдалось у 71,1% детей, и только у 24,4% состояние было расценено как среднетяжелое. Основными жалобами родителей были кашель (100%), одышка (100%), снижение аппетита (91,1%) и бледность (84,4%). У 86,7% детей кашель был влажным, а в 80% случаев наблюдался цианоз носогубного треугольника, что является типичным признаком дыхательной недостаточности при бронхиолите. При аускультации у большинства пациентов выявлялись влажные мелкопузырчатые хрипы (84,4%). У детей с острым бронхиолитом был выявлен дисбаланс цитокинового профиля, характеризующийся повышением уровня IL-4 ($16,2 \pm 1,4$ пг/мл), что в 3,5 раза превышало норму ($p < 0,001$), и IL-6 ($30,4 \pm 2,8$ пг/мл), что также было значительно выше по сравнению с контрольной группой ($19,2 \pm 2,4$ пг/мл). В то же время уровень IFN- γ был значительно снижен ($22,5 \pm 2,3$ пг/мл), что в 1,5 раза ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,01$). Этот дисбаланс цитокинов указывает

на преобладание провоспалительного ответа и снижение противовирусной защиты у детей с острым бронхоолитом.

Респираторно-синцитиальный вирус был выявлен у 60% детей с бронхоолитом, что подтверждает его ведущую роль в этиологии заболевания. Присутствие РС-вируса как в изолированной, так и в сочетанной с бактериальной инфекцией форме является предиктором тяжёлого течения заболевания.

Заключение. Исследование показало, что острый бронхоолит у детей первого года жизни часто связан с РС-вирусом и сопровождается выраженными клиническими симптомами, такими как одышка, кашель и дыхательная недостаточность. Важным фактором риска является недоношенность, пассивное курение и искусственное вскармливание. Иммунологические данные выявили дисбаланс в цитокиновом профиле у детей с острым бронхоолитом: повышенный уровень ИЛ-4 и ИЛ-6 и сниженная продукция ИFN- γ могут предрасполагать к гиперреактивности дыхательных путей и ухудшению течения заболевания. Это позволяет использовать эти маркеры для прогноза тяжести заболевания и определения тактики лечения.

ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НА ГАЗОВЫЙ СОСТАВ КРОВИ

Рагимова Л.Р., Маммедбейли А.К.

Азербайджанский Медицинский Университет

Актуальность. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) оказывает значительное влияние на газовый состав крови, особенно на уровни кислорода и углекислого газа. Эти изменения приводят к нарушению газообмена в тканях и могут усугубить повреждения мозга, вызывая дальнейшее ухудшение состояния ребёнка.

Цель исследования: изучить параметры газового состава крови у доношенных новорожденных с ГИЭ, перенесших перинатальную асфиксию.

Материалы и методы исследования. Было обследовано доношенных новорожденных 120 детей, из них - 90 пациентов (основная группа) с гипоксически-ишемической энцефалопатией различной степени тяжести, перенесших перинатальную асфиксию, и 30 здоровых детей (контрольная группа) без асфиксии и патологий ЦНС. Были проанализированы газовый состав крови и электролитный баланс в крови новорожденных.

Результаты исследования. Уровень PCO_2 в основной группе статистически ниже, чем в контрольной $33,8 \pm 1,0$ мм рт.ст. и $41,8 \pm 0,4$ мм рт.ст соответственно ($p < 0,001$). Уровень pO_2 в основной группе существенно ниже, чем в контрольной, и находится вне нормального диапазона, так в контрольной группе уровень pO_2 - $100,7 \pm 0,9$ мм рт. ст., в основной группе уровень pO_2 - $56,6 \pm 2,7$ мм рт. ст. Насыщение крови кислородом sO_2 в основной группе $86,7 \pm 1,2\%$ указывает на процентное отношение связанного кислорода к максимально возможному содержанию кислорода в гемоглобине артериальной крови. Среднее значение sO_2 в крови контрольной группы $97,9 \pm 0,2\%$ находится в диапазоне 95%ДИ: $97,5-98,3$, тогда как значение $86,7 \pm 1,2\%$ свидетельствует о гипоксии организма. Значения метаболического компонента рН крови HCO_3 , отражающий нарушения функций буферных систем и метаболизма, в основной группе составили $19,8 \pm 0,2$ ммоль/л ($p < 0,001$).

Заключение. Газовый состав крови характеризовался низкими уровнями парциального давления pCO_2 и pO_2 , снижением уровня насыщения крови кислородом (sO_2). Итак, пониженный уровень PCO_2 и гипоксемия могут вызываться различными факторами, связанными с увеличенной вентиляцией легких или другими респираторными факторами, приводящими к снижению концентрации углекислого газа в крови или мешающие нормальной оксигенации.

UZUM SHINNISINI BOLALARDA MAKROELEMENTLAR ETISHMOVCHILIGINI PROFILAKTİKASIDA QO'LLASH ISTIQBOLLARI

Rasulov S.K., Saidova F.S., Rustamova Kh.Kh., Rasulov R.S.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Mavzuning dolzarbligi. O'zbekistonda "Ona-bola" tizimida mikroelementlar etishmovchiligini erta tashxislash va milliy oziq-ovqat mahsulotlari bilan oziqlanishni qo'llab-quvvatlash bugungi kunning dolzarb mavzularidan biri bo'lib qolmoqda.

Tadqiqot maqsadi. Aholi o'rtasida mikronutrientlar etishmovchiligini oldini olishda makro- va mikroelementlari hamda ozuqa moddalari yuqori bo'lgan milliy oziq-ovqat mahsulotlaridan - uzum shinnisini kimyoviy tarkibini o'rganish va ovqatlanishni qo'llab-quvvatlash bo'yicha tavsiyalar ishlab chiqish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Mahalliy aholi tomonidan kamdan kam ishlatiladigan oziq-ovqat mahsulotlaridan uzum shinnisi tarkibidagi makroelementlarning tarkibi O'zR Fanlar akademiyaning Yadro fizikasi institutining neytron faollashtirish tahlil laboratoriyasida aniqlandi. Makroelementlardan 5ta turli xil (kaltsiy, magniy, kaliy, natriy, xlor) kimyoviy elementlar o'rganildi. Uzum shinniy tarkibidagi shakar tarkibini o'rganish Samarqand shahridagi Xovrenko nomidagi vino zavodi laboratoriyasida o'tkazildi. SanPiN talablari asosida aholi tomonidan foydalanish xavfsizligi uchun uzum shinnisida: sanitariya-bakteriologik, radionuklid moddalar, pestitsidlar va toksik elementlar Samarqand shahar sanitariya-epidemiologiya xizmatining laboratoriyasida tekshirildi.

Olingan natijalar. Uzum shinnisi tarkibidagi shakar miqdori 70% ni tashkil etdi. Yuqori konsentratsiyali organik kaltsiy tuzining uzum shinnisi tarkibida - 350-620 mkg/g. Ushbu mahsulotni emizuvchi ayollar va 1 yoshdan oshgan bolalar uchun kaltsiy etishmovchiligini oldini olish va tuzatish sifatida tavsiya etish mumkin.

Organik natriy va xlorning miqdori - 150 mkg/g gacha. Organik natriy va xlorni o'z ichiga olgan uzum shinnisi, xavfli guruhdan natriy va xlor etishmovchiligini oldini olishda, shuningdek, turli xil ovqat hazm qilish tizimi kasalliklarida qusish bilan natriy va xlorni yo'qotishda tavsiya etiladi. Belgilangan giponatremiya belgilari bilan tuzatish gipertonik eritmalar shaklida natriy va xlor preparatlari yoki oddiy osh tuzi bilan amalga oshiriladi. Organik tuz shaklidagi kaliy uzum shinnisi tarkibida - 5800 mkg/g. Bunday yuqori kaliyli mahsulotni emizuvchi ayollar va gipokaliemiya belgilari aniqlangan bolalarga profilaktika maqsadida korreksiya va ovqatlanishni qo'llab-quvvatlash uchun tavsiya etish mumkin. Uzum shinnisi tarkibida magniyning konsentratsiyasi - 100 mkg/g. Magniy etishmovchiligini oldini olish va davolash uchun 1 yoshdan oshgan bolalar va emizikli ayollar uchun tavsiya etilishi mumkin. Demak, uzum shinnisi tarkibida kaltsiy va kaliyning yuqori konsentratsiyasi aniqlandi.

Sanitariya-epidemiologiya laboratoriyasi quyidagi xulosani beradi: Cs-137, Sr-90 radionuklidlarini o'rganish natijalariga ko'ra, uzum shinnisi tavsiya etilgan me'yorda va SanPiN No 0366-19 № 3, 44-band talablariga to'liq javob beradi; Xulosa SanPiN № 0366-19: qo'lga olingan sana 08.01.2020 Uzum shinniy - oddiy mikroblar MAFAM CFU 1.0 GOST 10444.15-94 - 4.6×10^2 (norma - 5×10^3); BGKP GOST 31747-2012 - aniqlanmagan; Patogen flora patogenlari, shu jumladan. 25.0 GOST 31659-2012 da salmonella - aniqlanmagan; 1.0 GOST 10444.2-2013dagi qo'ziqorinlar uchun CFU – aniqlanmadi; SanPiN tarkibidagi toksik elementlar, STM, pestitsidlar talablariga javob beradigan uzum yaltiroq: SanPiN 0366-19 GOST 26929-94 GOST 26927-26130-26334-86 xulosa: Uzum shinny - SanPiN 0366-19 talablariga javob beradi (№ protokol). 0211-12 / 03 1 -2 2020 yil 15-yanvar).

Xulosa. Shunday qilib, bolalarning o'sishi va rivojlanishini va organizmning mikroelement holatini optimallashtirish uchun yuqori darajada konsentratsiyali makroelementlarni o'z ichiga olgan uzum shinnisi yordamida ovqatlanish va mikroelementlarni qo'llab-quvvatlash tavsiya

etilishi funktsiyalarni, tiklanish jarayonlarini tezlashtirish va hayot sifatini yaxshilash imkonini beradi.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ С РАЗЛИЧНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ У ДЕТЕЙ

Раупов Ф.С., Кодиров У.С.

Бухарский государственный медицинский институт
Бухарский областной многопрофильный детский медицинский центр

Актуальность. У больных детей с подозрением на патологии толстой кишки, в настоящее время тактика ведения является унифицированной в крупных медицинских центрах. После выполнения резекций толстой кишки у детей на фоне различных патологий, качество жизни и реабилитация в последующем затрудняется в связи с возникающими осложнениями.

Цель исследования: анализ результатов лечения патологии толстой кишки у детей, подвергавшихся резекции.

Материалы и методы. В основу настоящей работы вошли данные обследования и лечения 59 больных с хирургической патологией толстой кишки, получившие лечение в клинической базе кафедры детской хирургии Бухарского государственного медицинского института, за период 2019–2023 гг. Из обследованных детей 33 (55,9 %) мальчиков, 14 (44,1 %) девочек. Выявлены следующие патологии: аноректальные мальформации, болезнь Гиршпрунга, острая кишечная непроходимость, долигосигма, болезнь Зульцера-Вильсона и Пайера, полипоз толстой кишки. Всем больным проведено оперативное вмешательство в экстренном или в плановом порядке в зависимости от проявления этих патологий.

Результаты и обсуждение. Для исследования патологии толстой кишки производили обзорную рентгенографию и ирригографию в момент заполнения и после опорожнения, в различных положениях пациента, для изучения фиксаций и патологических смещений толстой кишки. Для определения аномалий аноректальной области использовали методику определения уровня атрезии прямой кишки и ануса по Вангестину. При диагностике высокой формы атрезии *ani et rekti* (со свищом и без) у 24 (77,4 %) больных наложена сигмостома, в более старшем возрасте произведено ликвидация стомы, и частичная резекция толстого кишечника с последующим трансанальным низведением по Ромуальду-Ребейна, 7 (32,64 %) больным произвели одномоментную брюшно-промежностную проктопластику. У 14 (82,4 %) больных с болезнью Гиршпрунга произведено брюшно-промежностная проктопластика по методу Сааве-Бале. Инновационная методика – трансанальная низведения и удаления аганглианарной части толстого кишечника по Делаторе - Мандрагона использовано у 3-х (17,6 %) больных. У 3-х (5,1 %) больных с долигосигмой и болезнью Пайера, у 2 (3,4 %) больных произведена частичная резекция с наложением анастомоза «конец в конец». Кроме того, оперативному вмешательству подвергались больные с диагнозами: тотальный полипоз у 1 (1,7 %) больного, посттравматическая резекция толстой кишки у 1 (1,7 %) больного и частичная резекция ободочной кишки на фоне спаечной болезни у 1 (1,7 %) больного. При анализе осложнений выяснилось следующее: у большинства больных наблюдалось учащенный, жидкий, неоформленный стул, а также беспокойства, капризность, снижение аппетита, иногда отказ от еды, отмечалось отставание в физическом развитие, в некоторых случаях истощение организма. Часто отмечали местная мацерация кожи и прогрессирующий стеноз ануса. У больных, перенёсших брюшно-промежностную проктопластику частым осложнением, было слабость мышц анального сфинктера, на фоне которого обнаруживали клинические признаки частичного недержания кала.

Вывод. Оперативные вмешательства, производимые на кишечнике, традиционными способами, имеют существенные недостатки, что приводит к осложнениям в послеоперационном периоде. Применение инновационных методов лечения позволяет снизить количество осложнений, что приводит к улучшению качества жизни больных детей.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ФОЛАТНОГО ОБМЕНА A276G В ГЕНЕ MTR В РАЗВИТИИ КОГНИТИВНОГО ДЕФЕКТА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.

Рахимова К.Э.

**Республиканская детская психоневрологическая больница
имени У.К. Курбанова**

Актуальность исследования роли полиморфизма гена фолатного обмена A276G в гене MTR при развитии когнитивного дефекта у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) обусловлена высокой распространенностью ДЦП и его тяжелыми последствиями для качества жизни детей. Когнитивные нарушения являются одной из наиболее серьезных проблем у пациентов с ДЦП, что усложняет их социализацию и обучение. Важным направлением исследований является поиск генетических факторов, влияющих на развитие когнитивного дефицита. Полиморфизмы генов, участвующих в обмене фолатов, играют ключевую роль в метаболических процессах, связанных с развитием нервной системы и когнитивных функций. Выявление взаимосвязи между полиморфизмами этих генов и тяжестью когнитивных нарушений может способствовать разработке персонализированных подходов к диагностике и лечению, что делает данное исследование особенно актуальным.

Цель исследования: оценить роль полиморфизма гена фолатного обмена A276G в гене MTR на умственное развитие у детей с детским церебральным параличом.

Материал и методы. Нами было проведено генетическое исследование выявления мутации полиморфизма гена фолатного цикла A1298C в гене MTHFR и его влияние на интеллектуальное развитие у детей с ДЦП. В ходе работы обследовано 119 детей в возрасте от 2-го года до 12 лет, с различными формами ДЦП. Половое соотношение 3:2, 70 мальчиков и 49 девочек. Обследованные дети состоят на учете в Республиканской детской психоневрологической больнице имени У.К. Курбанова. За период 2022-2024 год. Группу контроля составили 90 здоровых детей. Постановка диагноза ДЦП устанавливалась по анамнезу, неврологическому статусу, результатам инструментальных и генетических исследований. Интеллектуальное развитие обследованных детей оценивалось с применением шкал, опросников совместно с психологом, психиатром.

Результаты исследования. Анализ генетических результатов показал, что полиморфизм A2756G в гене MTR является значимым фактором развития нарушения интеллекта у обследованных детей с ДЦП. Обследованные дети были разделены по уровню нарушения интеллекта. Первую группу составили дети с задержкой этапов развития и сохранным интеллектом против детей второй группы с умственной отсталостью. Сопоставление результатов по данному полиморфизму показало, что G аллель статистически значимо более чем в 2 раза встречается чаще в группе обследованных детей ДЦП с умственной отсталостью (OR=0,47, 95%CI: 0,25-0,90; $\chi^2=5,32$, $p=0,022$), характеризуя данный полиморфизм как фактор риска ДЦП с грубым нарушением интеллекта. Статистически значимо мутантный G аллель является фактором грубого нарушения интеллекта у этих больных: в 3 раза увеличивается вероятность обнаружения у больных с умственно отсталостью полиморфного аллеля G (OR=3,12, 95%CI: 1,67-5,83;

$\chi^2=13,33$, $p=0,0004$) и в 5,5 раз - гомозиготного генотипа G/G (OR=5,44, 95%CI: 1,48-19,96; $\chi^2=6,17$, $p=0,013$).

Выводы. Полиморфизм A2756G в гене MTR является фактором риска развития ДЦП с грубым нарушением интеллекта. Определение значимых в развитии интеллекта полиморфизмов генов фолатного цикла A2756G в гене MTR способствуют ранней психологической коррекции и улучшению тактику ведения и лечения больных с детским церебральным параличом в зависимости от уровня поражения интеллекта.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТКОРЕВОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Рахимова С.Р., Алибекова М.Б., Исмагилова Г.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Корь не всегда протекает доброкачественно. Осложнения развиваются или в разгар болезни, или в ближайшие дни-недели после выздоровления, когда ослабленный болезнью организм атакует вторичная инфекция или возникают аутоиммунные осложнения. Наиболее грозные осложнения кори — поражение дыхательной и центральной нервной системы.

Цель исследования: анализ клинико-лабораторных показателей посткоревой пневмонии у детей.

Материал и методы исследования. Проведено клинико-лабораторное наблюдение и обследование 39 ребенка с 3 месяцев до 3 лет, госпитализированных в РНЦЭМП перенесших корь, осложнившихся пневмонией.

Всем больным проводились общеклинические обследование, биохимические исследования крови, бактериологическое исследование (мазок из зева), инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. При изучении историй болезни нами установлено, что все исследуемые дети не были привиты против кори (КПК).

Неблагоприятный преморбидный фон в виде анемии наблюдался у 10,3% (n=4), из них анемия средней степени – у 5,1% (n=2), тяжелой степени – у 5,1% (n=2). У 5,1% (n=2) детей регистрировался судорожный синдром, недоношенность (32-35 недель) – 15,4% (n=6), другие сопровождающиеся состояния, которые встречались единично (задержка физико-психологического развития, синдром Дауна), составили 10,3% (n=4).

Осложнения посткоревой пневмонии, в виде абсцесса наблюдались у 46,2% (18 ребенка), гнойного плеврита – у 23% (9), острый респираторный дистресс- синдром (ОРДС) – у 5,1% (2), бронхоэктазии – у 7,6% (3) детей, подкожной эмфиземы – у 5,1% (2), менингоэнцефалита – у 7,6% (3), энцефалита – у 5,1% (2). Развитие ОРДС сопровождалось летальным исходом (5,1%). У всех 39 (100%) детей диагностирована острая дыхательная недостаточность (ОДН) II степени. У 10 (26%) детей диагностирована дыхательная недостаточность III степени.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки (РОГК) выявлены следующие результаты: правосторонняя верхнедолевая у 11 (5), полисегментарная плевропневмония – 16 (%), признаки ателектаза верхней доли правого лёгкого – у 5 (%), признаки двусторонней пневмонии – у 7 (%) детей.

В гемограмме у всех больных отмечался лейкоцитоз (11,5-18,2 x 10⁹/л), повышение СОЭ (18±2,4 мм/ч). У 24 (60%) детей отмечался нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом. Средние значения уровня среднемолекулярных пептидов у детей составили – 2,22±0,1 ед.

При проведении микробиологического исследования (микрофлора верхних дыхательных путей из зева) было обнаружено, что наиболее частыми возбудителями являлись грамотрицательные бактерии, среди которых лидирующее место занимает *Pseudomonas aeruginosa* 41% (n=16), ассоциации с другими микроорганизмами

(Pseudomonas aeruginosa+ Staphylococcus aureus или Klebsiella pneumoniae) в 15% (6) случаев. Staphylococcus aureus являющиеся ведущим возбудителем пневмонии и других инфекций дыхательных путей наблюдался у детей в 21% (8), Klebsiella pneumoniae отмечалось в 13% (5) случаев, Streptococcus pneumoniae – 10% (4).

Выводы. Таким образом, учитывая высокую контагиозность вируса, для эффективной защиты необходим идеальный охват известной высокоэффективной и безопасной вакцинацией. В большинстве случаев, отказ от вакцинации часто происходит из-за неправильных представлений о безопасности вакцины.

BOLALARDAGI ALPORT SINDROMI ASORATLI KECHGANDA IMMUNITET XOLATI

Raxmanova L.K., Ganieva M.Sh., Boltaboeva M.M., Karimdjanov I.A.

**Toshkent tibbiyot akademiyasi
Andijon davlat tibbiyot instituti**

Mavzuning dolzarbligi. Bugungi kunda dunyo aholisi orasida Alport sindromining chastotasi 1:5000 ni tashkil qiladi. Ularning orasida Evropa aholisida surunkali buyrak yetishmovchiligi (SBYe) barcha buyrak patologiyalarining 1% ni tashkil qiladi va bemorlarning 2,3% buyrak transplantatsiyasidan o'tadi. Alport sindromi dunyoning barcha qit'alarida va xalqlarida uchraydi. Kasallikning chastotasi adabiyotda berilgan ma'lumotlardan yuqori bo'lishi qayd etilgan.

Tadqiqotning maqsadi bolalarda Alport sindromi asoratli kechganda immunitet parametrlarining holatini o'rganishdir.

Material va usullar. Andijon shahar bolalar klinikasi nefrologiya bo'limida 2012-2023 yillarda nazoratimiz ostida bo'lgan 3 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan 102 nafar bola glomerulyar buyrak patologiyalari bilan klinik-immunologik tekshiruvdan o'tkazildi va Alport sindromi (AS) va nefrotik sindrom (NS) bo'lgan bemorlar kontingenti aniqlandi. Ulardan: AS-14, NS-35, NS + AS-16.

Natijalar. Bolalarning yoshi va jinsi bo'yicha taqsimlanishi shuni ko'rsatdiki, 3 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan davrda NS va AS qizlarga qaraganda o'g'il bolalarda ko'proq uchraydi (3:1). Onalar kasallanishi o'rganilganda, nazorat guruhi bilan solishtirganda, katta foizni asoratli tug'ruq, homiladorlik toksikozi, buyrak patologiyasi, yurak-qon tomir, endokrin patologiyalar, shuningdek, yaqin qarindoshlik nikohlar tashkil etgani aniqlandi ($P < 0,001$). ASni NS bilan asoratli kechishi o'tkir va surunkali glomerulonefrit, pielonefrit va metabolik nefropatiyalari bolalarda ko'proq qayd etildi ($P < 0,001-0,01$). ASning klinik belgilaridan disembriogenez stigmasi (ko'krak so'rgichlari gipertelorizmi, quloqlar joylashuvidagi anomaliyalar, bo'rtgan qosh ravogi, epikant, baland, gotik tanglay, 1-2 barmoqlar orasidagi sandal shaklidagi bo'shliq, sindaktiliya), arterial gipotenziya, siydik sindromi, intoksikatsiya belgilari, ko'rish va eshitish qobiliyati buzilishi ($P < 0,001-0,01$). Barcha guruhlarda siydik sindromining xususiyatlariga ko'ra, proteinuriya, gematuriya va kristalluriya katta foizni tashkil qildi ($P < 0,001-0,01$). Immunitet ko'rsatkichlarini tahlil qilish natijalariga ko'ra, NS, NS+AS bilan og'rigan bolalarda nazorat guruhiga nisbatan buyraklarning antigen bog'lovchi limfotsitlari (ABL), o'pkaning ABL ($P < 0,001-0,01$) va interleykin-2 (IL-2) darajasi sezilarli darajada oshgani aniqlandi ($P < 0,001$). Nazorat guruhi bilan C3, C4 komplement komponentlari ko'rsatkichlarini o'rganish natijalari taqqoslanganda sezilarli pasayishini ko'rsatdi, bu I va III guruhlarga qaraganda II guruhda (AS + NS) (1,5 marta) kuchli aniqlandi ($P < 0,001-0,01$).

Xulosalar. Alport sindromining nefrotik sindrom bilan asoratli kechish chastotasining ortishi homiladorlik davridagi onaning patologiyasiga, yaqin qarindoshlik nikohiga, glomerulonefrit, pielonefrit va metabolik nefropatiyalarga tubdan bog'liqdir.

Alport sindromi nefrotik sindrom bilan asoratli kechganda immunpatologik o'zgarishlar buyrak ABL, o'pka ABL va IL-2 ishlab chiqarishning ko'payishi, shuningdek C3, C4 komplement komponentlari darajasining pasayishi bilan tavsiflanadi va bunday bemorlar uchun immungenetik tashxis mezonini bo'lib xisoblanadi.

REGIONAL FEATURES OF ORPHAN DISEASES IN CHILDREN

Rakhmanova L.K., Boltabaeva M.M., Tleumuratova A.

Tashkent Medical Academy,
Andijan State Medical Institute

Enter. The group of orphan (rare) diseases includes congenital (hereditary) or acquired diseases, the frequency of which does not exceed a certain number established by the laws of various countries. Despite the fact that the frequency of orphan diseases is low, there are a lot of diseases - more than 6000. Currently, Alport syndrome is also included in the group of orphan diseases. Alport syndrome is a glomerulopathy manifested by hematuria or proteinuria, caused by a mutation in the genes encoding collagen type IV in the basement membrane of the nephron of the kidney. The disease is accompanied by progressive impairment of kidney function, hearing and vision pathologies. Morphological examination reveals changes such as focal segmental glomerulosclerosis, membranous-proliferative, mesangial-proliferative changes, tubular atrophy and dystrophy, interstitial fibrosis.

The purpose of the study was to study the regional characteristics of orphan diseases in children.

Materials and methods. Patient Abdusalomov Ozodbek, 14 years old. The patient has been under observation for 9 years and periodically receives treatment in the nephrology department of the TMA multidisciplinary clinic.

Results. *Complaints:* headache, general weakness, swelling, occasional nausea, decreased daily diuresis and change in urine color. Also, from the age of 5, hearing loss and myopia were noted.

Anamnesis vitae: the child was born from a closely related marriage, from the 2nd pregnancy. In mother 1, the pregnancy ended in an involuntary miscarriage. Pregnancy occurred with pyelonephritis, varicose veins of the lower extremities and grade II anemia. The child's birth weight is 2800 g. Body length is 50 cm. Until 1 year of age, the child's physical, somatic and neuropsychic development was normal. His uncle on his father's side has hereditary pathologies such as cleft lip, congenital heart disease, and his aunt has type 2 diabetes mellitus, polycystic kidney disease, and chronic renal failure. The patient's mother is registered at the dispensary with the diagnosis: Chronic pyelonephritis, varicose veins of the lower extremities and iron deficiency anemia of the II degree. The patient's father has bad habits (alcoholism, smoking) and suffers from chronic pancreatitis.

Anamnesis morbi: The initial symptoms of the disease in the patient were observed at the age of 5 years and were treated with the diagnosis: Acute glomerulonephritis, nephritic syndrome, period of initial manifestations, without renal dysfunction. Related: Chronic tonsillitis t.a.f. Hearing loss I-degree. Deficiency anemia II-degree. The treatment provided was ineffective. Since childhood, the patient often suffers from upper respiratory tract infections (4-6 times a year), such as acute respiratory viral infections, bronchitis, rhinitis, sinusitis, and is registered at the dispensary as a "frequently ill child."

Status preseans: the patient lags behind his peers in physical and mental development. Stigmas of disembryogenesis were found: flattened occiput, pronounced brow ridges, abnormal ear placement, auricular defect, slightly flattened nose, dental diastema, short neck, hypertelorism of the eyes and nipples, low navel, chest deformation, syndactyly. The skin is pale and dry, with swelling. Visible mucous membranes are pale. Peripheral lymph nodes (submandibular, cervical)

are enlarged and painless. Heart and lungs without pathology. Pulse - 88 beats per minute. A/D-120/70. The language is clean. The abdomen is painless, ascites, liver and spleen are not enlarged. There are no changes in the area of the kidneys. Daily diuresis is 500 ml, relative density 1006-1016. Pasternatsky's symptom is negative. Regular stool, once a day.

Clinical-laboratory analyses: General blood test: hemoglobin - 76 g/l, erythrocyte 2.3 x 10¹², leukocyte - 9.7 x10⁹, ESR - 18 mm/hour. General urine analysis: specific gravity - 1009, proteinuria - 3.0 g/l, squamous epithelium - 7-9, renal epithelium - 5-7, leukocytes - 3-4, erythrocytes - altered - 6-7, hyaline casts - 3-5. Biochemical blood test: hypoproteinemia (total protein - 42 g/l), hypoalbuminemia (16%), urea - 20.3 mmol/l, creatinine - 367 μmol/l. hypercholesterolemia (12 mmol/l). Ultrasound of the kidneys reveals diffuse changes in the renal parenchyma like glomerulonephritis. Hypoplasia of the left kidney, pyeloectasia of the right kidney.

Audiometry: bilateral hearing loss, mixed type, III degree. Otorhinolaryngology: there is no acute inflammatory process in the ears, the ability to hear is reduced.

Ophthalmologist: decreased visual acuity, grade I.

Geneticist: autosomal recessive type of inheritance.

Based on the results of clinical and laboratory studies, the following clinical diagnosis was established: ***Alport syndrome. autosomal recessive type. III stage hearing loss. reduced visual acuity i stage. Related: nephrotic syndrome, deficiency anemia moderate, chronic tonsillitis toksik-allergik form.***

Recommended: conservative, symptomatic treatment. Kidney transplantation.

Conclusions. Based on the results obtained, it can be said that in the conditions of Uzbekistan, orphan diseases in children (Alport syndrome) have their own regional characteristics, in the form of early detection of the stigma of polydisembryogenesis.

Various stigmas of dysembryogenesis can also be detected in internal organs, which play an important role in the diagnosis of diseases and in choosing treatment tactics.

БОЛАЛАРДА ЮҚОРИ СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ТОШЛАРИДА РЕТРОГРАД ЭНДОСКОПИК ДАВО НАТИЖАЛАРИ

Рахматуллаев А.А., Рузиев М.Ю.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази

Мавзунинг долзарблиги. Юқори сийдик йуллари тош касаллигида оптимал даво усулини танлаш долзарблигича қолмоқда.

Мақсад. Юқори сийдик йуллари тош касаллигида эндоскопик даволаш натижаларини яхшилаш ва такомиллаштириш.

Тадқиқот усуллари. 2020-2024 йиллар оралиғида юқори сийдик йуллари тош касаллиги билан даволанган 78 нафар, 0-18 ёшгача бўлган беморлар натижалари тахлили қилинди. Бунда 48 (61,5%) нафар ўғил болалар ва 30 (38,5%) нафар қиз болаларга тўғри келди. Бунда локализацияси бўйича мос равишда сийдик найи тоши 51 (65,4%) ва буйрак тоши 27(34,6%) беморларда учради. Тегишли инструментал текширувлардан сўнг беморларда оператив муолажа 78 (100%) беморнинг барчасида ретроград сийдик найи ва интраренал оператив муолажа ўтказилган. Бунда Karl Storz (Германия) фирмасининг 7СН ли каттиқ ва егиливчан уретерореноскопларидан фойдаланган ҳолда контактли голмий лазерли литотрипсия (ACCU TESH, Хитой) муолажаси ўтказилди.

Натижалар. Клинико-инструментал текширувлардан сўнг беморларда ретроград бир босқичли, икки босқичли (prestenting) оператив муолажалар ўтказилган. Бунда 28 (35,9%) беморда бир босқичли муолажалардан сўнг тошдан тўлиқ холи бўлган (stone free),

44 (56,4%) беморда беморлар икки босқичли муолажалар муолажалардан сўнг тошдан холи бўлиш холатлари кузатилди. 4 (5,1%) беморда перкутан нефролитотрипсия ва 2 (2,5%) беморда беморда традицион пиелолитотомия муолажаси ўтказилган. Шулардан 72 (92,3%) холатда ретроград буйрак ичи хирургик муолажаси ўтказилган. Муолажалар давомида сийдик йўллари перфорациси холатлари кузатилмаган. 3 (3,8%) беморда пиелонефрит зўрайиши кузатилган. Беморларнинг шифохонада бўлиш куни 6 ± 2 .

Хулоса: Этаплар ошиши боланинг кичик ёшдалиги, кўпламчи тошларда ва буйрак жоми ва косачаси тошларида кузатилган. Болаларда юқори сийдик йўллари тошларида ретроград кам инвазив хирургия усули алтернатив даво усули ҳисобланади.

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ И ПОЧЕЧНЫЙ ФЕНОТИП ПРИ ОРФАННОМ СИНДРОМЕ PIERSON ВСЛЕДСТВИЕ МУТАЦИИ ГЕНА *LAMB2* У ДВУХ МАЛЬЧИКОВ

Романова Е.А., Савенкова Н.Д., Бржеский В.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Орфанный синдром Pierson (ORPHA 2670) вследствие мутации гена *LAMB2*, картированного на хромосоме 3 р 21, кодирующего $\beta 2$ -ламинин с аутосомно-рецессивным типом наследования характеризуется сочетанной патологией органа зрения, почек и центральной нервной системы. Ламинин $\beta 2$ - основной компонент в гломерулярной базальной мембране (ламинин-521, состоящий из $\alpha 5$, $\beta 2$ и $\gamma 1$ цепей). Кроме того, обнаружена экспрессия $\beta 2$ -ламинина в структурах глаза: в дилататоре зрачка, базальных мембранах роговицы и сетчатки, а также капсуле хрусталика и внутриглазных мышцах. Офтальмологический фенотип при синдроме Pierson характеризуется микрокорией (диаметр зрачка менее 2 мм), катарактой, задним лентиконусом, гипоплазией радужки, глаукомой, отслойкой сетчатки и др. Почечный фенотип включает в себя почечную дисплазию, врожденный нефротический синдром с диффузным мезангиальным склерозом, протеинурию, прогрессирование в хроническую болезнь почек. Патология центральной нервной системы проявляется задержкой психомоторного развития, гипотонией, миастеническим синдромом, арефлексией.

Цель: выявить особенности офтальмологического фенотипа у двух детей из неродственных семей с орфанным синдромом Pierson.

Методы исследования. Использованы методы стандартного офтальмологического исследования - биомикроскопия, офтальмоскопия, авторефрактометрия; молекулярно-генетический.

Результаты исследования. Пробанд - мальчик в возрасте 15 лет, родился от первой беременности, 1 родов в срок путем кесарева сечения, масса тела при рождении 3950г. У ребенка диагностирована патология почек и органа зрения: манифестация нефротический синдром с минимальными изменениями, с артериальной гипертензией, рецидивирующее течение, с развитием стероидной зависимости и токсичности, с сохранной функцией почек; стероидная катаракта обоих глаз, смешанный астигматизм правого глаза, сложный гиперметропический астигматизм на фоне общей гиперметропии средней степени левого глаза. Молекулярно-генетическое исследование у пробанда обнаружило мутацию в 27 экзоне гена *LAMB2* (chr:3:g.49122913C>T; c.4364 G>A ранее не описанный вариант rs:764262021).

Пробанд 2 – мальчик в возрасте 5 лет, родившийся от второй беременности, протекавшей на фоне ОРВИ, хронического пиелонефрита, вторых срочных родов (масса тела при рождении 3175, длина 55 см). Установлена патология почек, органа зрения и

центральной нервной системы: подковообразная почка, протеинурия, не достигающая степени нефротического синдрома, с сохранной почечной функцией; микрокория, двусторонняя катаракта, вторичная глаукома; синдром мышечной гипотонии, синдром пирамидной недостаточности, смешанная гидроцефалия. Молекулярно-генетическое исследование у пробанда идентифицировало мутацию гена *LAMB2* (chr3:g.49163473G>T в экзоне 18, выявлен ранее не описанный вариант (rs143405268).

Выводы. Установлены у двух пробандов – мальчиков с орфанным синдромом Pierson различия ранее не описанных вариантов мутации гена *LAMB2* с вариабельностью офтальмологического и почечного фенотипов.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОЙ COVID-19 ИНФЕКЦИИ

Садирходжаева А.А., Ашурова Д.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Сердечно-сосудистая дисфункция является общепризнанным осложнением СД1 и способствует одной из наиболее частых причин смерти у этих детей. HbA1c связан с увеличением сердечной недостаточности на 30%. Диабетическая кардиомиопатия (ДКМП) является хорошо выявленным осложнением диабета, распространенность которого составляет 19–26 %. ДКМП определяется как дисфункция миокарда при отсутствии ишемической болезни сердца, пороков клапанов и других сердечно-сосудистых факторов риска (гипертония, дислипидемия) у диабетика. Учитывая его клиническое значение и тесную связь с гликемическим контролем, раннее выявление ДКМП имеет жизненно важное значение в педиатрической популяции СД1. В настоящее время инфекция SARS-CoV-2 также является потенциальным триггером развития сахарного диабета 1 типа у детей, который представляет собой наиболее частое хроническое нарушение обмена веществ в детской популяции. Появляется все больше свидетельств того, что у многих пациентов с COVID-19 может возникнуть широкий спектр последствий, включая сердечно-сосудистые осложнения.

Цель исследования: изучить раннюю диагностику поражения миокарда у детей с сахарным диабетом 1 типа после перенесённой covid-19 инфекции.

Материалы и методы исследование. Для нашего исследования были привлечены 140 детей с сахарным диабетом 1 типа перенёвших COVID-19 которые проходили лечение в детском отделении РСНПМЦ эндокринологии в возрасте от 2 до 18 лет. Группу сравнения составили 114 детей с сахарным диабетом 1 типа, подобранных по возрасту и полу, без каких-либо признаков или симптомов сердечно-сосудистых заболеваний. В работе использованы лабораторные методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждения. Диагностика хронической сердечной недостаточности у больных сахарным диабетом СД 1-го типа на стадии компенсации может предотвратить развитие сердечно-сосудистых осложнений, сократить инвалидность и смертность пациентов от сердечно-сосудистых осложнений. В нашем исследовании мы изучили уровень N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) а также оценили возможность использования данного маркёра для диагностики хронической сердечной недостаточности у детей с СД 1-типа. При изучении нами показателя NT-proBNP установлено достоверное его повышение у детей с СД 1-го которые перенесли COVID-19 инфекцию. У детей основной группы показатель СК-МВ составил $32 \pm 12,2$ Е/мл а группы сравнения $28 \pm 10,1$ Е/мл. Показатель мозгового натрийуретического

пептида (NT-proBNP) у детей основной группы составил $64,03 \pm 14$ а группы сравнения $18,5 \pm 6,1$.

Выводы. Диабетическая кардиомиопатия серьёзное осложнение, которое часто возникает у пациентов с сахарным диабетом 1 типа СД1, что требует ранней диагностики. Исходя из этого в наших исследованиях, мы выявили субклиническую ДКМП у детей с СД1 перенёсших COVID-19 инфекцию и оценка влияния антиоксидантов на дисфункцию миокарда.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1- ТИПА ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19 ИНФЕКЦИЮ

Садирходжаева А.А., Ашурова Д.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Сахарный диабет 1 типа (СД1) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний, поражающих среди детского возраста. При этом заболевании часто наблюдаются различные микро- и макрососудистые осложнения, что приводит как минимум к 10-кратному увеличению сердечно-сосудистой заболеваемости по сравнению со здоровыми людьми того же возраста. Тяжёлое, опасное для жизни заболевание COVID-19 характеризуется чрезмерным выбросом провоспалительных цитокинов, известным как «цитокиновый шторм». У пациентов с СД1 наблюдаются повышенные уровни цитокинов, в том числе интерлейкина-(ИЛ), ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6 и фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α), что позволяет предположить предсуществование хронического воспаления, которое, в свою очередь, во многих когортах считается основным фактором риска неблагоприятных исходов COVID-19.

Цель исследования: изучить связи показателей воспаления стенок сосудов VEGF и антител к антигенам миокарда в плазме крови для диагностики кардиоваскулярных осложнений у детей с СД1 типа перенёсших COVID-19 инфекцию.

Материалы и методы исследования. Для нашего исследования были привлечены 140 детей с сахарным диабетом 1 типа перенёсших COVID-19 которые проходили лечение в детском отделении РСНПМЦ эндокринологии в возрасте от 2 до 18 лет. Группу сравнения составили 114 детей с сахарным диабетом 1 типа, подобранных по возрасту и полу, без каких-либо признаков или симптомов сердечно-сосудистых заболеваний. В работе использованы иммунологические методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждения. Ил 1-участвует в регуляции функций эндотелия и системы свёртывания крови, индуцирует прокоагулянтную активность, синтез провоспалительных цитокинов и экспрессию на поверхности эндотелия адгезивных молекул, что является одним из механизмов прогрессивного поражения сосудов при СД, и как следствие поражение миокарда. Показатели Ил-1 у детей из основной группы составило $9,8 \pm 0,6$ а из группы сравнения $4,5 \pm 0,3$. Наиболее значимые результаты о влиянии провоспалительных цитокинов на миокард были получены в отношении TNF α . В нашем исследовании у больных с сахарным диабетом 1 типа перенёсших COVID-19 инфекцию выявлено значительное повышение содержание TNF α , что вероятно может служить как одной из причин развития миокардита, так и являться прогностически неблагоприятным фактором прогрессирования поражения миокарда. Показатель TNF α . У детей основной группы составило $7,4 \pm 0,54$ а группы сравнения $3,4 \pm 0,6$. Эндотелиальные клетки чрезвычайно чувствительны к гиперцитокинемии, особенно к IL-1 и TNF α , которые, в свою очередь, индуцируют образование локальных регуляторных субстанций и молекул адгезии, таких как VEGF. В условиях гипоксии чрезмерная продукция ростовых факторов с последующим неадекватным ангиогенезом ассоциирована с нарушением сосудистой

архитектоники, утолщением базальной мембраны, увеличение капиллярной проницаемости, формированием микроаневризм, геморрагий и, как следствие, повреждением органов-мишеней. Показатели VEGF у детей основной группы составило $305,3 \pm 132,59$ а группы сравнения $266,1 \pm 28,4$.

Выводы. СД1 у детей приводит к сердечно сосудистым осложнениям, которые усугубляются перенесённой COVID-19 инфекции. У больных сахарным диабетом и сердечными осложнениями наблюдались повышение содержанием Ил 1, и TNF-а. Повышение концентрации TNF-а у больных сахарным диабетом 1 типа, перенёсших инфекцию COVID-19, сопровождалось повышением уровня противовоспалительного цитокина Ил 1. Воспалительная реакция в сочетании с повышенным окислительным стрессом у детей с СД1 приводит к восприимчивым к эндотелиальным дисфункциям при COVID-19 инфекции.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА

Саидова Д.И.

Бухарский областной детский многопрофильный медицинский центр

Актуальность. Неонатальный сепсис представляет собой инфекционное заболевание новорожденных, которое сохраняет свою актуальность на протяжении последних лет. По данным различных источников, смертность колеблется от 3% у доношенных новорожденных до 16% у детей с очень низкой массой тела.

Цель исследования: оценить клинико-эпидемиологические особенности неонатального сепсиса и исследовать влияние органной дисфункции на исход заболевания.

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 46 историй болезни детей с неонатальным сепсисом, находившихся на стационарном лечении в Бухарском областном детском многопрофильном медицинском центре в период с 2022 по 2024 год. Диагноз был установлен на основании развития синдрома системного воспалительного ответа, повышения концентрации С-реактивного белка в крови выше 1 мг/дл, наличия одного или нескольких очагов инфекции, органной дисфункции и выявления микроорганизмов в венозной крови. Бактериемия считалась обязательным критерием для включения пациентов в исследование.

Результаты исследования. Среди грамположительных бактерий наибольшее число случаев составили стафилококки (24 случая; 36,5%). Грибковый неонатальный сепсис был вызван двумя видами микроорганизмов: *Candida krusei* (у 2 детей) и *Candida albicans* (в 1 случае). Очаги инфекции были выявлены у 30 детей с неонатальным сепсисом. Чаще всего это были пневмония и некротический энтероколит. У 10 детей (15%) была сочетанная патология – пневмония и некротический энтероколит. У 2 детей развился гнойный менингит, у 1 – пиелит. В 11 случаях (17%) заболевание проявилось в виде септицемии. Самыми частыми клиническими проявлениями неонатального сепсиса были диффузная мышечная гипотония (91%); дыхательная недостаточность с необходимостью проведения ИВЛ, вздутие живота и «мраморность» кожных покровов – в 47 (71%) и 45 (68%) случаях соответственно. Повышение температуры тела более $37,2^{\circ}\text{C}$ наблюдали в 9 (14%) случаях.

Выводы. Незрелость врожденного и адаптивного иммунитета - ключевой фактор риска развития сепсиса у новорожденных. Действительно, неонатальный сепсис развивается преимущественно у детей с малым гестационным возрастом и низкой массой тела и наиболее частыми возбудителями его являются грамотрицательные бактерии.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЙ ГЛАЗ С ПРЕМОРБИДНЫМ ФОНОМ У ДЕТЕЙ

Саидова Н.Ф.

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, в мире из-за зрительных расстройств ежегодно инвалидами по зрению становятся 4300 детей.

Цель: изучение особенностей патологии органа зрения у детей с преморбидным фоном.

Материалы и методы. Нами для решения поставленной задачи, было изучено медицинские карты учащихся специальной школы - интерната. Среди обследованных мальчиков было несколько больше - 91 (59,1%), чем девочек - 63 (40,9%). Большинство детей - 56 (36,4%) имели возраст 13-15 лет. По данным, взятых из медицинских карт учащихся школы интерната, и по заключению офтальмолога выявили, что у школьников чаще наблюдается слабовидение, чем слепота. В группе слепых, значительное место занимают дети с остротой зрения от 0,01 до 0,04. В группе детей со слабовидением острота зрения чаще в пределах 0,05-0,08 - 25,9%, а детей с остротой зрения от 0,09 до 0,2 - 20,7%.

Результаты и обсуждения: Изучая распространенность патологии зрения, отмечено, что в школе чаще обучаются дети с врожденными патологиями глаз, таких как врожденная катаракта, афакия, аномалии рефракции, микрофтальмия и др. В структуре глазной нозологии первое место занимают аномалии рефракции 51 (33,2%), среди которых превалирует высокая близорукость, в сочетании с астигматизмом. Второе место занимают аномалии хрусталика, в виде врожденной катаракты (17,5%) и афакии (7,2%). Одним из характерных проявлений патологии органа зрения является сочетание глазной патологии с другими основными или сопутствующими заболеваниями. По нашим данным, у 143 (92,8%) больных основное заболевание сочеталось с теми или иными болезнями: хроническими тонзиллитами – у 23 (16,1 %), диффузным зобом 1 и 2 степени – у 22 (15,4 %), анемией 1 и 2 степени – у 77 (53,8 %) и др. Наряду с этими у 10 (6,9 %) больных основное заболевание сочеталось с патологиями ЦНС: олигофрения, ДЦП. В школе – интернате обучаются также дети с нарушением состояния в других органах и системах, страдающие аномалиями развития (олигофрения в сочетании со слабовидением и слепотой), тугоухостью 1 и 2 степени, спинномозговой грыжей (послеоперационное состояние) и другие, которые составляют 10,4% всех учащихся. Важнейшим критерием патологии органа зрения является наследственное предрасположение. По нашим данным, глазная наследственная отягощенность отмечалась у 132 (85,7%) больных детей, причем по отцовской линии – у 38 (28,8%), материнской – у 43 (32,6%), по обеим линиям - 51 (38,6%). Родители страдали различными клиническими формами глазной патологии. Глазная патология родителей и детей во многих случаях совпадали. Это свидетельствует о том, что патология глаз передается по наследству в готовом виде.

Вывод. В структуре глазной патологии первое место занимают аномалии рефракции 51(33,2%), среди которых превалирует высокая близорукость, в сочетании с астигматизмом. Второе место занимают аномалии хрусталика, в виде врожденной катаракты (17,5%) и афакии (7,2%). Преобладает сочетание глазной патологии с соматическими заболеваниями (92.8%). Важнейшим критерием патологии органа зрения является наследственное предрасположение. Глазная патология родителей и детей во многих случаях совпадали. Это свидетельствует о том, что патология глаз передается по наследству в готовом виде.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМИ АРТРИТАМИ

Сайдалиева Ф.Ш., Ахмедова Н.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Ювенильный артрит (ЮА) относится к хроническим аутоиммунным заболеваниям, которые сопровождаются широким спектром внесуставных проявлений, в том числе поражением сердечно-сосудистой системы. В ранней диагностике поражения органов сердечно-сосудистой системы (ССС) у данной категории больных, методы визуализации имеют большое практическое значение, среди которых наиболее доступным неинвазивным методом является эхокардиография.

Цель: изучить эхокардиографические особенности поражения ССС у детей с ювенильными артритами.

Материал и методы. Обследовано 60 детей с ювенильными артритами, госпитализированных в отделение кардиоревматологии РСНПМЦ Педиатрии. Средний возраст детей составил $8,5 \pm 7,1$ лет. В зависимости от варианта заболевания дети были разделены на 2 группы: 1 группа - 38 больных с ЮА с системным началом (ЮАсСН), 2 группа - 22 больных с суставным вариантом ЮА.

Всем детям проводились эхокардиографическое исследование на ультразвуковом диагностическом аппарате мультисекторными датчиками по стандартной методике. Измерения левого желудочка (ЛЖ) сердца проводили в М-режиме в продольно-парастернальной позиции, исследование трансмитрального кровотока проводили в режиме импульсного доплера в четырех-камерной позиции.

Результаты исследования. Оценка абсолютных значений структурно-функциональных показателей сердца у детей разного возраста представляет определенные трудности, поскольку размеры полостей сердца и все показатели центральной гемодинамики значительно меняются с ростом ребенка.

По данным эхокардиографических исследований у 21,0% больных 1 группы и 22,7% больных 2 группы выявлены малые аномалии развития сердца. Клапанные пороки как недостаточности митрального (НМК) и трикуспидального клапанов (НТК), стеноз легочной артерии (ЛА) встречались у 8,3 % пациентов, при этом НТК встречалось только у пациентов 2 группы (9,09%), НМК и Стеноз ЛА у пациентов обеих групп (7,8% и 2,6 % соответственно)). Увеличение частоты сердечных сокращений отмечалось только у детей с ЮАсСН. Для пациентов с системным вариантом ЮА в целом по группе характерным изменением левого желудочка сердца было расширение его полостей, а также гипертрофия стенок. Систолическая функция была сохранной, причем независимо от варианта заболевания отмечалось достоверное повышение как ударного, так и минутного индексов по сравнению с контрольной группой, что может свидетельствовать об адаптивном характере морфофункциональных изменений сердца при данной патологии. Однако, для выявления структурно-функциональных нарушений миокарда необходимо проводить активный эхокардиографический скрининг не только детям с системным вариантом ЮА, но и детям с суставным вариантом ЮА.

Выводы. У детей с ЮА эхокардиографические особенности характеризуются наличием признаков ремоделирования миокарда, а также признаками поражения ССС как врожденного, так и приобретенного характера. Суставной вариант ЮА также требует наблюдения и пересмотра суждения о диагнозе, свидетельствуя о системности аутоиммунного процесса.

ВЛИЯНИЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ НА РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ И ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ

Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази

Сайдахмедов С.Б., Иноятова Ф.И., Наджимутдинова Н.Ш., Абдукаюмов А.А.,
Алиева М.У., Мансурова С.А.

Актуальность. Хронический рубцовый стеноз гортани и трахеи у детей представляет собой серьёзное осложнение, связанное с нарушением дыхательной функции из-за сужения дыхательных путей. Важную роль в развитии этого состояния играют бронхолегочные заболевания, такие как хронический бронхит и бронхиальная астма, которые провоцируют постоянное воспаление и инфекционные процессы в дыхательных путях, что способствует рубцеванию тканей. Это состояние существенно ухудшает качество жизни пациентов и требует немедленного внимания медицинских специалистов.

Цель исследования. Цель исследования заключалась в изучении влияния хронической бронхолегочной патологии на развитие рубцового стеноза гортани и трахеи у детей, а также в оценке профилактических и терапевтических мер для предотвращения этого осложнения.

Материалы и методы. Было проанализировано 100 историй болезни детей, страдающих хроническими бронхолегочными заболеваниями, включая бронхиальную астму, хронический бронхит и рецидивирующие инфекционные процессы дыхательных путей. Пациенты были разделены на две группы: дети с развившимся хроническим рубцовым стенозом гортани и трахеи, и дети с хронической бронхолегочной патологией без стеноза. В ходе исследования использовались клиничко-лабораторные данные, рентгенологические исследования, бронхоскопия и иммунологические тесты.

Результаты исследования: Выявлено, что у 68% детей с хронической бронхолегочной патологией развился рубцовый стеноз гортани и трахеи. В этих случаях хронические воспалительные процессы в дыхательных путях, вызванные инфекциями или механическими повреждениями (интубация), были основным провоцирующим фактором. Особенно часто стеноз развивался у детей, перенесших повторные эпизоды ларинготрахеита и бронхита. У детей с хроническим бронхитом и бронхиальной астмой частота развития рубцового стеноза составила 45%, что в несколько раз выше по сравнению с детьми без этих заболеваний. Постоянное воспаление и гиперреактивность дыхательных путей у детей с астмой и бронхитом приводили к усиленному фиброзированию тканей гортани и трахеи. У 30% детей, подвергшихся частым медицинским вмешательствам (интубация, трахеостомия), также наблюдалось развитие рубцового стеноза, что подчеркивает необходимость минимизации травм дыхательных путей в процессе лечения. У детей с развившимся стенозом был выявлен значительный дисбаланс в цитокиновом профиле: повышение уровня провоспалительных цитокинов (IL-6 и IL-8) и снижение антифибротических факторов, что указывало на активное рубцевание в тканях дыхательных путей.

Вывод. Результаты исследования подтверждают важную роль хронической бронхолегочной патологии в развитии рубцового стеноза гортани и трахеи у детей. Постоянное воспаление и инфекции в дыхательных путях способствуют прогрессированию рубцевания и нарушению дыхания. Раннее выявление и лечение бронхолегочных заболеваний, а также минимизация механического повреждения дыхательных путей являются ключевыми факторами в профилактике рубцового стеноза. Важно использовать комплексный подход, включающий медикаментозное лечение, физиотерапию и при необходимости хирургическое вмешательство, для улучшения клинических исходов и качества жизни детей с бронхолегочными патологиями.

НОВЫЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Сайрамов И.Х., Кучкоров Ш.Б., Кодиров Х.Х., Туйчиев Д.Б., Ашуров Д.Р.

Ферганский областной детский многопрофильный медицинский центр

Актуальность. Никому не секрет что кардиохирургические операции признаны эффективным методом лечения врожденных пороков сердца у детей, что привело к увеличению продолжительности и качества их жизни. День за днем увеличиваются число и модификации оперативных вмешательств в этом направлении. В связи с этим, приоритетным направлением исследований является оптимизация анестезиологического обеспечения и интенсивной терапии кардиохирургических больных, особенно детей раннего возраста.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения детей раннего возраста с врожденными пороками сердца путем оптимизации анестезиологической защиты с применением дексмететомидина с фентанилом и ингаляцией севофлюрана по низкому газотоку.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования были дети (от 1 до 5 лет) (n=60) с различными врожденными пороками сердца, которым были проведены операции с искусственным кровообращением.

Все больные были разделены на 2 группы: 1-группа детей (n=30) составили больные, которые во время операции применяли метод многокомпонентной эндотрахеальной анестезии с применением дексмететомидина с фентанилом и ингаляцией севофлюрана по низкому газотоку. 2 – группу составили 30 детей с «классической, стандартной» анестезиологической защитой в условиях пропофола, фентанила и севофлюрана. Группы однородны по возрасту, основной и сопутствующей патологии, виду и длительности оперативных вмешательств. Проводили изучения функции основных органов жизнеобеспечения: гемодинамики и тканевой перфузии (электрокардиография, пульсоксиметрия, ЭхоКГ), вентиляции (капнография), газообмена (КОС и газы крови), BIS-мониторинга; стресс-гормонов крови (кортизол, глюкоза, лактат). Исследовали детей в 4 этапах; 1-этап во время индукции, 2-этап поддержание наркоза, 3-этап после прекращения искусственного кровообращения, 4-этап при выходе из наркоза.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследования можно сказать о стабилизации основных параметров гемодинамики и дыхания, что подтверждает адекватность анестезиологической защиты у пациентов 1 группы. Зафиксировано снижение частоты сердечных сокращений, удельного периферического сопротивления и среднего артериального давления до 13%. В этой группе снижение артериального давления и частоты сердечных сокращений были гемодинамические незначимы. Изменение показателей КЩС и газов крови у детей во время операции и искусственного кровообращения были в пределах нормы. Зафиксировали умеренный сдвиг электролитного баланса после прекращения ИК. По показанием BIS-мониторинга индекс мозговой активности составлял от 40 до 60, что указывает о достаточной глубине седации во время анестезиологического обеспечения. У детей 2-группы по гемодинамике наблюдали снижение ЧСС и среднего А/Д на 18%, зафиксировали умеренное повышение уровня лактата при выходе из анестезии. Индекс мозговой активности составлял от 45 до 70.

Выводы. Указанная методика анестезиологической помощи с дексмететомидином обеспечивает достаточно адекватный уровень седации, эффективную анальгезию и гладкое течение всех компонентов наркоза во время открытых кардиохирургических вмешательств, у детей раннего возраста. Таким образом данный метод по сравнению с методикой с использованием пропофола обеспечивает безопасную анестезию, что крайне важна для

послеоперационной мобилизации и нормализации пациента после радикальных оперативных вмешательств.

BOLALARDAGI ENUREZNI NEYROFIZIOLOGIK ASPEKTLARI

Salixova S.M., Babadjanova G.B.

ALFRAGANUS UNIVERSITY

Mavzuning dolzarbligi. Enurez - bu patologik jarayon bo'lib, uyqu va tetiklik vaqtida ihtiyorsiz siydik ajratish bilan namoyon bo'ladi. Enurez siydik pufagini bo'shatish mustaqil nazorat qilish qobiliyatining buzilishi bo'lib, ushbu holat uchrash chastotasi aholi orasida o'rtacha 2,2-28,1% ni, 7-14 yoshgacha bo'lgan maktab o'quvchilari orasida - 12% ni tashkil qiladi. 7 yoshda enurez o'g'il va qiz bolalar o'rtasida bir xil chastotada, 11 yoshda esa o'g'il bolalarda 2 barovar ko'p uchraydi. Ba'zida enurez o'smirlik yoki pubertat davrida o'zini namoyon qiladi va anamnez shuni ko'rsatadiki, ushbu holat 4-5 yoshda boshlanganligi qayd etiladi.

Tadqiqot maqsadi: bolalarda uchraydigan enurez holatini neyrofiziologik aspektlarini o'rganish.

Tadqiqot usullari. 2023-2024 yillarda Alfraganus University Hospital hususiy klinikasiga murojaat qilgan, tungi enurez tashxisi qo'yilgan 5-9 yoshgacha bo'lgan 18 nafar bolalarda (11 ta o'g'il, 7 ta qiz bolalar) klinik-elektroneyrofiziologik (30 minut davomida EEG) tekshiruvlar o'tkazildi.

Inkor qilish mezonlari: spina bifida, siydik yo'llari infeksiyon kasalliklari, epilepsiya.

Tadqiqot natijalari. tungi enurez paydo bo'lishining asosiy qo'zg'atuvchi omillaridan biri o'tkir yoki uzoq muddatli ruhiy travma (qo'rquv, ota-onalar o'rtasidagi nizolar, ajrashish, keyingi farzandning tug'ilishi) bo'lgan. Shu bilan birga, ante- va perinatal davrlardagi patologik o'zgarishlar (muddatdan avval tug'ilish, homila gipoksiyasi, ona o'tkazgan o'tkir va surunkali kasalliklar) sabab bo'lgan.

Tungi enurez tashxisi qo'yilgan barcha bolalarda o'tkazilgan nevrologik tekshiruv natijalariga ko'ra, turli darajadagi minimal miya disfunktsiyasi belgilari aniqlandi: engil darajadagi g'aylatlik (16,7%), koordinatsiya buzilishi, transportda yurganda ko'ngil aynish (27,8%), pay reflekslarining oshishi va anizorefleksiya (44,4%), bosh og'rig'i (50%), diqqat etishmasligi va giperaktivlik (61,1%).

Bolalarda enurezning klinik og'irlik darajasiga ko'ra 3 guruhga bo'lindi: engil shakli 6 ta (33,3%), o'rta og'ir 9 ta (50%) va og'ir shakli 3 nafar (16,7%) bolalarda kuzatildi. Enurezli bolalar bosh miya biologik faolligi EEG natijalariga ko'ra, miyaning minimal disfunktsiyasi belgilari aniqlandi. Ya'ni, sog'lom bolalarga nisbatan tekshirilgan 13 ta bolalarda (72,2%) asosiy ritm to'liq shakllanmaganligi, past amplitudali to'lqinlar, 5 nafar bolalarda (27,8%) esa aksincha, ensa sohasi tarmoqlarida al'fa ritm amplitudasining oshishi qayd etildi. Teta to'lqinlarning paroksizmal paydo bo'lishi 7 ta (38,9%) bolalarda kuzatildi.

Xulosa. Enurezli bolalarda markaziy asab tizimidagi qo'zg'alish tormozlanish jarayonlaridan ustunligi qayd etildi. Elektroneyrofiziologik tekshiruvlar natijasida, asosiy ritm to'liq shakllanmaganligi, bosh miya qo'zg'aluvchanligining oshishi aniqlandi. Asab tizimining o'tkazilgan patologiyalari tufayli yuzaga kelgan tormozlanish mexanizmlarning zaifligi siydik ajratishni ihtiyoriy boshqarish tizimining buzilishi haqida taxmin qilish imkonini beradi.

РОЛЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Салихова К.Ш., Ишниязова Н.Д., Агзамходжаева Б.У., Абдурахманова Ф.Р.

Республиканский специализированный научно практический медицинский
центр педиатрии

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Современные достижения в неонатологии позволяют обеспечить выхаживание большего количества недоношенных детей, снизить показатели смертности среди данной группы пациентов. По мере снижения показателей неонатальной смертности, все большее влияние на дальнейший прогноз для жизни и здоровья таких детей в другие возрастные периоды оказывает бронхолегочная дисплазия (БЛД).

Цель исследования: изучить роль провоспалительных цитокинов в развитие бронхолегочной дисплазии новорожденных.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 72 недоношенных новорожденных, находившихся на лечении в неонатальном отделении с респираторным дистресс-синдромом (РДС) и 20 – условно здоровых недоношенных детей. Средний вес обследованных новорожденных составил $1320.0 \pm 125,47$ гр., длина тела $42,1 \pm 1,2$ см, средний гестационный возраст $29,4 \pm 2,5$ недель.

Определение показателей цитокинового спектра интерлейкинов IL-1, ФНО- α , IL-6 проводили методом Биочип технологии на аппарате «Randox».

Результаты собственных наблюдений Оценка состояния детей в раннем неонатальном периоде показала, что подавляющее большинство обследованных родились в тяжелом состоянии. Тяжесть состояния была обусловлена дыхательной недостаточностью, глубокой незрелостью, перенесенной хронической внутриутробной и острой гипоксией в родах. Состояние новорожденных, которым потребовалась продленная ИВЛ, с рождения расценивалось как очень тяжелое.

Оценка выраженности РДС с применением адаптированной шкалы Сильвермана показало, что, дыхательная недостаточность II и III степени чаще наблюдалась у новорожденных основной группы 31,5% и 63,15% соответственно.

С целью купирования симптомов дыхательной недостаточности всем новорожденным проводилась респираторная терапия методом ИВЛ и неинвазивной вентиляции легких методом СРАР. Средняя продолжительность аппаратной вентиляции новорожденных основной группы и группы сравнения составила в среднем $674,4 \pm 66,5$ и $132,1 \pm 23,9$ часов соответственно ($p < 0,001$). К концу неонатального периода у 38 новорожденных сформировался БЛД. На рентгенограмме грудной клетки признаки БЛД выявлялись в виде интерстициального фиброза, обогащения легочного рисунка за счет сосудистого компонента.

У новорожденных с явлениями дыхательной недостаточности было проведено исследование показателей воспаления: IL-1 β , IL-6 и TNF- α на 14-е сутки жизни для определения патогенетического механизма развития РДС и его осложнений.

Содержание всех провоспалительных цитокинов у детей, сформировавших БЛД на 14 сутки, было статистически достоверно повышенным в 2,3, 1,9 и 3,5 раз соответственно по сравнению с новорожденными без БЛД.

Нами было проведено изучение корреляции между концентрациями провоспалительных цитокинов сыворотки крови и такими факторами как гестационный возраст, масса тела при рождении, оценка по шкале Апгар на 1 и 5 минутах жизни. При этом, у детей была выявлена достоверная зависимость, т.е. отрицательная корреляция между уровнем TNF- α и оценкой по шкале Апгар на 5-й минуте жизни ($r = -0,65, p < 0,05$). Указанный факт позволяет предположить, что тяжелая гипоксия приводит к развитию критических

состояний в раннем неонатальном периоде и сопровождается выраженным угнетением иммунологической реактивности организма плода и новорожденного.

Выводы. В результате иммунного ответа усиливается продукция провоспалительных цитокинов. При высокой концентрации TNF- α способен повреждать клетки эндотелия и увеличивать микроваскулярную проницаемость. Это вызывает активирование системы гемостаза и комплемента, за которым следует аккумуляция нейтрофилов и микрососудистое тромбирование. В результате воздействия указанных факторов нарушаются альвеоляризация и васкуляризация, а сами эти факторы могут считаться предикторами БЛД.

UGT1A1 В РАЗВИТИИ НЕКОНЬЮГИРОВАННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Салихова К.Ш., Абдурахманова Ф.Р., Агзамходжаева Б.У., Ишниязова Н.Д.

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

Актуальность. В раннем неонатальном периоде гипербилирубинемия занимает довольно значимое место. Патологическое повышение концентрации билирубина в крови может иметь как наследственные, так и приобретенные причины. Известно, что дефицит UDP-глюкуронозилтрансферазы в печени является причиной двух типов семейной неконъюгированной гипербилирубинемии-синдромов Криглера-Наджара I и II, синдрома Жильберта. Комбинация мутаций гена UDP-глюкуронозилтрансферазы, которые снижают экспрессию гена, составляет широкий клинический спектр семейных неконъюгированных гипербилирубинемий. Самый быстрый способ выявить данные синдромы – прямая ДНК-диагностика, заключающаяся в определении числа ТА-повторов в гене UGT1A1.

Цель исследования: оценить роль полиморфизма гена UGT1A1 в развитии семейной неконъюгированной гипербилирубинемии у новорожденных.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 115 новорожденных детей с гипербилирубинемией, которым было проведено молекулярно-генетическое исследование - определяли частоту полиморфизма UGT1A1.

Результаты исследования. Анализируя полученные результаты исследований, мы пришли к заключению, что среди образцов ДНК младенцев с затянувшейся гипербилирубинемией мы обнаружили гомозиготный генотип, не связанный с развитием синдрома наследственной гипербилирубинемией, A(TA)₆TAA/A(TA)₆TAA (UGT1A1*1) у 51,0% младенцев. У 38,2% детей выявлены - гетерозиготные мутации (носитель) A(TA)₆TAA/A(TA)₇TAA, характеризующиеся увеличением ТА – повторов в гене в гетерозиготном состоянии, связанные с риском развития синдрома наследственной гипербилирубинемии, у 10 (8,7%) детей основной группы гомозиготные мутации A(TA)₇TAA/A(TA)₇TAA, ассоциированы с увеличением количества ТА-повторов до 7 и явились наиболее частой причиной развития синдрома Жильбера и Синдрома Криглера - Найяра 2-го типа, следовательно, этот вариант генотипа можно считать генетическим маркером наследственной гипербилирубинемии.

Вывод. Доказана роль гена UGT1A1 в развитии неконъюгированной гипербилирубинемии у новорожденных детей. Проведение генетических консультаций способствует ранней диагностике генетической предрасположенности к неконъюгированной гипербилирубинемии и своевременной профилактике ее осложнений.

РОЛЬ ЭЛЕКТОРОЭНЦЕФАЛОГРАФЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ДИНАМИКЕ

Салихова К.Ш., Абдурахманова Ф.Р., Агзамходжаева Б.У., Ишниязова Н.Д.

Республиканский специализированный научно-практический центр педиатрии
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Одним из информативных и безопасных методов оценки функциональной активности головного мозга является рутинная электроэнцефалограмма (ЭЭГ), позволяющая оценить биоэлектрическую активность головного мозга. Прогностическая ценность метода ЭЭГ в позднем неонатальном возрасте возрастает при анализе данных не только фоновой активности, но и транзиторных паттернов ЭЭГ.

Цель исследования: выявить роль электроэнцефалографического исследования у недоношенных детей в динамике.

Материалы и методы. Обследовано 94 новорожденных с перинатальными поражениями ЦНС с различным сроком гестации. Дети были разделены на 3 группы: 1 группа - 17 недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). 2 группа - 36 недоношенных новорожденных с очень низкой массой тела (ОНМТ); 3 группа - 41 недоношенных новорожденных с низкой массой тела (НМТ) при рождении.

Результаты исследования. В неонатальном периоде при оценке общего ЭЭГ-паттерна сна в соответствии с типологической классификацией достоверных различий между группами не выявлено. Из проведенного повторного электроэнцефалографического обследования в возрасте 3, 6, 9 и 12 месяцев следует, что во всех возрастных факторах 1-й тип ЭЭГ-паттерна, чаще всего регистрируется у представителей 3-й группы относительно первой и второй группы. Например, в 6 месяцев по скорректированному возрасту, первый тип ЭЭГ-паттерна встречался в 11,7% случаев у детей 1-й группы и в 19,4% случаев у детей 2-й группы. Второй тип отмечался у детей всех трех групп в следующем процентном соотношении: 52,9% (1-я группа), 61,1% (2-я группа) и 53,6% (3-я группа). Третий тип встречался чаще у детей 1-й группы (23,5%) по сравнению с 2-й группой (13,8%). Четвертый тип был выявлен только у детей 1-й и 2-й групп, соответственно в 11,7% и 5,5% случаев.

Исследование показало, что степень нарушения ЭЭГ-паттерна сна в возрасте 3 месяцев имела значимую связь с неврологическими исходами к концу первого года жизни. Выраженные нарушения функционального состояния ЦНС в ЭЭГ у глубоко недоношенных детей могут служить предиктором тяжелых двигательных нарушений.

Вывод. Выявлена взаимосвязь показателей ЭЭГ - 3 тип нарушение созревания, которые свидетельствуют о неблагоприятном прогнозе неврологических нарушений у недоношенных детей с различным сроком гестации, возникающих в отдаленном периоде.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ДЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Сафарова И.А., Гаджиева У.К., Гасанова Н.С., Гидаятова Л.А., Мамедова Ф.М.

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку, Азербайджанская Республика

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают второе место после острых респираторных заболеваний по распространенности среди детей. Раннее выявление

изменений сердечно-сосудистой системы, которая является одной из основных причин смертности при этом заболевании, считается важным условием адекватного лечения.

Цель исследования: изучение функционального состояния миокарда в зависимости от степени дегидратации при ОКИ у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 100 детей с ОКИ в возрасте от 1 месяца до 3 лет и 30 здоровых детей того же возраста. В зависимости от степени обезвоживания все дети были разделены на 3 группы: в I группу вошли 18 больных с дегидратацией I степени, во II группу - 37 больных с дегидратацией II, в III группу - 45 больных с дегидратацией III степени. Дети были обследованы клинико-инструментальным методом (ЭКГ, ЭХО КГ).

Результаты исследования. По данным наших исследований, у большинства детей раннего возраста (76%) с ОКИ в остром периоде заболевания наблюдаются изменения эхокардиографических показателей, которые связаны со степенью обезвоживания организма. При этом по мере нарастания степени обезвоживания уменьшаются эхокардиографические показатели - КДО, КДР, УО, АФ, %S, но КСР, КСО, ОПСС, Vcf, ЧСС увеличиваются. На фоне проводимой регидратационной терапии изменения эхокардиографических показателей полностью нормализовались у 49%, частично у 33% больных. У 18% с тяжелой дегидратацией они имели тенденцию к ухудшению. Причиной развития недостаточности кровообращения при ОКИ у детей раннего возраста являются диастолическая дисфункция - у 58% пациентов, систолическая дисфункция - у 57% и повышение общего периферического сопротивления сосудов у 52% пациентов.

Вывод. Таким образом, проведение ЭХО КГ больных детей с ОКИ позволяет определить степень повреждения сердечно-сосудистой системы, затраченные компенсаторные или же резервные возможности миокарда.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ С СОСТОЯНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ШКОЛЬНИКОВ

Сейдакова Г. С., Жиёмуратова Г.К.

**Медицинский институт Каракалпакстана
Нукусский филиал института иммунологии и геномики человека АН Уз**

Актуальность. Исследования многих авторов подтверждают устойчивую тенденцию к ухудшению состояния здоровья школьников с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Важно отметить, что уровень нарушений опорно-двигательного аппарата среди детей и подростков составляет 53,8%, что превышает показатели других заболеваний. Наблюдается устойчивая динамика увеличения этого показателя. Нарушения костно-мышечной системы оказывают влияние на функциональное состояние и работу внутренних органов, внешний вид, работоспособность и состояние других систем организма.

Цель исследования – оценка распространенности нарушения опорно-двигательного аппарата и формирование соматической патологии у детей школьного возраста, проживающих в регионе Приаралья.

Материал и методы. В исследование включены данные детей (от 7 до 16 лет), прошедшие плановую диспансеризацию в школе, проживающие в регионе Приаралья. Из числа обследованных 234 детей выявили различные нарушения опорно-двигательного аппарата, из них 112 мальчиков и 122 девочек. Дети были разделены на три возрастные группы: младшая - 7-10 лет (n=76), средняя - 11-13 лет (n=80) и старшая - 14-16 лет (n=78).

Результаты исследования. Структура нарушений и заболеваний опорно-двигательного аппарата у школьников представлена следующим образом: общий показатель функциональных нарушений составляет 87,4%, из которых 74,4% приходится на поражения позвоночника и 13% на поражения стопы. У детей до 11 лет выявляются

поражения опорно-двигательного аппарата в 56,8% случаев, до 14 лет – в 68,0%, и до 17 лет – в 79,2%.

При анализе распространения сопутствующей патологии, учащихся со сколиозом установлено, что 38% – имеют заболевания сердечно-сосудистой системы, 19% – заболевания дыхательной системы, 6% – заболевания нервной системы, 4% – заболевания желудочно-кишечного тракта. Оценка динамики распространенности сопутствующей патологии показала постепенное из года в год увеличение числа учащихся с заболеваниями сердечно-сосудистой системы с 26% до 38%, а органов дыхания – от 32% до 49%. При этом прирост патологий составляет 13,3%, что необходимо учитывать при планировании профилактических мероприятий.

При динамическом наблюдении по мере взросления ребенка нарушений и заболеваний опорно-двигательного аппарата школьников прогрессируют, включая и соматическую патологию, поэтому поражения костно – мышечной системы следует рассматривать как междисциплинарную, многокомпонентную проблему, в связи с чем необходимо разработать комплексную программу реабилитации.

Заключение. При динамическом наблюдении за развитием ребенка отмечается прогрессирование нарушений и заболеваний опорно-двигательного аппарата у школьников, включая соматическую патологию. Поэтому важно рассматривать поражения костно-мышечной системы как междисциплинарную, многокомпонентную проблему. Для эффективного решения данной проблемы необходимо разработать комплексную программу реабилитации.

ПРОДУКЦИЯ ЦИТОКИНОВ У ДЕТЕЙ ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Сидиков Д.А., Рахманова Л.К., Миррахимова М.Х.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. В настоящее время в мире с бронхиальной астмой страдает более 300 тысяч больных, 14% из них – детское население. С каждым годом прогрессирование хронической почечной недостаточности (ХПН) среди детей вследствие нефротического синдрома (НС) приводит к ранней инвалидности, которой имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение.

Цель исследования - оценить продукции цитокинов у детей при коморбидном течении нефротического синдрома с бронхиальной астмой.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 40 детей в возрасте от 7 до 11 лет, страдающих нефротическим синдромом (НС) (нефротическая форма ХГН) и атопической бронхиальной астмой (БА). Больные были разделены на две группы: 1-группа-НС с БА-20; 2-группа-НС без БА -20. Контрольную группу составили 25 практически здоровых детей того же возраста. Клинический диагноз был поставлен на основании анамнеза, клинико-лабораторных и функциональных методов исследований. Изучали показатели концентрации иммуноглобулина (Ig)E и продукцию интерлейкины-2,4 (IL-2, IL-4) в крови. Материалом для исследования служила венозная кровь, взятая в утреннее время натощак. Цифровые данные обработали методом вариационной статистики с вычислением достоверности численных различий по Стьюдента.

Результаты исследования. По результатам проведенных исследований было выявлено, что при коморбидном течении НС с БА мальчики составили 70,0%, девочки-30,0%. Длительность заболевания - от дебюта заболевания при НС без БА – 5,5 лет, в среднем $3,3 \pm 1,3$ года; при НС с БА – 9,0 лет, в среднем $6,2 \pm 2,5$. Оценка степени тяжести БА у больных по течению заболеваний показали, что у детей при коморбидном течении НС с БА большой процент составили среднетяжелая и тяжелая формы, по развитию осложнений

НС также большой процент составили дети из первой группы. По результатам исследования парциальных функций почек у больных обеих группах при сравнении с контрольной группой отмечалось статистически достоверное снижение суточного диуреза, уменьшение относительной плотности мочи ($P < 0,001$), повышение суточной протеинурии (более 2,5-3,0г/сутки), гиперлипидемии ($P < 0,001$), гиперкоагуляции ($P < 0,001-0,01$), гипопроотеинемии, гипоальбуминемии ($P < 0,001$) и повышение п содержания мочевины и креатинина в сыворотке крови ($P < 0,001-0,01$). Результаты иммунологических исследований показали, что по сравнению с контрольной группой, у всех больных в период обострения (до лечения) отмечалось статистически достоверное повышение содержания в сыворотке крови IgE и продукцию IL-2, IL-4 ($P < 0,001$). Клинико-иммунологические сдвиги были более выраженными у больных 1-группы по сравнению со 2 группой.

Выводы. У детей при коморбидном течении нефротического синдрома с бронхиальной астмой продукция цитокинов характеризуется повышением показателя IL-2, IL-4, которые остаются сохраненным в периоде ремиссии и могут служить как критерием иммунодиагностики таких больных. Повышение показателя IgE в крови патогенетически взаимосвязано с гиперпродукцией IL-2, IL-4, которое играет важную роль в прогрессировании заболевания.

ON THE ROLE OF CONGENITAL MALFORMATIONS IN THE STRUCTURE OF CHILD MORBIDITY AND MORTALITY

Sotvoldiyev O.K.

Andijan Regional Children's Multidisciplinary Medical Center

Relevance. Congenital malformations play a significant role in the structure of child morbidity and mortality worldwide. They are a leading cause of infant deaths and contribute to long-term disability and chronic health problems in survivors. As medical advancements reduce the impact of infectious diseases, the relative importance of congenital disorders as a determinant of child health is increasing. The early detection, prevention, and management of congenital malformations are essential for reducing infant mortality rates and improving the quality of life for affected children. This topic is particularly relevant in the context of healthcare systems striving to address the burden of congenital conditions through enhanced prenatal care, early diagnosis, and intervention strategies.

The purpose of the study. In this article the role of congenital malformations in the structure and statistics of child morbidity and mortality is given. It is obvious that the frequency of congenital malignancies in populations is becoming more significant as cytogenetic, biochemical, instrumental and other diagnostic methods improve. In the absence or low efficiency of existing methods of prenatal diagnosis, as well as in the reduction of newborn mortality from asphyxia, birth trauma and intrauterine infections, congenital malformations will account for a greater share.

Materials and methods: An analysis of indicators of childhood disability and causes of mortality in children in the first year of life over the past 10 years has shown that developmental defects occupy leading positions in the structure of these indicators [1]. It is obvious that the frequency of congenital malignancies in populations is becoming more significant as cytogenetic, biochemical, instrumental and other diagnostic methods improve. In the absence or low efficiency of existing methods of prenatal diagnosis, as well as in the reduction of newborn mortality from asphyxia, birth trauma and intrauterine infections, congenital malformations will account for a greater share.

Results. The complexity of the problem lies in the fact that antenatal diagnosis of heart defects is often accompanied by certain difficulties in their visualization in the first and second trimesters of pregnancy [6].

Another equally important aspect of studying the problem is the incomparability of indicators of the overall frequency of congenital malformations or groups of developmental defects due to the use by researchers in different years of numerous classifications to systematize congenital defects.

Conclusion. The diagnosis of syndromes associated with sex chromosome abnormalities is significantly delayed, since their clinical manifestation coincides with the period of pre- and pubertal development. At older ages, the greatest difficulties also arise in the differential diagnosis of various deviations in the phenotype of patients with delayed neuropsychic development, growth deficiency and retardation in physical development.

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ КОНЦЕНТРАЦИИ ОБЩЕГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е В КРОВИ И ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Степанова А.А.

**ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация**

Актуальность. В диагностике бронхиальной астмы (БА) важное значение имеет прогнозирование характера течения заболевания. Для оценки прогноза течения БА рассматривают значительное количество факторов, таких как наследственность, возраст дебюта, фенотип. Известно, что повышенный уровень общего иммуноглобулина Е (IgE) в крови является фактором, увеличивающим вероятность наличия аллергической БА. Концентрация IgE в крови у пациентов с аллергической БА рассматривается как один из прогностических критериев, коррелирующих со степенью тяжести заболевания, его контролируемостью.

Цель: оценить концентрацию IgE в крови у пациентов с аллергической БА различной степени тяжести и уровня контроля. Выявить наличие взаимосвязей уровня IgE в крови и тяжести течения БА, контролируемости БА.

Материалы и методы. Исследован катамнез 65 пациентов в возрасте от 2 до 17 лет с диагнозом аллергическая БА. Проведена оценка уровня IgE в крови у 65 детей, проанализированы взаимосвязи концентрации IgE в крови, тяжести течения и эффективности контроля БА.

Результаты исследования. Из 65 пациентов у 15 (23,1%) диагностирована легкая БА, у 38 (58,5%) - БА средней степени тяжести, у 12 (18,5%) – тяжелая БА. У 37 из 65 детей (56,9%) наблюдается хорошо контролируемая БА, у 18 (27,7%) – частично контролируемая БА, у 10 (15,4%) – неконтролируемая БА. Из 65 пациентов у 45 (69,2%) уровень IgE в крови превышает норму. Из 15 пациентов с легким течением БА у 3 (20%) уровень IgE в крови в норме ($75,01 \pm 19$ МЕ/мл), у 2 (80%) - IgE превышает норму ($479,5 \pm 136$ МЕ/мл). Из 38 пациентов с БА средней степени тяжести у 15 (39,5%) – нормальная концентрация IgE в крови ($56,65 \pm 14$ МЕ/мл), у 23 (60,5%) – повышенный уровень IgE ($369,4 \pm 51$ МЕ/мл). Из 12 пациентов с тяжелой БА у 3 (25%) концентрация IgE в крови в норме ($95,7 \pm 12$ МЕ/мл), у 9 (75%) – превышает норму ($402,5 \pm 134$ МЕ/мл). Различия частоты выявления повышенного уровня IgE, а также различия степени повышения концентрации IgE в крови у пациентов при БА различной степени тяжести статистически недостоверны. Из 36 пациентов с хорошо контролируемой БА у 14 (38,9%) – нормальная концентрация IgE в крови ($58,2 \pm 12$ МЕ/мл), у 22 (61,1%) – повышенный уровень IgE ($392,3 \pm 58$ МЕ/мл). Из 29 пациентов с частично

контролируемой и неконтролируемой БА у 5 (17,2%) уровень IgE в крови в норме ($82,12 \pm 17$ МЕ/мл), у 24 детей (82,8%) – повышенная концентрация IgE ($410,6 \pm 72$ МЕ/мл). Частота встречаемости повышенного уровня IgE в крови у пациентов с частично контролируемой и неконтролируемой БА достоверно выше, чем при контролируемой БА.

Выводы. Результаты исследования демонстрируют у детей с аллергической БА в 69,2% повышение концентрации IgE в крови. Повышенный уровень IgE в крови достоверно чаще встречается в группе пациентов с частично контролируемой и неконтролируемой БА, что позволяет рассматривать повышение уровня IgE как диагностически значимый признак при прогнозировании эффективности контроля аллергической БА.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ЛИМФОЦИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

**Степанова А.А., Лесовик Ю.А., Гурина О.П., Блинов А.Е., Варламова О.Н.,
Дементьева Е.А.**

**ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация**

Актуальность. В развитии атопического дерматита у детей ключевую роль играет генетическая предрасположенность, воздействие отрицательных экологических факторов, заболевания матери во время беременности. Установлено, что избыточный синтез медиаторов воспаления при развитии аллергических реакций может являться причиной изменений в дифференцировке лимфоцитов, приводящих к нарушению иммунологического статуса.

Цель: оценить показатели дифференцировки лимфоцитов при атопическом дерматите у детей первого года жизни.

Материалы и методы. Обследованы 37 пациентов в возрасте от 2 месяцев до 1 года с диагнозом атопический дерматит. Выделены две группы пациентов: первая группа – дети в возрасте 2-6 месяцев (22 пациента), вторая группа – дети в возрасте 7-12 месяцев (15 детей). Иммунофенотипирование лимфоцитов проводилось методом проточной цитофлуориметрии по безотмывочной технологии, клетки окрашивались трехцветными комбинациями моноклональных антител, конъюгированных с флуоресцентными красителями FITC/PE/PC5.

Результаты исследования. Выявлено у пациентов первой группы в 68,2% случаев развитие абсолютной Т-лимфопении за счет снижения абсолютного количества Т-хелперов (59,1% пациентов), цитотоксических Т-лимфоцитов (36,4% пациентов), CD25+ Т-клеток (10% пациентов), относительного и абсолютного уровня активированных Т-клеток с маркерами активации HLA-DR (63,6% и 86,4% детей, соответственно). Иммунорегуляторный индекс (ИРИ) понижен у 27,3% детей первой группы, повышен – у 18,2% обследованных. У 22,7% пациентов в первой группе выявлен относительный В-лимфоцитоз.

Во второй группе пациентов отмечается абсолютная В- (40,1% детей) и Т-лимфопения (32% случаев), выявлено снижение абсолютного уровня Т-хелперов у 11% обследованных, Т-цитотоксических лимфоцитов – у 40,3%, активированных CD3+HLA-DR+ - у 60,4%. ИРИ снижен у 39,8% пациентов второй группы, повышен – в 60,2% случаев. Для всех групп обследованных детей характерно снижение относительного и абсолютного количества активированных NK-лимфоцитов: в первой группе – у 72,7% и 59% пациентов, соответственно; во второй группе – у 81,3% и 70,4%, соответственно.

В обеих группах выявлено понижение относительного уровня защищающих слизистые оболочки –Т-лимфоцитов: у 59,1% детей первой группы, у 82,5% пациентов второй группы.

Выводы. Результаты исследования демонстрируют наличие полиморфной дисфункции дифференцировки лимфоцитов у детей первого года жизни при атопическом дерматите. Выявленные особенности изменений дифференцировки лимфоцитов обуславливают повышенную вероятность присоединения сопутствующей инфекционной патологии. Своевременная диагностика субпопуляционного состава лимфоцитов позволит провести патогенетически обоснованную иммунокоррекцию для снижения риска возникновения сопутствующей патологии, а также повышения эффективности базисной терапии атопического дерматита у детей.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ВОЗРАСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

Султанова Н.Г., Тагизаде Т.Г., Гаджиева У.К., Мамедова Ф.М., Гидаятова Л.А

Азербайджанский медицинский университет, Баку

Актуальность. В последние годы наблюдается рост заболеваемости воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта, в том числе язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, т.е. «омоложение» язв. В настоящее время рост заболеваемости и осложнений язвенной болезни, стирание сезонного течения, наличие бессимптомного течения делают ее актуальной проблемой педиатрии.

Цель исследования — изучить возрастные особенности клинического течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

Материал и методы. Клинико-инструментальным методом обследовано 25 детей в возрасте от 4 до 17 лет. У детей проведено контрастное исследование желудка и двенадцатиперстной кишки (15), а также фиброэзогастроуденоскопия (ФЭДС). В I группу вошли 8 детей дошкольного возраста (4-7 лет), во II группу вошли 17 детей школьного возраста (7-17 лет).

Результаты исследования. У детей 1-й группы основными симптомами заболевания были специфическими; боли в животе различной интенсивности (100%), отрыжка (80%), рвота (80%), что позволило заподозрить и своевременно диагностировать язвенную болезнь. У детей 2-й группы тест на Н. pylori был положительным. У этих детей на первый план выступали нейровегетативные симптомы - отмечалась головная боль (100%), мигреноподобные боли у 2 подростков, головокружение (45%), гипотония (85%), у 1 больного даже возник гипотонический криз (А/Т 70/50); а также отмечалась боль в животе различной интенсивности (65%), отрыжка (80%), рвота (45%). 5 из этих детей из-за доминирующих нейровегетативных симптомов первоначально обратились к неврологу.

Вывод. Таким образом, у детей раннего возраста при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки преобладают специфические симптомы; но у детей старшего возраста, особенно подростков, на первый план выходят нейровегетативные симптомы вызывающие атипичное течение заболевания, приводящие к трудностям в диагностике.

ИЗМЕНЕНИЯ В СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ У ДЕТЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Таги-заде Т.Г., Гаджиева У.К., Мамедова С.Н., Сафарова И.А.

**Азербайджанский медицинский университет, Кафедра детских болезней II.
г.Баку, Азербайджанская Республика**

Известно, что COVID-19 быстро распространяясь по всему миру привел к глобальной пандемии, вызывая значительную заболеваемость и смертность среди взрослого и детского населения. Хотя дыхательные пути являются основной мишенью острого респираторного синдрома, вызванного COVID-19, поражение сердечно-сосудистой системы является одним из наиболее серьезных и опасных для жизни осложнений этой инфекции у взрослых и детей.. Мало что известно об сердечно-сосудистых изменений развившихся у детей после перенесения COVID-19.

Цель исследования – определить изменения, развивающиеся в сердечно-сосудистой системе у детей, перенесших COVID-19.

Материал и метод. В исследование были включены 29 пациентов детского возраста (от 10 дней до 15 лет) с активной ПЦР-положительной инфекцией SARS-CoV-2 на 2-4 неделе болезни. Все пациенты были обследованы клинико-инструментальными (ЭКГ, Холтер ЭКГ, ЭХО КГ) методами.

Только у 3 из этих пациентов были преморбидные заболевания сердца (включая пороки сердца). У 17 детей в возрасте 4-15 лет начиная со 2-й недели заболевания наблюдались слабость и боль в области сердца.

Результаты исследования. При ЭКГ-исследовании мы наблюдали выраженную аритмию у 16 детей (4-15 лет) и неспецифические изменения ST-T изменения; у пациентов обнаружена элевация ST в отведениях V3/4 и глубокий отрицательный зубец T в отведениях V1-V4. Важно отметить, что у 11 детей при Холтер ЭКГ обследовании при нормальном ЭКГ отмечалось появление кратковременной (2-5 минут) инверсии зубца T во время эпизода боли в груди, соответствующего транзиторной гипоксии миокарда. ЭхоКГ исследование выявило у 17 больных утолщение и легкую регургитацию митрального клапана (что не наблюдалось до данной болезни) и пороки сердца у 3 новорожденных.

Вывод. Таким образом, дети перенесшие COVID-19 с жалобами на слабость и боль в области сердца должны проходить тщательный мониторинг сердечно-сосудистой системы для выявления и своевременного лечения опасных для жизни сердечных осложнений.

ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ЭКОЛОГИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬЮ РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЛЕРГОЗОВ

Тажиева З.У., Маткаримова А.А.

Республиканский детский многопрофильный медицинский центр

Актуальность. В последние десятилетия отмечается значительный рост заболеваемости респираторными аллергиями, такими как бронхиальная астма, аллергический ринит, поллинозы, хронические заболеваний миндалин и аденоидов и их сочетании аллергодерматозами, уровень которых повысился более чем в 3 раза. Респираторные аллергии — это группа заболеваний органов дыхания, которые могут затрагивать нос и придаточные пазухи, гортань, трахею, бронхи и лёгкие.

Цель исследования: выявления наличия взаимосвязи между неблагоприятными экологическими условиями и распространённостью респираторных аллергозов среди

детского населения Республики Каракалпакстан с целью улучшения мероприятий по их профилактике.

Материал и методы. Изучение факторов риска развития аллергических заболеваний у детей проводилось с использованием специально разработанных анкет и анализа данных из историй развития ребенка (форма № 112 у) и медицинских карт (форма № 025/у) и на основании официальных данных по заболеваемости населения.

Результаты исследования. За последние 5 лет в РК произошло значительное увеличение процента детей, обратившихся впервые за медицинской помощью из-за аллергических заболеваний органов дыхания. Доля детей с респираторным аллергозом, находящихся под диспансерным наблюдением, выросла почти 3 раза. Процент детей с впервые установленным диагнозом БА колеблется от 0,12% до 0,19%, без явной тенденции к снижению.

Проводился анализ частоты аллергических заболеваний у детей в РК, характеризующихся особо неблагоприятной экологической ситуацией. Проведена корреляционный анализ аллергической заболеваемости с показателями окружающей среды. Было выявлено, что существует взаимосвязь указанных показателей различной степени выраженности. Наибольшее влияние на частоту аллергической патологии оказывает уровень загрязнения воздуха: коэффициент корреляции составил $r=0,62$ у пациентов с бронхиальной астмой, $r=0,54$ у пациентов с аллергическим ринитом и $r=0,47$ у пациентов с атопическим дерматитом. Загрязненность воды также коррелирует с частотой атопического дерматита ($r=0,45$) и в меньшей степени с частотой бронхиальной астмы ($r=0,38$).

Заключение. Полученные результаты подчеркивают необходимость целенаправленной разработки и внедрения мероприятий по устранению или снижению влияния наиболее значимых факторов риска на здоровье детей и уровень аллергической заболеваемости.

В систему лечебно-профилактических мероприятий среди детей с аллергической патологией на экологически неблагоприятных территориях следует включать улучшение санитарно-гигиенических условий окружающей среды, оздоровление детей с учетом комплексного воздействия загрязнения, а также организацию длительного мониторинга состояния здоровья ребенка.

ХРОНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Тарасова Д.С.^{1,3}, Морозов Д.А.^{1,2,3}, Морозова О.Л.¹, Морозов К.Д.¹, Айрян Э.К.^{1,3}, Кибирева А.А.¹

1. ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

2. ФГАОУ "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

3. ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского», Москва, Россия

Цель исследования: оценка частоты и вариантов инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) у пациентов с аноректальными мальформациями (АРМ) на этапах лечения.

Методы исследования. Обследованы 300 пациентов с АРМ, находившиеся на лечении и диспансерном наблюдении на клинических базах кафедры детской хирургии и урологии – андрологии имени Л.П. Александрова Сеченовского Университета за период 2016-2024. Возраст пациентов 3 мес.- 17 лет. Комплекс обследований включал –

лабораторные исследования мочи и крови, рентгеноконтрастные методы (ирригография, колостография, внутривенная экскреторная урография, КТ и пр.), уретроцистоскопию, вагиноскопию. Структура аноректальных пороков (в соответствии с Крикенбекской классификацией): врожденная персистирующая клоака – 23 (7.6%), вестибулярный свищ – 57 (19%), уретральный свищ – 45 (15%), промежностный свищ – 75 (25%), аноректальная агенезия без свища – 58 (19.3%), анальный стеноз – 7 (2,3%), прикрытый «неперфорированный анус» - 2 (0.6%), ректальный мешок – 1 (0.3%), вагинальный свищ – 15 (5%), Н – образный вагинальный свищ 1 (0.3%), везикальный свищ – 8 (2,6%), ректальный стеноз – 4 (1,3%), удвоение прямой кишки 3 (1%), Н - образный уретроректальный свищ в составе MURCS синдрома - 1 (0.3%).

Результаты исследования. Сочетанные пороки мочевыделительной системы (МВС) выявлены у 108 (36%) детей, на первом месте по частоте - пузырно - мочеточниковый рефлюкс, гидронефроз и агенезия почки. Комбинация АРМ и патологии МВС в составе VACTERL-ассоциации – зарегистрирована у 16 (5,3%). Среди пациентов в сочетанной патологией МВС - у 88 (77%) детей установлена ИМВП. Нейрогенные нарушения мочеиспускания выявлены у 64 (21.3%) пациентов, среди них ИМВП диагностирована у 56 (87,5 %). На этапе носительства кишечной стомы обследованы 42 (14 %) пациента (терминальная стома – 4, петлевая стома – 35, раздельная стома – 3). ИМВП выявлена у 22 (52.3%) пациентов. Разницы в частоте ИМВП в зависимости от вида кишечной стомы не установлено. Послеоперационные осложнения напрямую или опосредовано влияющие на уродинамику и персистенцию ИМВП выявлены у 14 (4,6%) пациентов (персистирующая клоака – 8, уретральный свищ – 6). Структура осложнений при персистирующей клоаке: сохранившийся урогенитальный синус– 6 (в каждом случае наличие урогенитального синуса сопровождалось развитием – урино/пио/гематокольпос), дистопия уретры – 1, травматический уретро – вагинальный свищ – 1, травма мочевого пузыря и флегмона таза – 1. Структура послеоперационных осложнений при уретральном свище: дивертикул задней уретры (остаточная кишечная культя) – 3, рецидив уретрального свища – 2, ятрогенное повреждение – уретры – 1. Все указанные осложнения потребовали повторных реконструктивных операций.

Выводы. ИМВП на этапах коррекции АРМ выявлена у 126 (42%) у пациентов, в большинстве случаев у детей с персистирующей клоакой, уретральными, везикальными свищами (77-87%). Полученные данные диктуют необходимость детального обследования каждого пациента с АРМ на этапах лечения, а также обосновывают необходимость создания скрининговых методов, направленных на раннюю диагностику ИМВП и профилактику хронической болезни почек.

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ФОНОВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Тешабоев У.М., Рахманова Л.К.

**Андижанский государственный медицинский институт
Ташкентская медицинская академия**

Актуальность. В настоящее время сердечно-сосудистая патология является одним из ведущих проблем у детей. Врожденные пороки сердца являются самой обширной по численности и значимости нозологической группой в связи с высокими показателями выявляемости и смертности среди детского населения. По современной статистике: на каждую 1000 новорожденных рождается 5-20 детей с врожденными пороками сердца. Также уделяет серьезное внимание коморбидное течение врожденных пороков сердца с фоновой патологией, в том числе с лимфатическим диатезом у детей. Лимфатический

диатез (ЛД) характеризуется хронизацией различных острых воспалительных процессов в организме ребенка, развитием вторичного неклассифицированного иммунодефицита, синдромов «лимфатического статуса» и «внезапной смерти».

Цель работы: изучить особенности коморбидного течения врожденных пороков сердца у детей с фоновой патологией.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 30 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, страдающих врожденными пороками сердца (ВПС). Из них: 20-дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) -1 группа; 10-тетрада Фалло-2 группа. Контрольную группу составили 25 практически здоровых детей того же возраста. Клинический диагноз был поставлен на основании анамнеза, клинико-лабораторных и инструментальных методов исследований, а также клинических маркеров ЛД. Полученные данные обработаны по методу Стьюдента.

Результаты исследования. По результатам исследований у больных было выявлено диагностические критерии ЛД, такие, как: патологическое течение беременности у матери-100,0%, наличие хронических очагов инфекции-95,4%, лимфоцитоз-95,0%, гипотония, гиподинамия-93,0%, генерализованное увеличение периферических лимфатических узлов-87,0%, высокий инфекционный индекс-85,0%, пастозность лица-80,0%, нервная лабильность-70,0%, увеличение СОЭ-69,0%, дисфункция эндокринной системы-68,8%, снижение IgA-65,0%, моноцитоз-63,0%, крупный вес при рождении-58,0%, брадикардия-52,0%, диспропорция телосложения-48,0%, врожденная тимомегалия-46,0%, «фонтанная рвота»-44,0%, «петушинный крик» при плаче-45,0%, ($P < 0,001-0,01-0,05$).

В клинических проявлениях ВПС высокий процент составили следующие симптомы, такие как бледность кожных покровов (100,0%), нарушение гемодинамики (100,0%), сердечные шумы (100,0%), кардиомегалия (100,0%), слабость (90,0%), цианоз носогубного треугольника (58,0%), акроцианоз (42,0%), снижение аппетита (75,0%), гепатомегалией (55,0%), гипоксемический криз (34,2%), ($P < 0,001-0,01$).

Основному заболеванию у наблюдаемых детей сопутствовали следующие патологии, которые составили статистически достоверно большой процент у детей во 2-й группе по сравнению с 1-й группой: анемия (89,2%; 98,4%), хронический тонзиллит (85,6%; 91,1%), аденоиды (43,0%; 48,0%), гельминтоз (34,9%; 36,4%), рецидивирующий бронхит (66,9%; 78,0%), гипоплазия щитовидной железы (64,6%; 69,6%), гастродуоденит (15,7%; 24,3%) соответственно ($P < 0,001-0,01-0,05$).

Заключение. При коморбидном течении врожденных пороков сердца у детей с лимфатическим диатезом усиливается выраженность клинической симптоматики и лабораторных показателей, также ускоряется прогрессирование заболевания до стадии декомпенсации, которые являются как диагностическим критериям и подтверждают необходимость индивидуального подхода при ведении таких больных.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ В ЗАГОРОДНЫХ ЛАГЕРЯХ

Тоирова Н.Н., Эргашева Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Факторами риска выраженной аллергической реакции в загородных лагерях являются укусы насекомых, а также реакции на различные виды дикорастущих растений.

Цель: анализ случаев обращаемости за медицинской помощью детей с аллергическими реакциями и алгоритм ее оказания.

Материалы и методы. В августе 2019 г. в одном из детских лагерей проводилась организованная смена отдыха для 460 детей в возрасте от 7 до 16 лет. За данный период в медицинский пункт обратилось 63 ребенка с проявлением аллергических реакций. Распределение по степени тяжести: -46 детей с аллергическими реакциями легкой степени; -15 детей с аллергическими реакциями средней тяжести; -2 ребенка с тяжелыми аллергическими реакциями.

Результаты исследования. В соответствии с клиническими рекомендациями было проведено соответствующее лечение: I. Для детей с легкой аллергической реакцией – однократное применение антигистаминных препаратов I поколения (хлоропирамин/клемастин) из расчета веса и обработка места укуса или аллергического контактного дерматита местным антигистаминным препаратом (диметинден). II. Для детей с проявлением аллергической реакцией средней формой – прием антигистаминных препаратов (хлоропирамин/клемастин) раз в сутки в течении 2-3 дней, а также обработка местным антигистаминным средством 2 раза в день в течении 3х суток. Среди детей данной группы был выявлен единичный случай аллергического конъюнктивита на неизвестный аллерген с проведенным лечением в виде глазных капель раствора азеластина, по 1-2 кап 2р в день в течении 4х суток с положительным эффектом. III. Дети с тяжелыми проявлениями аллергической реакции были под наблюдением до полного прекращения проявлений аллергии, и стабилизации состояния. Девочка 13 лет обратилась с жалобами на непрекращающийся зуд в области бедра в течение дня. Объективно: в области бедра визуализируется место укуса с четко ограниченной областью гиперемии, отека и уплотнением тканей. Диаметр до 11 см. Т – 37 0 С. Везикулярный тип дыхания. Частота дыхательных движений 19 в минуту. ЧСС 73. АД 115/75. Отеков слизистой ротоглотки нет. Назначено: Хлоропирамин 25 мг 2р в день, местная обработка укуса – диметинден. Наблюдение в динамике. Состояние на утро: отек в области укуса до 13 см, также гиперемирован. Т – 36,7 0 С. Везикулярный тип дыхания. ЧДД 18. ЧСС 70. АД 110/70. Отеков слизистой ротоглотки нет. Зуд усилился. В течение 7 дней на фоне приема препаратов системного и местного действия клиника аллергической реакции полностью нивелировалась. Ребенок активных жалоб не предъявлял.

Выводы. 1. Оказания медицинской помощи при аллергических реакциях различной степени тяжести регламентируется стандартами оказания медицинской помощи; 2. Использование алгоритма оказания первой медицинской помощи позволило избежать осложнений и ухудшения состояния у детей; 3. Препаратами выбора при оказании первой медицинской помощи являются системные антигистаминные препараты I поколения.

ВЛИЯНИЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ РОЖДЕНИИ НА ХАРАКТЕРИСТИКИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Тоирова Н.Н., Кошимбетова Г.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. По оценкам ВОЗ, в 2016 году около 41 миллиона детей в возрасте до 5 лет имели избыточный вес или ожирение. Эти данные заставляют педиатров задуматься о возможности формирования групп риска детей по ожирению с самого рождения. Для этого нужно больше исходных данных или достаточно антропометрических значений, чтобы создать критерии, по которым будут определяться дети с повышенным риском.

Цель: изучить взаимосвязи между антропометрическими данными при рождении, степенью выраженности ожирения и показателями жирового и углеводного обмена у детей школьного возраста.

Материалы и методы. Обследовано 28 доношенных детей (9 девочек) в возрасте от 10 до 15 лет с ожирением (SDS ИМТ >2.0), средний возраст 12,2±1,9 года. Оценивали вес и рост при рождении, содержание холестерина, β-липопротеидов, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), глюкозы. Проводили расчет и оценку SDS ИМТ. Для оценки взаимосвязи факторов применяли коэффициент корреляции Пирсона (r), значения 0-0,29 – очень слабая; 0,3-0,699 – средняя; 0,7-1 – сильная корреляционная связь.

Результаты исследования. Средний рост при рождении детей с ожирением составил 55,0±1,7 см. Установлена обратная корреляционная связь между ростом при рождении и SDS ИМТ (степенью выраженности ожирения) (r=-0,395). Значимых корреляционных между ростом при рождении и уровнем гликемии (r=-0,070), триглицеридов (r=-0,050), ЛПВП (r=-0,204), ЛПНП (r=0,204), систолическим (r=0,010) и диастолическим (r=0,070) давлением нет. Среднее значение показателя массы тела при рождении -3873,3±481,8 гр., Установлена обратная корреляционная связь между ростом при рождении и показателями углеводного обмена: уровнем триглицеридов (r=-0,441) и ЛПНП (r=-0,323). Кроме того, выявлена обратная корреляционная связь между весом при рождении систолическим (r=-0,402) и диастолическим (r=-0,456) давлением. Значимых корреляционных связей с уровнем гликемии (r=-0,070), SDS ИМТ (r=-0,260) и другими факторами не выявлено.

Выводы. 1. Установлено влияние роста ребенка при рождении на степень выраженности ожирения: чем меньше рост при рождении, тем больше степень выраженности ожирения. 2. Масса ребенка при рождении в большей степени оказывает влияние на показатели жирового обмена и артериального давления.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Ташева Г.С.

Бухарский областной детский многопрофильный медицинский центр

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении, гнойно-воспалительные заболевания продолжают оставаться наиболее сложной и актуальной проблемой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, составляя от 40 до 50 % от общего числа пациентов, обратившихся за специализированной хирургической помощью.

Цель исследования: представить данные о распространенности, структуре, диагностике и лечении детей с гнойно-воспалительными заболеваниями (ГВЗ) ЧЛЮ.

Материалы и методы. Для статистического анализа использована генеральная совокупность 347 пациентов с ГВЗ ЧЛЮ за 2022 и 2023 гг. Достоверность полученных данных и результатов исследования подтверждена достаточным количеством единиц наблюдения, применением современных методов исследования и статистической обработки. Были изучены истории болезней больных детей, госпитализированных в БОДМПМЦ отделения челюстно-лицевой хирургии.

Результаты и их обсуждение. По данным отделения детской челюстно-лицевой хирургии БОДМПМЦ за период 2022–2023 гг. оказана специализированная медицинская помощь 347 больным по поводу ГВЗ. Из них в 2022 г. – 199 больных детей (57,0%), в 2023 г. – 148 детей (43,0 %). Среди них больных мальчиков – 188 (54,2 %), девочек – 159 (45,8 %), детей в возрасте до 4-х лет – 40 (11,5 %), 5-10 лет – 258 (74,5%), 11-17 лет – 49 (14,0%).

Клиническая форма проявления гнойно-воспалительных заболеваний характеризовалась преимущественно в виде флегмонов – 224 (64,2%). Флегмона нижней челюсти встречается чаще у мальчиков (67%). Вторыми по частоте поражений были

абсцессы челюстно-лицевой области – 36 случаев: в 2022 г. – 19 случаев (52,7 %), в 2023 г. – 17 случаев (47,3 %). Наиболее часто поражается подглазничная область скуловой кости, височно-челюстное, под подбородочное пространство, дно полости рта, область корня языка, около ушная область. Периоститы по частоте занимают третье место, с одинаковой частотой поражения как верхней, так и нижней челюсти у 34 больных: в 2020 г. – у 23 (67,6%), в 2021 г. – у 11 (32,4%). Частота гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО по данным отделения детской челюстно-лицевой хирургии БОДМПМЦ за период 2022 -2023 гг. имеет тенденцию к снижению заболеваемости в среднем на 1,3 раза. Микробиологическое изучение показало преобладание грамотрицательной микрофлоры (20,0%): E.Coli-43 (61,4%) enterobacter cloacae- 27 (38,6%). Представителями грамположительной микрофлоры явились стрептококки и стафилококки-64 (18,4%): гемолитический стрептококк группы А-27 (42,2%), Streptococcus aureus – 37 (57,8%). В динамике наблюдается увеличение % грамотрицательной микрофлоры при ГВЗ ЧЛО у детей. Хирургическое лечение больных с гнойно-воспалительными поражениями мягких тканей ЧЛО было комплексным и заключалось в назначении и проведении лекарственной терапии (антибактериальной, противовоспалительной, симптоматической, дезинтоксикационной, общеукрепляющей), а также в проведении экстренного хирургического вмешательства, в объеме радикального вскрытия и дренирования гнойно-воспалительного очага. В комплексе назначалась высокобелковая диета, дезинтоксикационная терапия с использованием раствора хлорида натрия с глюкозой, раствор Рингера, противомикробные препараты (метронидазол); после купирования острой фазы воспаления назначалась физиотерапия: УВЧ, лазер. Основным исходом ГВЗ в БОДМПМЦ за 2022–2023 гг. было выздоровление, не было случаев летального исхода.

Вывод. ГВЗ ЧЛО у детей чаще встречается в возрасте 5- 10 лет. При этом в большинстве случаев наблюдений наиболее часто поражается подглазничная область скуловой кости, височно-челюстное, под подбородочное пространство, дно полости рта, область корня языка, около-ушная область. В динамике нарастал процент грамотрицательной микрофлоры, что доказывает необходимость антибактериальной терапии по чувствительности, а также важность соблюдения правил гигиены полости рта у детей дошкольного и младшего школьного возраста.

ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ОЧИҚ КАРДИОЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТЛАРИДАН КЕЙИНГИ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

Туйчиев Д.Б., Сайрамов И.Х., Ашуров Д.Р., Қўчқоров Ш.Б., Қодиров Х.Х.

Фарғона вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази

Мавзунинг долзарблиги. Операциядан кейинги оғриқ бу – жаррохлик аралашувидан кейинги амалиёт сохасида бемор бошдан кечирадиган оғриқ. Операциядан кейинги оғриқсизлантириш опиоид ёки ноопиоид препаратлар билан қолдирилиши мумкин. Наркотик оғриқсизлантириш туфайли беморларда мотор функциянинг бузилиши апноэ ва бошқа асоратлар мавжудлиги туфайли операциядан кейинги соғломлаштириш даври узайиши мумкин. Шу туфайли бугунги кунда турли моно-опиоид анальгезиядан бутунлай воз кечиш зарурати туғилмоқда. Бундан ташқари, бу усуллар иқтисодий жихатдан ҳам самарали эмас. Чунки эрта асоратларни даволаш беморни касалхонада узоқ вақт қолишига ва даволаниш харажатларини ортишига олиб келади. Шунинг учун минимал дозаларда турли таъсир доираларига эга нонаркотик воситаларни мультимодал тамойилларга асосланган холда қўллаш, операциядан кейинги даврда оғриқни бартараф этишни оптимал ва самарали усулларида хисобланади.

Тадқиқотнинг мақсади – туғма юрак нуқсони бор болаларда очик юрак амалиётларидан кейинги даврда дексмететомидин ва парацетамол инъекцияларини вена ичига бирга қўллаш орқали операциядан сўнги седация ва анальгезия самарадорлигини ошириш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Текширув Фарғона вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази реанимация бўлимида 2022-2024 йилларда кардиожаррохлик амалиёти ўтказилган 1 ёшдан 4 ёшгача бўлган 100 нафар болада олиб борилди. Операциядан кейинги оғриқсизлантириш турига қараб болалар 2 гуруҳга бўлиб олинди. 1-гуруҳ беморларга (n = 50) амалиётдан кейинги 30 дақиқада дексмететомидин препарати томир ичига биринчи 10 дақиқада юклама дозада 1.0 мг/кг/соат, кейинчалик 0.8мкг/кг/соат дозада сутка давомида юборилди. Ушбу беморларга парацетамол инъекцияси 15/мг/кг миқдорда хар 8 соатда юборилди. 2-гуруҳ беморларига (n = 50) оғриқсизлантириш мақсадида морфин 0,3 мг/кг, мушак ичига операциядан кейинги дастлабки 2 соатда ва кейинчалик хар 8 соатда қўлланилди. Хар иккала гуруҳ беморлари жаррохлик патологияси, ёши ва антропометрик кўрсаткичлари бўйича бир хил бўлган. Текширув усулларида марказий ва периферик гемодинамика (Эхокг, инвазив А/Д, В/Д, пульсокиметрия, ЭКГ), лабаратор КИХ, қондаги глюкоза, кортизол, биллирубин, АЛТ, АСТ, RASS седация ва FLAC оғриқ шкаллари баҳолаш ўтказилди.

Олинган натижалар ва муҳокамалар. Операциядан кейинги даврда дексмететомидин ва парацетамол препаратлари биргаликда қўлланилган беморлар юқори седатив натижага эришилди. Нафас, гемодинамик ва нейровегетатив бузилишлар кузатилмади. Юрак қисқаришлар сони 18%га камайди, аммо бу сезиларли асоратларга олиб келмади ва ахамиятсиз деб ҳисобланди. Ушбу гуруҳ беморларида неврологик бузилишлар йўқлиги сабабли эрта экстубация қилинди ва табиий озиклантириш бошланди. Иккинчи гуруҳ беморларда наркотик воситаларни қўллаш айниқса 1-2 ёшли болаларда чуқур седацияга ва неврологик статуснинг бузилишга олиб келди, 21% ҳолда апноэ кузатилганлиги сабабли, экстубация қилишнинг иложи бўлмади ва сунъий нафас режими давом эттирилди.

Хулоса. Дексмететомидин ва парацетамолни биргаликда мультимодал тамойилга асосланган ҳолда қўллаш, кўплаб асоратларга сабаб бўлиши мумкин бўлган анъанавий наркотик оғриқсизлантиришга қараганда анча самарали ва хавфсиздир.

БОЛАЛАРДА УРИНАПЛАСТИКА ОПЕРАЦИЯСИ УЧУН ГЕМОСТАТИК ГУБКАЛАРНИ ЭФФЕКТИВЛИГИНИ УРГАНИШ

Туксонбоев Н.Х., Азизов М.К.

Самарканд вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази

Мавзунинг долзарблиги. Танглай туғма нуқсонини (чегараланган ёки лаб ва альвеоляр усик билан бирга учровчи) бартараф қилишда бир қанча усуллар мавжуд. Буларнинг барчаси кемтикнинг оғирлик даражаси ва операцияни ўтказувчи мутахассиснинг шахсий малакасига кўра қўлланиши хар хил.

Танглай туғма нуқсонини тиклаш (уранопластика) нинг мақсади қаттиқ ва юмшоқ танглай анатомик структурасини реконструкцияси, беморнинг танглай-ютқин харакатини тиклаш орқали нутқини шакллантириш ва овқатланишини таъминлаш ҳисобланади. Аммо радикал уранопластика операциясини ўтказилган вақтда танглайнинг икки ён қисмида ўтқазиладиган Эрнст кесмасининг битишида қўлланиладиган материал муҳим масала ҳисобланади.

Мақсад: Беморларда радикал уранопластика операциясида Эрнст кесмаларининг ўрнида гемостатик губкаларнинг қўлланилиши ва уни битишига таъсирини ўрганиш.

Текшириш учун материал ва методлар. Самарқанд вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази, юз-жаг жаррохлиги бўлимида текшириш ва даволаш мақсадида 2023 й.-2024 й. лар буйича 1.5-3 ёшгача бўлган жами 87 та юқори лаб ва танглай туғма нуқсони билан туғилган ва уранопластика операцияси ўтказилган беморларда Бардах-Саммарланд усулда уранопластика операцияси ўтказилди ва Эрнст кесмаларинг ўрнида гемостатик губкалар қўлланилди.

Ўтказилган операциянинг эффективлигини аниқлаш мақсадида куйидаги кўрсаткичлар ҳисобга олинди: Анамнез, ота-она билан операциядан олдинги режа тузиш, каттик ва юмшоқ танглай соҳасидаги кемтикнинг катталиги, тилчаларнинг ҳолати, тўқима дефицити даражасини, кесма, фото ҳисобот, операция ўтказиш учун керакли материаллар (косметик иплар, гемостатик губкалар), операциянинг давомийлиги, операция вақтида қон кетиши, беморнинг умумий анализлари (қоннинг умумий таҳлили, қоннинг биохимик таҳлили, ЭКГ, сийдикнинг умумий таҳлили) ва операция этаплари.

Текшириш натижалари. Умумий ҳисобда 1.5 ёшдан 3 ёшгача бўлган 87 та беморда Бардах-Саммерланд усулда уранопластика операцияси ўтказилди. Жумладан: 42 та (48%) беморда факат танглайнинг ўзида тўлиқ туғма нуқсон мавжудлиги, 38 (44%) та беморда бир томонлама юқори лаб ва танглай туғма нуқсони хейлопластикадан кейинги ҳолат мавжудлиги ва 7 та (8%) беморда икки томонлама юқори лаб ва танглай туғма нуқсони хейлопластикадан кейинги ҳолат аниқланди. Операция якунида Эрнст кесмалари ўрнида қоллаген гемостатик губкалари (Белкозин) қўлланилди. Жароҳатга факатгина йуналтирувчи чоклар қўлланилди.

Хулоса. Қўлланилган гемостатик губкалар орқали барча беморларда Эрнст кесмалари ўрни операциядан сўнг қониқарли ҳолатда битишига эришилди. Гемостатик губкалар 1-1,5 ой давомида бутунлай сўрилиб кетти ва жароҳат ўрнида ҳам ўз навбатида ортиқча чандиқлар ва туқиманинг гипертрофиясига сабабчи бўлмади.

Бундан ташқари юмшоқ тўқима соҳасида ва кемтик қирраларида пайдо бўлган перфорациялар ўрнида ҳам қолдирилган гемостатик губкалар операциядан сўнг учраш эҳтимоли мавжуд бўлган жароҳатнинг очилиш ҳолатлари бир мунча камайди.

БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ: ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

Туракулова Х.Э., Шамсиев Ф.М, Азизова Н.Д., Мусажанова Р.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии МЗ Руз

Андижанский Государственный Медицинский институт

Актуальность. Бронхообструктивный синдром у детей является одной из ведущих причин госпитализации и обращения за медицинской помощью, особенно в раннем детском возрасте. Он может быть вызван различными этиологическими факторами, включая вирусные инфекции, аллергические реакции, врождённые аномалии дыхательных путей и другие заболевания. Бронхообструкция значительно ухудшает качество жизни детей, приводя к эпизодам одышки, удушья и снижению физической активности, что требует неотложной медицинской помощи.

Цель работы: изучить роль основных этиологических факторов, выявить особенности клинического течения при бронхообструктивном синдроме у детей.

Материал и методы. На основании ретроспективного анализа 6965 историй болезни детей с бронхолегочной патологией – у 11,2% (780) детей с острым бронхитом (ОБ), - у 24,9% (1734) детей с острым обструктивным бронхитом (ООБ), - у 19,8% (1379) больных рецидивирующим бронхитом с бронхообструктивным синдромом (РБ с БОС) и другие

заболевания – у 44,1% (3072). Анализ возрастного состава детей показывает, что наиболее часто заболеваемость бронхообструктивным синдромом регистрируется в возрасте от 1 до 7 лет. На дальнейшем этапе нами было проведено проспективное исследование 130 больных детей в возрасте от 1-7 лет: из них 40 с ООБ, 90 детей с РБ с БОС и в качестве контрольной группы 20 практически здоровых детей аналогичного возраста.

Результаты исследования. Анализируя эти показатели, мы выявили, что при ООБ больные в основном поступали на 3-5 день заболевания 27 (67,3%); при РБ с БОС с рекуррентным течением поступали дети в основном на 5-7 день болезни - 43(48,0%) детей после безуспешного лечения на дому. Основными жалобами родителей больных детей с ООБ и РБ с БОС были кашель 130 (100%), одышка 130 (100%), снижение аппетита 22 (54,5%) и 81 (89,7%), цианоз носогубного треугольника 18 (44,0%) и 69 (76,7%). Проявления бронхообструктивного синдрома в форме одышки (42,5% и 52,6%) и дистанционных хрипов (47,4% и 48,2%) наблюдались у детей РБ с БОС достоверно чаще, чем у больных с ООБ. Цианоз носогубного треугольника наблюдался у 18 (44,0%) и 69 (76,7%). При аускультации на фоне жесткого дыхания у 40 (100,0%) больных ООБ выслушивались разнокалиберные влажные хрипы. Сухие хрипы определялись у 35 (82,7%), влажные проводные хрипы у 2 (6,2%), у детей РБ с БОС (82,7% и 68,2) и (6,2%-84,6%).

Перкуторные изменения в легких у 35 (87,2%) наблюдался коробочный оттенок перкуторного звука у больных с ООБ и 82 (91,3%) у детей РБ с БОС, который характерен для бронхиальной обструкции. Признаки дыхательной недостаточности встречались чаще и тяжелее у детей с бронхиальной обструкцией II и III степени.

Установлено, что основным видом микрофлоры обследованных детей был *Streptococcus viridans* обнаружен в 41,1% случаев у детей с РБ с БОС бактериальной этиологией и РБ с БОС с вирусно-бактериальной этиологией в 62,9%. Стафилококковая флора формировалась за счет присутствия в биоценозе золотистого стафилококка и коагулазоотрицательных стафилококков различных видов, в 22,4% случаев высевались штаммы *S. Aureus* в группе с РБ с БОС бактериальной этиологией и РБ с БОС с вирусно-бактериальной этиологией в 31,3%. Помимо патогенных видов этого микроорганизма, были коагулазоотрицательные стафилококки, такие как *S. haemolyticus* и *S. epidermidis*, выявленные у 6,1% и 11,4% больных. *Streptococcus pneumoniae* была выделена у 39,8 % и 48,6 детей. Высеваемость в биоптате грибов рода *Candida* составил 8,6 % у детей с РБ с БОС бактериальной этиологией. Из вирусных возбудителей в основном чаще выявлялся (таблица 3.1.4) РС-вирус у 52,0%, аденовирус 16,0% и коронаровирус у 12,0%.

Кроме того, гиподиагностика атипичной микрофлоры (необычной для данного заболевания), а также нерациональная фармакотерапия при обструктивных болезнях легких могут приводить к рецидивам заболевания. Это означает, что недостаточная диагностика и неправильный выбор лекарственных препаратов могут ухудшить состояние пациента и вызвать повторение симптомов.

Выводы. Таким образом, необходимость проведения анализов для определения возбудителя у всех детей с рецидивами бронхообструкции связана с потенциальным распространением атипичных инфекций, если их выявление и лечение будут задержаны или несбалансированными. Поэтому рекомендуется регулярно проводить анализы для определения возбудителя, чтобы точно определить причину и подобрать соответствующее лечение с учетом чувствительности возбудителя к антибиотикам. Это поможет предотвратить распространение атипичных инфекций и снизить количество рецидивов бронхообструкции у детей. Правильная и своевременная диагностика и лечение атипичных инфекций играют важную роль в управлении обструктивными заболеваниями легких у детей.

ДИСМЕТОБОЛИК НЕФРОПАТИЯ МАВЖУД БОЛАЛАРДА ЭРТА ТАШХИСЛАШДА СИЙДИКДАГИ ЛИТОГЕН АМИНОКИСЛОТАЛАР МИҚДОРИНИ АНИҚЛАШ АҲАМИЯТИ

Турсунбаев А.К., Каримова Н.А.

Тошкент тиббиёт академияси

Мавзунинг долзарблиги. Сийдикнинг физиологик рН даражасида цистиннинг эрувчанлигининг максимал чегараси тахминан 300 мг/л ни ташкил қилади. Аммо цистин тошлари болаларда кунига 75 мг цистин чиқарилиши билан пайдо бўлиши мумкин. Цистин тошлари цистинурия билан оғриган болаларда ҳосил бўлади, деб юритилади. Цистин буйрак тошлари уролитиёз билан оғриган болаларнинг тахминан 10 фоизда топилганига қарамай, касалликнинг эрта бошланиши, литотрипсиядан кейин тез-тез такрорланиш буйрак функциясининг тез пасайишига олиб келади, бу эса батафсил ўрганиш зарурлигини белгилайди.

Мақсад. Ушбу тадқиқотнинг мақсади Ўзбекистон ҳудудларида яшовчи барча ёшдаги болаларда цистин, аргинин ва лизин аминокислоталарининг эрталабки қисмидаги таркибнинг мос келадиган чегараларини аниқлаш ва дисметаболик нефропатия билан оғриган беморларда ушбу кўрсаткичларнинг ўзгаришини баҳолаш белгиланди.

Беморлар ва усуллар. Бошланғич тадқиқот 1 ёшдан бошлаб то 18 ёшгача бўлган болаларда дисметаболик нефропати мавжуд 117 беморни, Ўзбекистоннинг турли вилоятларидан келган кўп тармоқли Тошкент тиббиёт академиясининг болалар нефрология бўлимига қабул қилинган. Стандарт таркибига кўра сийдикни биокимёвий таҳлил қилишнинг меъёрий кўрсаткичларини ҳисоблаш нефрология бўлимида мунтазам текширув ва даволаш ўтказилди, тош 0,5 сантиметрдан катта бўлса болалар урология бўлимига ўтказилган. Ўғил/қизларнинг нисбати = 1,1:0,9. Биологик материаллар тўпламидан олдин анамнезни ўрганиш ва назорат гуруҳининг шахсларини шакллантириш учун болаларни объектив текшириш ўтказилди.

Натижалар ва муҳокамалар. Натижаларда кўриниб турибдики, кунлик сийдикда мавжуд бўлган барча аминокислоталарнинг чиқарилиши ёшга қараб ортади. Қизларнинг сийдиғида аналитикларнинг юқори даражасига мойиллик билан сезиларли жинсий фарқлар топилмади, бу эса барча болалардаги ажратиш кўрсаткичларини умумий қийматга бирлаштиришга имкон берди. Цистин, аргинин ва лизиннинг кунлик сийдик чиқарилишининг ўртача қийматларини баҳолаш ёш болаларда (0,05 ёшгача ва 1-3 ёшгача) 11-14 ва 15-17 ёш даврларига нисбатан статистик жиҳатдан сезиларли ($n < 17$) фарқни аниқлади. 4-6 ва 7-10 ёшдаги, шунингдек 11-14 ва 15-17 ёшдаги болалар орасида кунлик сийдикда таҳлил қилинадиган моддалар таркибида сезиларли фарқлар мавжуд эмаслиги сабабли, бу гуруҳларни бирлаштиришга имкон берди ва мос ёзувлар қийматларини тўрт ёш даври шаклида тақдим этинг: 1 ёшгача, 1-3 ёшгача, 4-10 ва 11-17 йил.

Хулоса. Энг юқори кўрсаткичлар 1 ёшгача бўлган болаларда 1,5-2,5 баравар камайиши билан кузатилган. сийдик креатининининг сезиларли физиологик ўсиши туфайли иккала жинсда ҳам 15-17 ёшда креатинин қиймати билан "цистин/креатинин", "аргинин/креатинин" ва "лизин/креатинин" кўрсаткичларининг юқори салбий корреляцияси кўрсатилди. Дисметаболик нефропатия билан оғриган беморларда таҳлил қилинган аминокислоталарнинг сийдик билан чиқарилиши соғлом болаларга қараганда анча юқори. Ирсият сабабли касалланган беморларда уролитиёзли болаларни тиббий кўриқдан ўтказишда хавф гуруҳларини аниқлаш ва уролитиёзнинг шаклланишига олиб келадиган метаболик касалликларни эрта ташхислаш учун сийдикда литоген аминокислоталар даражасининг чиқарилишини аниқлашдан фойдаланиш тавсия этилади.

РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Турсунбаев А.К., Каримова Н.А.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Гломерулонефрит (ГН) занимает центральное место в современной нефрологии. Медико-социальная значимость этой патологии обусловлена преобладанием среди детского возраста, а также неуклонным прогрессированием заболевания и неизбежным исходом в почечную недостаточность. Частота первичных заболеваний органов мочевой системы в детском возрасте за последнее десятилетие увеличилась в 2,5-3 раза. По данным М.С.Игнатовой дети с различными формами гломерулонефрита составляют более 20% всех нефрологических больных. Неблагоприятное течение ГН в ряде случаев приводит к развитию почечной недостаточности уже в детском возрасте, ранней инвалидизации и нередко к летальному исходу, это обуславливает актуальность изучения патогенетических механизмов развития этого страдания и целенаправленной терапии.

Цель работы. определить характер изменений ренин-ангиотензиновой системы и артериальное давление (АД) у больных с различными клиническими формами гломерулонефрита (ГН) у детей.

Материалы и методы обследования. Обследованы 47 детей с ГН в возрасте от 5 до 15 лет, в том числе 10 больных — со смешанной формой ГН, 20 — с нефротической формой ГН и 17 — с гематурической формой ГН. Группы по полу и возрасту достоверно не отличались. Специальное обследование включало определение циркадного ритма АД на основании его суточного мониторирования на приборе АВРМ-02. Параллельно проводили исследование уровня ренина (Р) и ангиотензина I (АI) в плазме крови радиоиммунологическим методом с использованием тест-системы REN-СТ2 (фирма LKB, Франция).

Результаты исследования. При проведении сопоставления уровня Р и АI а также нарушения суточного ритма АД выделены 6 вариантов сочетаний, в том числе 5 патологических. За нормальный вариант принято отсутствие суточного ритма АД у детей с нормальным уровнем Р, АI. У детей со смешанной формой ГН встречаются только патологические варианты, причем преобладают варианты с повышенным уровнем Р и АI в сочетании с высоким гипертоническим или нормальным временным индексом (ВИ). При нефротической форме ГН преобладает нормальный вариант, но у части детей выявляются патологические варианты с повышенным уровнем Р и АI. При гематурической форме ГН чаще по сравнению с нефротической формой ГН встречаются дети с нормальным или повышенным по гипотонии ВИ и разными уровнями Р и АI.

Вывод. Таким образом, патологические варианты встречаются достоверно чаще у детей со смешанной формой ГН. Установлены различия патологических вариантов при нефротической и гематурической формах. Если для нефротической формы характерны патологические варианты с повышенным уровнем Р и/или АI, то для гематурической - варианты с повышенным ВИ по гипотонии. Полученные результаты указывают на различные патогенетические механизмы, влияющие на изменение циркадного ритма АД у детей с различными клиническими вариантами ГН.

ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Умарова М.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Согласно мировой статистике 1 из 650 новорожденных детей страдает нарушением способности слышать. Даже у здоровых родителей существует риск рождения слабослышащего ребенка.

Целью настоящего исследования. Изучение клинико-неврологической симптоматики у с сенсоневральной тугоухостью.

Материалы и методы исследования: за период 2016 - 2022 гг. проведено обследование и динамическое наблюдение 60 детей с нейросенсорной тугоухостью, находившихся на лечение в клинике ТашПМИ и в клинике Реацентр Ташкент.

Результаты исследования. Активные жалобы на нарушения речи у детей после года предъявляли родители лишь 9% пациентов с сенсомоторной алалией, однако, при осмотре нарушения становления предречевого развития выявили еще 72% человек, что проявлялось как запаздыванием становления речи, так и фонематическими нарушениями. Эти нарушения отмечались у всех больных с проявлениями тяжелой гипоксии, - 100%, несколько реже, - у детей, родившихся в состоянии средней степени тяжести, - 75% ($p < 0,05$) и в 2 раза реже, - у больных, определивших признаки легкой гипоксии 42% ($p < 0,01$).

Запрокидывание головы отмечалось у 28% детей. В структуре жалоб на нарушения слуха отсутствие или непостоянство слуховых реакций отмечалось у 52%.

Синдром нарушения предречевого развития отмечался у всех больных в исследуемой группе, что проявлялось запаздыванием сроков появления гуляния, лепета, фонематическими нарушениями.

Для детей с нарушениями слуха характерны расстройства психоэмоциональной сферы, характеризующиеся наличием повышенной эмоциональной возбудимости (53,8%), раздражительности (69,2%), двигательной расторможенности (3,8%), робости (57,7%). Также отмечают астенические проявления в виде снижения работоспособности (73,1%), истощаемости всех психических процессов (69,2%), замедление восприятия (88,5%), трудности переключения внимания (92,3%), малый объем памяти (96,2%) отставание в предречевом развитии.

Отставание в моторном развитии отмечалось у 76% детей, что заключалось в запаздывании сроков самостоятельного удерживания головы, сидения, стояния, ходьбы: 35% ребенка отмечали негрубо-умеренное отставание темпов физического развития, 38% определили выраженное отставание в моторном развитии, из них 32%, - с признаками тяжелой гипоксии: дети самостоятельно не сидели, стато-опорные функции отсутствовали. 9% детей.

Отставание в психоречевом развитии в различной степени отмечалось у 98% детей, что также объясняется тяжестью данной патологии. Все дети в меньшей степени использовали пораженную конечность, выполняли минимум движений. У 5 % детей были затруднены движения в кисти, из них у 3% детей движения были невозможны.

Заключение. Таким образом, для детей с нарушениями слуха характерны отставание психомоторном развитии, значительно страдает речевое развитие. У детей с гипоксией мозга (из анамнеза) отмечен гипертонус в той или иной степени, свидетельствующий о поражении пирамидной системы.

Для детей с нарушениями слуха характерны расстройства психоэмоциональной сферы, характеризующиеся наличием повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, робости. Также отмечают астенические проявления в виде снижения работоспособности, истощаемости всех

психических процессов, замедление восприятия, трудности переключения внимания, малый объем памяти.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОЛДИСЕПТА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Умаров У.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. С внедрением в медицинскую практику антибиотиков внимание к антисептике ослабело, а сфера их применения необоснованно сузилась. Однако более чем 50-летний опыт применения антибиотиков не смог сдержать увеличения распространенности местных инфекционных процессов, не сократил срок лечения гнойных заболеваний.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности антисептического препарата колдисепта местного действия в лечение хронического тонзиллита у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели были обследованы 86 детей в возрасте 18-60 лет с хроническим тонзиллитом в сочетании с ГЭРБ.

Методика обследования включала: подробное изучение жалоб и анамнеза больных, общеклинический и отоларингологический осмотр, бактериологический посев из глотки на микрофлору и чувствительности к препаратам (включая тест на колдисепт).

Для лечения больных был использован разработанный и промышленно выпускаемый фармацевтической компанией “ДХУ Арцнаймитель” (Германия) антисептический препарат местного действия колдисепт спрей для горла. Он обладает антибактериальным, противовоспалительным, противовирусным противогрибковым, обезболивающим, и также ранозаживляющим действием. Препарат выпускается в удобных для применения флаконах по 20 мл и содержит нанокolloидное серебро, экстракт ирландского мха, сорбитол и бензоат натрия. Местное лечение хронического тонзиллита включало полоскание горла с раствором колдисепта в течение 10 дней.

Результаты исследования. В динамике лечения мы обращали внимание на очищение промывного раствора, на уменьшение гиперемии задней стенки глотки, передних и задних дужек небных миндалин, на регрессию симптомов очаговой интоксикации, а также на положительную динамику клинических признаков основного заболевания. После проведенного курса комплексной терапии проводился контрольный бактериологический посев, которая дала негативный результат у 58 случаев. Побочных явлений и непереносимости препарата колдисепта, со стороны пациентов не регистрировалось.

Вывод. Таким образом, следует резюмировать, что антисептик местного действия колдисепт спрей для горла, можно использовать для лечения хронического тонзиллита у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, который дает высокий клинический эффект.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Уразова Г.Б., Мамбеткаримов Г.А., Жиемуратова Г.К.

Каракалпакский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Нукусский филиал института иммунологии и геномики человека АН РУз

Актуальность. В результате смертность от внебольничной пневмонии (ВП) не снижается, а число детей с хроническим, малосимптомным течением заболевания и серьезными осложнениями постоянно растет. Высокая заболеваемость и частые осложнения подчеркивают важность изучения клинических и диагностических аспектов ВП.

Цель исследования – выявить особенности клинико-лабораторных и инструментальных данных у детей с внебольничной пневмонией у детей.

Материал и методы. Был проведен сравнительный анализ 280 историй болезни детей, находящихся на стационарном лечении в период с октября 2021 по май 2023 г. в отделении пульмонологии Каракалпакского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. В ходе исследования были собраны данные о возрастном-половом составе и преморбидном фоне детей с внебольничной пневмонией, а также были изучены особенности клинической картины различных видов пневмоний и лабораторно-инструментальные данные.

Результаты исследования. Мы проанализировали 280 историю болезни и выявили, что 56,4% случаев ($n = 158$) относятся к вирусным пневмониям, в то время как 43,6% случаев ($n = 122$) - к бактериальным пневмониям. Заболеваемость бактериальной пневмонией существенно выше среди детей школьного возраста (41,8% случаев), в то время как ее частота намного ниже среди детей дошкольного возраста (13,6 % случаев) ($p < 0,001$). В отличие от этого, вирусная пневмония чаще наблюдается у детей дошкольного возраста (86,4% случаев) ($p < 0,01$) и низко у детей раннего и грудного возраста (39 %). При бактериальной пневмонии отмечается уплотнение легочной ткани – альвеолярный инфильтрат, иногда с "воздушной" бронхограммой, а границы по междолевым щелям четкие. Для вирусных пневмоний на снимках преобладают диффузные, негетерогенные инфильтраты с нечеткими границами, выявлялось поражение отдельных парамедиастинально расположенных долек в верхних отделах.

В 27% случаев дети поступали в стационар поздно, на 5-й день и позже, в тяжелом состоянии. При изучении клинических критериев укорочение перкуторного звука наблюдалось в 75% случаев, локальное ослабленное или бронхиальное дыхание — в 53%, а мелкопузырчатые хрипы — всего в 39%, чаще в начале или в конце болезни. По крайней мере один из этих трех симптомов выявлялся только у 70% больных. Даже у детей 0–5 лет с лихорадкой, лейкоцитозом выше $20 \cdot 10^9 /л$ и инфильтратом на рентгенограмме в 26% случаев отсутствовали физикальные признаки пневмонии, что приводило к гиподиагностике и позднему обращению в стационар.

Заключение. Заболеваемость бактериальной пневмонией существенно выше среди детей школьного возраста (41,8% случаев), в то время как ее частота намного ниже среди детей дошкольного возраста (13,6 % случаев) ($p < 0,001$). В отличие от этого, вирусная пневмония чаще наблюдается у детей дошкольного возраста (86,4% случаев) ($p < 0,01$) и низко у детей раннего и грудного возраста (39 %).

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Урумбоева З.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является одной из самых актуальных проблем детской пульмонологии. Несмотря на имеющиеся положительные результаты в изучении патогенеза, диагностики и лечения этого заболевания отмечается неуклонный рост заболеваемости и угрожающих жизни осложнений. В связи с этим, раскрытие одного из возможных механизмов, способствующих пролонгированию аллергического воспаления в бронхолегочной системе с позиции изучения коагуло-фибринолитического звена гемостаза во взаимосвязи с липидным спектром, кислотно-щелочным составом, респираторной и метаболической активностью легких, позволит научно обосновать необходимость разработки обоснованной терапевтической коррекцией у детей с бронхиальной астмой.

Цель исследования: Изучение клинико-anamнестических особенностей и биохимических показателей кислотно-щелочного состояния при бронхиальной астме у детей.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 25 детей с бронхиальной астмой в приступный период в возрасте от 7 до 14 лет, получившие лечение в отделении аллергологии, группу сравнения составили - 20 больных бронхиальной астмой в ремиссию. Основанием для постановки диагноза явились: жалобы, данные анамнеза, результаты общеклинических, иммунологических и функциональных методов исследований. К биохимическим исследованиям относилось: определение активности кислотно-щелочного состояния крови.

Результаты исследования. Анализируя полную информацию по анамнезу обследованных детей, мы выделили факторы риска, которые встречались у них наиболее часто. 22 (48,8%) больных бронхиальной астмой родились от первой беременности, 25 (37,7%) от II-III беременностей, от IV и более – 6 (13,3%) детей. У 39 (86,6%) матерей имели место различные осложнения течения беременности. Угроза прерывания беременности была у 19 (42,2%), острые респираторные инфекции во время беременности перенесли 36 (80,0%) матерей, анемии – у 37 (82,2%), патологическое течение родов - в 34 (75,5%) случаев, недоношенность и рождение в асфиксии – у 6 (13,3%) и 23 (51,1%) соответственно. При поступлении в стационар, основными жалобами детей с бронхиальной астмой в 100,0% случаях были кашель с небольшим количеством преимущественно слизистой мокроты, особенно при пробуждении, одышки у 100,0% детей, снижения аппетита у 80,0%, вялости у 40,0%, приступов удушья у 80,0% обследуемых, пероральных хрипов у 80,0%, потливости у 50,0%, головной боли у 45,0% больных.

Исследование кислотно-щелочного состава показало, что результатом бронхиальной обструкции явилось изменение активности реакции внутренней среды, основным проявлением которой была артериальная гипоксемия. Так, у больных бронхиальной астмой в приступный период PO_2 ($55,5 \pm 6,16$ мм.рт.ст.), SO_2 ($83,9 \pm 5,13$ %), были значительно ниже ($P < 0,05$) аналогичных показателей у детей из контрольной группы ($PO_2 = 82,4 \pm 2,9$ мм.рт.ст.; $SO_2 = 93,6 \pm 4,2$ %). Вместе с этим показатели pH крови у детей в приступный период был чуть больше нормы ($7,45 \pm 0,02$), а в контрольной группе был в пределах нормы ($7,38 \pm 0,04$), ($P < 0,01$). Также отмечались изменения в электролитном составе крови. Уровень калия (K^+) в исследуемой группе составил ($3,09 \pm 0,159$ ммоль/л), что ниже нормы, а в контрольной ($4,43 \pm 0,2$ ммоль/л), ($P < 0,01$). Уровень кальция (Ca^{++}) в исследуемой группе был почти в два раза ниже нормы ($1,01 \pm 0,05$ ммоль/л), а в контрольной ($2,1 \pm 0,3$ ммоль/л), ($P < 0,01$).

Выводы. Таким образом развитию бронхиальной астмы способствуют неблагоприятное течение пери- и интранатального периодов, отягощенный преморбидный фон, сопутствующие и перенесенные заболевания. По биохимическим показателям, у больных бронхиальной астмой со стороны кислотно-щелочного равновесия определялся легкий метаболический алкалоз, низкий уровень парциального давления кислорода в крови, в электролитном составе крови отмечалось снижение концентрации ионов калия и кальция. Это говорит о том, что нарушения в системе гемостаза обусловлены длительно персистирующим воспалением в бронхолегочной системе и выраженной гипоксией.

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.

Материалы и методы. Было обследовано 2550 детей с сенсоневральной тугоухостью средней и тяжелой 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 новорожденности 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 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.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ

Фатхуллаев Б.М., Мирзарахимова С.С.

Ташкентский областной детский многопрофильный
медицинский центр

Актуальность. Муковисцидоз (МВ) является наиболее распространенной наследственной полиорганной патологией, отличающейся значительной генетической гетерогенностью и разнообразием клинических проявлений. Это затрудняет раннюю диагностику и ведет к запоздалому началу лечения, что негативно сказывается на качестве жизни пациентов. Учитывая увеличивающееся число случаев заболевания и важность своевременной диагностики для успешного управления состоянием больных, исследование проблем диагностики муковисцидоза у детей становится особенно актуальным.

Цель исследования: целью данного исследования является выявление основных проблем, связанных с диагностикой муковисцидоза у детей, а также анализ клинических проявлений заболевания.

Материал и методы. В Ташкентской области диагноз МВ был установлен у 37 детей, из которых 20 - девочки и 17 - мальчики. Среди наблюдаемых больных 17 (45,9%) были старше 5 лет. По клиническим формам МВ у подавляющего числа пациентов (29, или 78,3%) была выявлена смешанная форма, в то время как легочная форма была диагностирована у 8 больных (21,6%). По степени тяжести заболевания у 30 больных (81%) была установлена тяжелая степень, у 6 детей (16%) — среднетяжелая, и у 1 больного (2,7%) — легкая степень. Методы исследования включали клиническое обследование, лабораторные тесты (потовая проба и анализ кала на эластазу), рентгенологические исследования (рентгенография и МСКТ легких). Данные анализировались с использованием стандартных статистических методов.

Результаты исследования. Исследование показало, что у больных без неонатального скрининга (НС) отмечается более тяжёлое течение муковисцидоза. Это проявляется в более низких показателях индекса массы тела и объёма форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) по данным спирометрии. Диагноз муковисцидоз устанавливался значительно позже у детей без НС по сравнению с теми, у кого заболевание было выявлено на этапе НС. Кроме того, результаты бактериологического мониторинга мокроты у больных без НС показали более высокую частоту интермиттирующей колонизации *Pseudomonas aeruginosa* ($p < 0,05$), что свидетельствует о более тяжёлом хроническом бронхолегочном процессе при поздней диагностике заболевания. Статистически значимых различий по частоте госпитализаций в сравниваемых группах не установлено ($p > 0,05$), однако

суммарное число дней госпитализации пациентов без НС оказалось значительно больше, чем в группе с НС ($p < 0,05$).

Диагноз на основании клинической картины был установлен у 43,2% больных, из них в 56,2% случаев отмечалась клиника хронического бронхита и хронического гастрита. В клинической картине преобладали периодический кашель с отхождением мокроты и периодически возникающее затруднённое носовое дыхание. Диагноз муковисцидоз был заподозрен после осмотра пульмонолога. Проведенная МСКТ легких выявила бронхоэктазы, а потовая проба показала результат 110 ммоль/л. Дефицит веса составил 2 СО. При определении уровня эластазы в кале панкреатическая недостаточность не была выявлена.

Выводы. Несмотря на внедрение скрининга на генетические заболевания в клиническую практику, критически важным остается глубокое знание клинической картины муковисцидоза и высокая настороженность врачей-педиатров. Это обеспечивает своевременную диагностику редких (орфанных) заболеваний, что в свою очередь может существенно улучшить результаты лечения и качество жизни пациентов. Необходимость комплексного подхода к диагностике остается актуальной для повышения эффективности выявления и управления данными состояниями.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Рузимуратов Д.А., Мирхайдаров М.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Ожоги являются одной из актуальных проблем современной медицины в связи с высокой летальностью и инвалидизацией. Особую группу больных составляют обожженные детского возраста. Тяжелообожженные дети из-за незрелости тканевых структур, несовершенства защитно-приспособительных реакций организма подвергаются большей опасности, чем взрослые.

Являясь важнейшим компонентом комплексного лечения ожоговой болезни, хирургическое лечение глубоких ожогов у пострадавших детского возраста имеет значительные отличия от лечебных мероприятий у взрослых. Тем не менее, основным приоритетом является активная хирургическая тактика лечения. На асептической ране, которая образуется после раннего иссечения некротических тканей в ожоговой ране, создаются оптимальные условия для приживления аутотрансплантатов. Конечным результатом подобного подхода является сокращение сроков лечения, соответственно снижение частоты гнойно-септических осложнений ожоговой болезни и улучшение функциональных результатов.

Цель: улучшение результатов лечения глубоких ожогов у обожженных детского возраста путем применения активной хирургической тактики лечения с использованием синтетических временных раневых покрытий.

Материалы и методы. В отделении комбустиологии РНЦЭМП за период 2019-2023гг. 288 тяжелообожженным детям в возрасте от 6 месяцев до 16 лет произведены ранняя (на 5-7 сутки после травмы) и ранняя отсроченная (на 7-9 сутки после травмы) выполнена тангенциальная некрэктомия с радикальным иссечением всех пораженных тканей в один или несколько этапов. Площадь глубоких ожогов ШБ-IV степени равнялся от 5 до 45% поверхности тела. 119 (41,3%) обожженным детям в послеоперационном периоде проведено лечение с применением мазей на водорастворимой основе и растворами антисептиков. После покрытия раневых дефектов грануляционной тканью произведено пластическое восстановление целостности кожного покрова расщепленными

перфорированными ауто трансплантатами. 169 (58,7%) обожженным детям после выполненной некрэктомии, местное лечение проводилась с использованием синтетических временных раневых покрытий ВоскоПран и ПараПран производства ООО «Новые Перевязочные Материалы» (Россия). Окончательное закрытие раневых дефектов у этих пациентов также проводилось путем аутодермопластики расщепленными перфорированными кожными трансплантатами.

Результаты исследования. У 119 обожженных детского возраста с традиционным ведением местного лечения раневых дефектов, образовавшихся после хирургической некрэктомии и отсроченной аутодермопластикой сроки полного восстановления целостности кожного покрова равнялся $35,9 \pm 2,7$ суткам. У 169 тяжелообожженных детей, у которых местное лечение послеоперационного раневого дефекта синтетическими временными раневыми покрытиями и последующей аутодермопластикой, сроки восстановления целостности кожного покрова составил $31,3 \pm 2,9$ суткам.

Вывод. Таким образом, применение метода активной хирургической тактики лечения у тяжелообожженных детского возраста, применение синтетических временных раневых покрытий позволяет улучшить результаты хирургического лечения данного контингента пострадавших, сократить сроки полного восстановления целостности кожного покрова, конечным результатом которых является благоприятный исход ожоговой болезни.

SITOMEGALOVIRUS INFEKSIYASINING CHAQALOQLAR ASAB TIZIMIGA TA'SIRINI NEYROSONOGIRAFIYA DOPPLEROMETRIYA TEKSHIRISH NATIJALAR TAHLILI

Xazratkulova M. I., Qurbonova A. B.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Mavzuning dolzarbligi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda SMVI umumiy kechish klinikasida 80% hollarda maxsus terapiya o'tkazilmasa o'limga olib kelishi mumkin va agar kasalikdan omon qolganda ham chaqaloqlarning 50%da og'ir asoratlar aniqlanishi mumkin. Yashab qolgan bolalarda eng ko'p uchraydigan asoratlar- aqliy zaiflik, talvasa sindromlari, aqliy qobiliyati sust va psixomotor rivojlanishdan orqada qolish hamda nutq shakllanishidagi qiyinchiliklar, ko'z nervining atrofiyasi, bosh miya ichida kalsifikatlar bo'lishi.

Ishning maqsadi: sitomegalovirus infeksiyasining chaqaloqlar asab tizimiga ta'sirini neyrosonografiya dopplerometriya tekshirish usulidan foydalanish.

Tekshirish material va usullari. Tekshirish ob'yektimiz Samarqand shahridagi Respublika ixtisoslashtirilgan onalar va bolalar salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Samarqand filiali hamda 1-son tug'ruq majmuasida 2022-2023-yillarda 130 nafar muddatidan avval tug'ilgan va muddatida tug'ilgan chaqaloqlar bo'lib, ularning anamnezi, laborator tahlillari va instrumental tekshiruvlardan neyrosonografiya dopplerografiya bilan tahlili o'tkazildi. Chaqaloqlar ikki guruhga asosiy va nazorat guruhlariga bo'lib o'rganildi. Asosiy guruhga onasida SMVI aniqlangan onalardan muddatida tug'ilgan 60 nafar chaqaloqlar va 30 nafar muddatidan avval tug'ilgan chaqaloqlarni o'z ichiga oldi. Nazorat guruhda esa SMVI aniqlanmagan onalardan tug'ilgan 20 nafar sog'lom, muddatida tug'ilgan chaqaloqlar hamda 20 nafar muddatidan avval tug'ilgan "shartli sog'lom" chaqaloqlarni tashkil etdi. Asosiy guruhdagi chaqaloqlar tana vazni 920 grammdan 3400 grammgacha bo'lgan tana vaznini egalladi. Nazorat guruhi tana vazni esa 2280 grammdan 4200 grammgacha bo'lgan muddatida va muddatidan avval tug'ilgan chaqaloqlarni tashkil etdi. Chaqaloqlarining anamnezi, klinikasi va laborator, instrumental tekshiruv natijasi, shuning bilan chaqaloq onalarining hayot anamnezi va SMVIga IFA va PZR qon tahlili o'rganildi. PZR tekshirish usuli onaning va chaqaloqning qon plazmasida SMVI tekshirilib, zararlanish darajasi o'rganildi. Radiologik tekshiruv ishlari SamDTU Ko'p tarmoqli

klinikasining radiologik diagnostika bo'limida Neyrosonografiya dopplerografiya bilan tekshiruvini o'tkazildi.

Tekshirish natijalari. Tekshirish natijalarimizda asosiy guruhda Apgar shkalasi bo'yicha nazorat guruhiga qaraganda o'rtacha 3 -4 ball past ko'rsatkichlarda baholanib tug'ildi, moslashish davrida emishning sustligi, tashqi ta'sirlarga sust javob berishi, nafas buzilish sindromi har xil darajada n=63 (70%) nafarida, sariqlik uzoq 1 oydan ziyod vaqtgacha cho'zilishi n=48(54%)ida kuzatildi. Nazorat guruhida bu klinik ko'rsatkichlar uchramadi.

Neyrosonografiya dopplerografiya bilan tekshirishlari tahlil qilinganda asosiy va nazoratdagi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda dopplerometriya yordamida miya gemodinamikasini o'rganishda o'zgarishlar aniqlandi, unga ko'ra oldingi miya arteriyasining qarshilik indeksi (R-OBMA) asosiy guruh chaqaloqlarida $0,80 \pm 0,06$, nazorat guruhi chaqaloqlarda $0,690 \pm 0,005$, statistik jihatdan farq ($P < 0,001$), O'ngdagi o'rta miya arteriyasining qarshilik ko'rsatkichi (o'ngda R-O'BMA) nazorat guruhidagi chaqaloqlarda $0,690 \pm 0,005$, asosiy guruh chaqaloqlarida esa $0,82 \pm 0,06$ ($P \leq 0,001$), o'rta miyaning qarshilik ko'rsatkichi chapdagi arteriyada (R-O'BMA chap tomonda) nazorat guruhidagi chaqaloqlarda $0,674 \pm 0,011$ asosiy guruh chaqaloqlarida $0,81 \pm 0,06$ va Galen venasida qon oqimining tezligi nazorat guruhidagi chaqaloqlardan o'rtacha $7,130 \pm 0,075$ sm/sek va asosiy guruh chaqaloqlarida $4,1 \pm 0,13$ sm/sek; statistik farqning ishonchliligi $P \leq 0,001$ aniqlandi.

Xulosa. Tekshirish natijalarimizdan SMVI bor onalardan tug'ilgan chaqaloqlarning barchasiga neonatal davrda neyrosonografiya dopplerometriya bilan tekshirish tahlillarida qon tomirlar rezistentlik o'zgarishlari aniqlandi. Bu esa erta neonatal davrda aniqlangan markaziy asab tizimi kasalliklarini o'z vaqtida davolash imkonini beradi va kelajakda kuzatilishi mumkin bo'lgan turli xil asab tizimi bilan bog'liq kasalliklar va asoratlarni oldini olgan bo'ladi.

CHAQALOQNING BUYRAKLARI FAOLIYATIGA SITOMEGALOVIRUS INFEKSIYASINI TA'SIRI

Xazratkulova M.I., G'aniyev B.J.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Mavzuning dolzarbligi. Sitomegalovirus (SMVI) infeksiyasining klinik ko'rinishlari xilma-xil bo'lib, umumiy shaklda o'pka, buyraklar va ichaklarning zararlanishi tez-tez kuzatiladi, jigar va boshqa organlarda nisbatan kamroq kuzatiladi. Yuqoridagi ma'lumotlarga asoslanib, hozirgi kunga qadar SMVIning aniqlash muammosi, shuningdek uning yangi tug'ilgan chaqaloqlarda buyraklarining klinik va laboratoriya ko'rsatkichlariga ta'siri eng dolzarb va kam o'rganilgan masalalardan biri bo'lib kelmoqda. Sitomegalovirus infeksiya buyrak zararlanishi o'zini interstitsial nefrit, nuqsonlar sifatida ko'rsatishi mumkin, ko'pincha og'ir takroriy ikkilamchi piyelonefrit, juda kamdan-kam hollarda nefrotik sindrom bilan asoratlanadi.

Ishning maqsadi: chaqaloq buyraklari faoliyatiga sitomegalovirus infeksiyasini ta'sirini o'rganish.

Tekshirish usullari. Tekshirish ob'yektimiz Samarqand perinatal markazi hamda 1-son tug'ruq majmuasida 2022-2023-yillarda 130 nafar muddatidan avval tug'ilgan va muddatida tug'ilgan chaqaloqlar bo'lib, ularning anamnezi, laborator tahlillari va instrumental tekshiruvlari, shuningdek, bir yoshgacha katamnez kuzatuvini o'tkazildi. Chaqaloqlar ikki guruhga asosiy va nazorat guruhlariga bo'lib o'rganildi. Belgilangan asosiy guruhga onasida SMVI IFA va PZR tekshiruvlari orqali aniqlanib, ulardan tug'ilgan 90 nafar chaqaloqlarni o'z ichiga qamrab olgan. Asosiy guruh o'z navbatida ikki guruhga bo'lib o'rganildi. Ular muddatidagi tug'ruqdan tug'ilgan 60 nafar chaqaloqlar va 30 nafar muddatidan avval tug'ilgan chaqaloqlarni o'z ichiga qamrab oldi. Nazorat guruhiga esa SMVI anamnezida va laborator tahlillar orqali aniqlanmagan onalardan tug'ilgan umumiy 40 nafar chaqaloqlarni qamrab olgan bo'lib, ulardan 20 nafari sog'lom,

muddatida tug'ilgan chaqaloqlar hamda 20 nafar muddatidan avval tug'ilgan "shartli sog'lom" chaqaloq guruhlarini tashkil etadi. Asosiy guruhdagi chaqaloqlar tana vazni 920 grammdan 3400 grammgacha bo'lgan tana vazni egalladi. Nazorat guruhi tana vazni esa 2280 grammdan 4200 grammgacha bo'lgan muddatida va muddatidan avval tug'ilgan chaqaloqlarni tashkil etdi.

Tekshirish natijalari. Tadqiqot davomida SMVI (surunkali mezogan veloinfeksiya) bor onalardan tug'ilgan chaqaloqlarda tug'ilgandan kindik qonidan qon olinib, buyrak faoliyatini ko'rsatuvchi buyrak biokimyoviy tahlili o'tkazildi va natijasi quyidagicha bo'ldi: asosiy guruhning muddatida tug'ilgan chaqaloqlarida azot qoldig'i $31,62 \pm 8,9$ mmol/l, muddatidan avval tug'ilgan chaqaloqlarda esa $31,5 \pm 11,2$ mmol/l, nazorat guruhi chaqaloqlarida esa $22,84 \pm 14,96$ mmol/l va $28,79 \pm 13,05$ mmol/l ko'rsatkichlarida ekanligi aniqlandi. Qondagi mochevina miqdori asosiy guruh chaqaloqlarida $7,3 \pm 2,3$ mmol/l, muddatidan avval tug'ilgan chaqaloqlarida $11,8 \pm 10,96$ mmol/l ekanligi ma'lum bo'ldi. Nazorat guruhi chaqaloqlarida bu ko'rsatkich $5,25 \pm 24,17$ mmol/l, muddatidan avval tug'ilgan chaqaloqlarda esa $6,32 \pm 2,08$ mmol/l ekanligi aniqlandi. Qondagi kreatinin miqdori asosiy guruhning muddatida tug'ilgan chaqaloqlarida $82,5 \pm 46,71$ mmol/l, muddatidan avval tug'ilgan chaqaloqlarda esa $91,77 \pm 36,06$ mmol/l miqdorda ekanligi aniqlandi. Nazorat guruhi chaqaloqlari bilan farqlari ishonchligi $P < 0,001$ darajasida aniqlandi. Ishqoriy fosfataza enzim faolligi tahlili natijalarida asosiy guruh chaqaloqlarining muddatida tug'ilgan chaqaloqlarida $244,4 \pm 71,56$, muddatidan avval tug'ilgan chaqaloqlar guruhida esa $239,57 \pm 70,5$ ekanligi ma'lum bo'ldi. Nazorat guruhi chaqaloqlarida bu tahlil natijalari $196,89 \pm 79,8$ va $193,3 \pm 72,23$ miqdorda ekanligi aniqlandi.

Xulosa qilib shuni aytish mumkinki, sitomegalovirus infeksiyasi homilaga antinatal va postnatal davrda ta'sir qilib, chaqaloq buyraklari zararlanganini erta neonatal davrning o'zida aniqlash mumkin. Sitomegalovirusi bor onalardan tug'ilgan chaqaloqlar buyraklari zararlanishini oldini olish takrorlanib keluvchi piyelonefrit va boshqa buyrak kasalliklarini oldini olish imkonini beradi.

НОВАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Хакимов Ш.К., Икрамов А.А., Куйиков З.Х.

Бухарский государственный медицинский институт
Бухарский областной детский многопрофильный медицинский центр

Актуальность. Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) является одним из самых распространенных врожденных аномалий развития грудной клетки у детей, что занимает 91% и составляет от 0,06 до 2,3% среди населения. Успешное достижение лучших результатов как в косметическом, так и функциональном плане возможно, только хирургическим путем. Однако, вопросы разработки показаний и проведения дифференцированной оперативной тактики остаются не до конца решенными, о чем свидетельствует высокая частота отрицательных результатов, которая достигает 30-40%.

Целью данного сообщения являлось провести дифференцированную оперативную тактику при оперативном лечении ВДГК с анализом результатов лечения у детей и подростков.

Материалы и методы исследования. К исследованию подвергнуты 110 детей с ВДГК разной тяжести по индексу Гижницкой, пролеченных в клинике «последствий травм, детской ортопедии и нейрохирургии» Бухарского областного детского многопрофильного медицинского центра в период с 2015 по 2023 годы. В первую очередь у всех детей с данной патологией проводили рентгенографию с установлением степени тяжести ВДГК, как II ст. в 70 (63,6%) случаях и III ст. в 40 (36,4%) случаях. Нами в клинике реализована новая тактика в разработке показаний к операции с учётом степени эластичности области ВДГК, как высокая, средняя и низкая степень и ротации грудины, как меньше 15° и больше 15° .

Тактика успешно зарегистрирована в патентном ведомстве (№DGU 02784 – Алгоритм диагностики и выбора тактики лечения ВДГК у детей и подростков). Руководствуя данным предложенного алгоритма проведена дифференцированная оперативная тактика с проведением операции D. Nuss и различных модифицированных методов стернохондропластики в зависимости от степени эластичности области ВДГК и выраженности ротации грудины.

Результаты изучены как в ближайшем (до года), так и отдаленном (после года) периодах после операции. Критериями оценки результатов являлись состояние операционной раны, косметического рельефа передней грудной стенки, стерновертебральное расстояние и состояние функциональной деятельности органов кардиореспираторной системы. Получены лучшие косметические и функциональные результаты у 91 (82,7%) пациента, удовлетворительные у 16 (14,6%) детей с некоторыми острохирургическими осложнениями, такими как пневмоторакс в 5 (4,6%), гемоторакс в 5 (4,6%), краевой некроз послеоперационной раны в 4 (3,6%) и в остальных 2 (1,8%) примерах воспалительная реакция раны, которые мы могли устранить в 100% в интра- и раннем послеоперационном периоде, не отражались в конечных результатах. Неудовлетворительные результаты отмечены в 3 (2,7%) случаях, связанные разворотом эндофиксатора под разным угловым значением. В этих случаях проводили в 2 (1,8%) реторакопластику и в одном рефиксацию фиксатора. В отделенных послеоперационных периодах косметические результаты удовлетворяют пациентов и их родителей.

Вывод. Таким образом, залогом достижения заметного косметического и функционального результатов у детей с ВДГК является хирургическая коррекция. Проведение оперативного вмешательства путем дифференцированной оперативной тактики с учётом возрастного деления детей, степени эластичности области ВДГК и выраженности ротационных изменений грудины позволяет провести малотравматичную операцию с адекватными и более физиологичными последствиями в послеоперационном периоде.

РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Хакимов Ш.К., Куйиков З.Х., Икрамов А.А.

**Бухарский государственный медицинский институт
Бухарский областной детский многопрофильный медицинский центр**

Актуальность. Важность данной темы обусловлена необходимостью минимизации послеоперационных рисков, таких как пневмоторакс, инфекционные осложнения, боли и нарушения дыхательной функции, которые могут существенно повлиять на исходы операции и качество жизни пациентов. Раннее выявление и профилактика осложнений играет ключевую роль в улучшении результатов хирургического лечения и сокращении сроков реабилитации. Изучение факторов, влияющих на развитие осложнений, а также внедрение современных хирургических техник и методов послеоперационного ухода крайне важно для повышения безопасности и эффективности лечения детей с ВДГК.

Цель исследования: Выявить возможные ранние осложнения при хирургическом лечении воронкообразной деформации грудной клетки у детей.

Материалы и методы. С целью анализа результатов лечения прооперированных операцией D. Nuss 15 пациентов в клинике «последствий травм, детской ортопедии и нейрохирургии» Бухарского областного детского многопрофильного медицинского центра в период с 2018 по 2023 гг. Коррекция была выполнена методом D. Nuss у 9 (60%) ребенка с достаточной эластичностью области ГРК в возрасте до 11 лет. Остальным 6 (40%) детям

устранение осуществлено проведением разработанных нами модификаций к методу D. Nuss. Продолжительность операции D. Nuss составила $42,5 \pm 3,4$ мин. ($P < 0,001$), а в модификациях: от $65,7 \pm 5,9$ до $93,4 \pm 10,2$ мин. ($P < 0,001$).

Результаты. Всем известно, что, проведение коррекции операции D. Nuss часто сопровождается с появлением пневмоторакса, который отмечен в нашем наблюдении в 1 (6,7%) случаях, гемоторакса в 2 (13,4%), гемо-пневмоторакса в 1 (6,7%) и развитием подкожной эмфиземы в 1 (6,7%) случаях. Видимо, появление интра- и ранних послеоперационных осложнений связано с техническими погрешностями при проведении пластины. Пневмоторакс и гемо-пневмоторакс купировались установкой резиновых дренажей на уровне 2-го межреберья, по среднеключичной линии с обеих сторон и одноразовой пункцией плевральной полости, и откачиванием жидкость на уровне VIII-го межреберья по задне-подмышечной линии соответствующей плевральной полости. Случаи подкожной эмфиземы отмечено только при проведении модификации операции D. Nuss, которые не зарегистрированы при истинной операции D. Nuss. Данное осложнение устранено удалением плевральных дренажей, активизацией пациентов и проведением ингаляционной терапии коктейлем с препаратами эуфиллина 2,4%-5,0 + преднизолона 30 мг-1,0 + димедрола 1%-1,0 разбавленной в физиологическом растворе NaCl 0,9%-40,0 мл. по 3 раза в день на аппарате небулайзера фирмы «Little Doctor» (Германия). Курс лечения составил 10-15 ингаляций. После этих назначений состояние больных улучшилось. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. Всё-таки, отрицательных воздействий указанных осложнений на конечный функциональный и косметический результаты не отмечено. При повторных обследованиях не отмечено случаи рецидива или осложнения унижающих достигнутых хороших результатов.

Заключение. Таким образом, всё едино операция американского хирурга проводится неизбежно с различными осложнениями, после которой требуется тщательная забота за больным и уход с ранней активизацией пациентов в послеоперационном периоде.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПЕРИОПЕРАЦИОННУЮ ИНФУЗИОННУЮ ТЕРАПИЮ

Хамраева Г.Ш., Маннапова Н.Х.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Республиканский перинатальный центр

Актуальность. Сегодня, безусловно, доказанным является тот факт, что в интраоперационном периоде у пациентов возникают определенные сдвиги в гомеостазе. Во многом успех проведенного хирургического лечения зависит не только от успешно проведенной анестезии и операции, но и от эффективного интраоперационного лечения. В связи с физиологическими особенностями регуляции гомеостаза, водно-электролитного обмена и состава жидкости, крайне важным является правильное ведение интраоперационного периода у детей. Интраоперационные поддерживающие жидкости у педиатрических пациентов обычно добавляют декстрозу, главным образом, из-за опасений гипогликемия при предположении, что при голодании новорожденные и маленькие дети могут не поддерживать нормальный уровень глюкозы в плазме. Анестезия и хирургическое вмешательство, а также прекращение подачи глюкозы питания вызывают нейроэндокринные реакции. Это приводит к повышению в катехоламинах, кортизоле, глюкагоне и вазопрессине в крови снижение уровня инсулина приводит к повышению уровня глюкозы в крови, уровни посредством глюконеогенеза, мобилизации жира и белка катаболизм.

Целью нашего исследования стал сравнительный анализ гликемического профиля во время анестезии у новорожденных, при различной тактике интраоперационной инфузионной терапии.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование у 15 новорожденных, оперированных в Республиканском перинатальном центре. Хирургические заболевания: атрезия пищевода с трахеопищеводным свищом (n=3), диафрагмальная грыжа (n=3), атрезия ануса (n=3), низкая кишечная непроходимость (n=4), экстрофия мочевого пузыря (n=1), закрытие илеостомы (n=1).

Результаты исследования. У всех детей имелась сопутствующая патология по другим органам системам: ООО 93,2% детей, ОАП у 34,2%, у всех детей имелась церебральная ишемия разной степени, легочная гипертензия 13,3%, недоношенность 26,7%. Исследование проводилось на следующих этапах: 1-й этап – непосредственно до операции, 2-й этап – интубация трахеи, 3-й этап – разрез, 4-й этап – каждые 30 минут во время операции, 5-й этап – конец операции. Уровень гликемии также фиксировали в течение суток до и после операции. Целевым уровнем сахара считали от 2,9 до 8,2 ммоль/л. Гипогликемией считали уровень сахара ниже 2,9 ммоль/л (< 55 мг/дл). Сахар крови свыше 8,2 ммоль/л (> 150 мг/дл) расценивался как гипергликемия. При гликемии ниже 2,6 ммоль/л в до-, интра- и послеоперационном периодах проводилась коррекция внутривенным болюсным введением 10% глюкозы в дозе 2 мл/кг. Гипергликемию интраоперационно расценивали как стрессовую реакцию на оперативное вмешательство и углубляли анестезию, коррекция инсулином не проводилась. Во время операции проводили мониторинг жизненно важных функций – ЭКГ, ЧД, ЧСС, АД, SpO₂, учет диуреза. Интраоперационная инфузионная терапия проводилась введением 1% глюкозы и солевыми растворами.

Нами выявлено, что в ни в одном случае новорожденные не имели гипогликемию во время оперативных вмешательств и не потребовали введения глюкозы. У 40% новорожденных была исходная гипогликемия, которая нормализовалась к концу операции.

Вывод. Таким образом, стабильный уровень сахара крови доказывает безопасное использование 1% глюкозы в интраоперационной инфузии под мониторингом уровня гликемии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ПРЕСЕПСИНА У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА СЕПСИС.

Хамраева Г.Ш., Разикова Ш.К., Азимова С.Н.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Широкая распространенность сепсиса у детей, тяжесть последствий и преждевременной смертности населения остаются важнейшей проблемой здравоохранения в большинстве стран мира. По последним данным ВОЗ, каждый год сепсисом страдает 3 миллиона новорожденных и 1,2 миллиона детей. Три из десяти случаев смерти в результате неонатального сепсиса предположительно вызваны лекарственно устойчивыми патогенами.

Цель работы: определить значение уровня пресепсина на оценку тяжести сепсиса у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 30 детей в возрасте от 1 месяца до 1 года, которые находились на лечении в отделении анестезиологии и реанимации и в педиатрических отделениях Республиканского научного центра скорой медицинской помощи. Для оценки тяжести клинического состояния детей в ОРИТ использовались шкала pSOFA. Всем детям проведено лабораторное и

инструментальное обследование, которое включало анализ крови с подсчетом нейтрофильного индекса по стандартной методике (в первые и третьи сутки после госпитализации), биохимический анализ крови и коагулограмму (в первые и третьи сутки госпитализации). При поступлении до получения антибактериальной терапии у детей взята кровь на микробиологический анализ. У всех детей при в 24 и 72 ч определялась концентрация в крови уровень пресепсина (ПСП) (на полуавтоматическом иммуноферментном -анализаторе Mindray MR-96A (China)).

Результаты исследования и их обсуждение. На микробиологическом пейзаже крови у 15 (58%) детей определялся *S.epidermidis*, у 8 (30%) детей *S.haemolyticus*, в 7 (12%) случаях роста микробов не выявлена.

Анализ концентрации пресепсина на 1-3 сутки позволил установить, что данный ранний воспалительный маркер был повышен в группах детей с пневмонией, осложненной сепсисом. Такая же тенденция сохранялась и в динамике при повторном исследовании данного показателя на 7-й день лечения. При попытке выявления корреляционных связей мы обнаружили статистически значимую ($p < 0,05$) положительную связь между уровнями сывороточного пресепсина на 1-3 день жизни и продолжительностью искусственной вентиляции легких ($R=0,34$; $p=0,02$), а также между концентрацией ПСП и количеством дней антибиотикотерапии ($p=0,27$, $p=0,002$). При анализе концентрации пресепсина в исследуемых группах необходимо отметить тот факт, что дети с пневмонией осложненной сепсисом, у которых впоследствии была диагностирована СПОН (15 пациентов) имели более высокий уровень ПСП в сыворотке крови на 1-3 день жизни ($p=0,0002$). Для проведения ранней диагностики сепсиса у детей мы провели ROC анализ. Концентрация пресепсина 325 пг/л в сыворотке крови на первые- третьи сутки жизни может служить диагностическим критерием наличия сепсиса на фоне пневмонии.

Заключение. Таким образом, повышение концентрации ПСП может служить ранним диагностическим маркером бактериальной инфекции у детей раннего возраста, а снижение уровня ПСП может служить прогностически благоприятным показателем течения заболевания или надежным маркером эффективности проводимой антибактериальной терапии.

CHARACTERISTICS OF LYAMBLIOSIS IN EARLY AGE CHILDREN

Hasanov A.M., Mahmudov I.Sh., Namazova B.A.

Department of I Children's Diseases of Azerbaijan Medical University. Azerbaijan, Baku

Introduction. According to WHO, about 20-25% of children in the world suffer from giardiasis, among them the higher percentage is early age children. The incidence of giardiasis depends entirely on the socio-economic status of countries. While the frequency of occurrence in developed countries is 2-7%, it is up to 40% in developing countries. Giardiasis remains a serious problem of modern pediatrics.

The aim of the work. The clinical-epidemiological condition of early-aged children with giardiasis was investigated.

Material and methods. There were 110 children with giardiasis infestation under our observation, among whom 77 (70%) were aged 2 to 7 years. Cysts and vegetative forms of the parasite were determined in feces, and specific antibodies (immunoglobulins M and G) against antigens were determined in blood by the IFA method. In addition, USM and clinical examinations were also performed. Catamnestic observation was carried out at intervals of 3-4 weeks.

Results. More than half of the examined children — 61.1% — were from children's collectives (schools and kindergartens). The rest (38.9%) were children who were not involved in

the collective. The difference in terms of gender was insignificant: 52.0% were boys, 48.0% were girls. The reasons for examination for giardiasis were different. Clinical symptoms (loss of appetite, nausea, rarely vomiting, diarrhea, abdominal pain of varying intensity, various allergic reactions, vegetative disorders) are found in only 39% of children. In the remaining cases (61%) — diagnosis of giardiasis was made on the basis of medical examination. It should be noted that the non-specificity of symptoms creates difficulty in the clinical diagnosis of giardiasis. During the collection of epidemiological anamnesis, it was found that some children (24.7%) do not follow the rules of personal hygiene, that is, they do not wash their hands before eating and after walking. The other part (13.0%) had the habit of blowing their fingers and biting their nails.

Conclusion. Based on the results of our observations, it can be confirmed that giardiasis infestation is detected more often in children's groups. The cause of illness is mainly non-observance of personal hygiene rules. A positive double laboratory test after the treatment can indicate the chronic course of the disease.

SARS-COV-2 O`TKAZGAN BOLALARDA YURAK-QON TOMIR SISTEMASI SHIKASTLANISHLARI DIAGNOSTIKASINING PARAKLINIK MEZONLARI

Xasanov G.M., Muxsimova M.Sh.

Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti

Mavzuning dolzarbligi. Koronavirus infeksiyasi (covid-19) epidemiyasi, sog`liqni saqlash va jamoat salomatligining global muammosidir. Covid-19 bilan kasallanish jarayonida nafas olish a`zolaridan tashqari, organizmdagi barcha sistemalar, jumladan, virusning qon tomirlar endoteliysidagi Angiotenzinni-aylantiruvchi ferment (ACE) retseptorlariga ta`siri orqali yurak-qon tomir sistemasi ham zararlanishi kuzatiladi. Hozirgi vaqtda, kattalarda sog`ayish davridan keyin ham uzoq muddat, 12 haftadan to 6 oygacha yurak-qon tomir tizimining zararlanish belgilari saqlanib qolishi tog`risida dalillar mavjud. Shuningdek, Covid-19 ning asimptomatik va yengil shakllari bilan kasallangan bolalarda, yurak-qon tomir sistemasining asoratlari rivojlanishi haqida qator ma`lumotlar mavjud bo`lib, bu yetarli tibbiy yordamni ta`minlash uchun bemorlarning ushbu guruhini o`rganish muhimligini ta`minlaydi.

Maqsad: Koronavirus infeksiyasiga chalingan bolalarda, yurak-qon tomir sistemasi zararlanishining laborator ko`rsatkichlarini aniqlash.

Tadqiqot usullari. Tadqiqot o`tkazish uchun, laboratoriyada PZR usuli yoki qonda Covid-19 IgM immunoferment analizi yordamida koronavirus infeksiyasi tasdiqlangan 100 nafar bemor saralab olindi. Asosiy guruhga COVID-19 ning yengil shakli bilan kasallanishdan so`ng, yurak-qon tomir tizimida buzilishlar kuzatilgan, 7 yoshdan 17 yoshgacha bo`lgan 30 nafar bola tanlab olindi. Mezon sifatida, Covid-19 ga chalinmasdan oldin yurak-qon tomir tizimida kasalliklari yo`q bo`lgan va I-II sog`lomlik guruhiga kiruvchilar tanlab olindi. Paraklinik tadqiqot usuli, kasallik boshlangandan 3 va 6 oy o`tgach, qonning biokimyoviy tahlilida immunoxemiluminisens usuli yordamida kreatin fosfokinaza-MB (CPK-MB), troponin I, hamda aspartat aminotransferaza (AST) va laktat dehidrogenaza (LDH) miqdorini aniqlashni o`z ichiga oladi. Tahlil ma`lumotlari "Statistica v.13.3" dasturi yordamida qayta ishlandi. Miqdoriy ko`rsatkichlar uchun o`rtacha (M) va o`rtacha standart xat6 (M) hisoblab chiqildi, shuningdek mediana va kvartllar ham aniqlandi.

Natijalar. O`tkir osti davrda bolalarda yurak-qon tomir sistemasi zararlanishi diagnostikasining paraklinik mezonlariga ko`ra bolalarda yurakning spetsifik ko`rsatkichlari me`yordan oshishi kuzatildi, xususan, 43,4% bolalarda CPK-MB ($38,5 \pm 1,9$ U/l) gacha ($n=0-25$ U/l), Troponin I 6,7% bolalarda ($0,4 \pm 0,04$ ng/ml) gacha ko`tarilishi ($n=<0,29$ ng/ml), shuningdek 30% bolalarda AST darajasi ($55,5 \pm 2,8$ U/l) gacha ($n=<44$ U/l) va 26,7% bolalarda LDH miqdorining ($370 \pm 18,8$ U/l) gacha ($n=<279$ U/l) mos ravishda me`yordan oshishi aniqlandi. Dinamik kuzatuvlarda kasallikning ilk namoyon bo`lganidan boshlab 3-oyida 16% bolalarda

СРК-МВ ning ($31,4 \pm 1,5$ Ед/л) gacha , 10% bolalarda esa LDH ning ($331 \pm 19,3$ Ед/л) gacha ko'tarilishi kuzatilgan. Biroq 6 oy o'tgach laborator o'zgarishlar aniqlanmadi. Covid-19 ning yengil shakli bilan kasallangan bolalarda olingan laborator ko'rsatkichlarga ko'ra, yallig'lanish jarayonining miokard va yurak o'tkazuvchanlik tizimiga ta'sirini ko'rish mumkin.

Xulosa. Shunday qilib, Covid-19 bolalarning yurak-qon tomir tizimiga uzoq muddatli ta'sir ko'rsatadi. Olingan ma'lumotlar COVID-19 bilan kasallangan bolalarda kardiopatiyalarni erta tashxislash, terapevtik va rehabilitatsiya tadbirlari majmuasini rejalashtirish, vaqt o'tishi bilan EKG va laborator ko'rsatkichlarni kuzatish zarurligini ko'rsatadi. Klinik-laborator o'zgarishlar aniqlangan bolalar pediater va bolalar kardiologi dispanser nazoratida bo'lishi lozim.

СКОЛИОЗ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА НОГИРОНЛИК ХАВФИНИ КАМАЙТИРИШ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ

Хасанова М.И., Шайхова М.И.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Сколиоз кўп тарқалганлиги, умуртқа поғонаси деформациясининг зўрайиши, болалар ҳаёт сифатини пасайишига олиб келадиган ногиронликка сабаб бўлувчи полиорган бузилишларнинг ривожланиши боис жиддий муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади (Волков М.В., Дедова В.Д. 1980, Burd J.A. (1988). 4 ёшдан 6 ёшгача ва 10 ёшдан 14 ёшгача бўлган интенсив ўсиш босқичлари сколиознинг ривожланиши ва зўрайишига нисбатан энг хавфли давр бўлиб ҳисобланади. Сўнгги пайтларда болалар ва ўсмирлар орасида қадди-қоматнинг кўпол нуқсонлари ва эрта ногиронликка олиб келувчи, юрак-қон томир ва ўпка тизими аъзоларининг бузилиши билан кечувчи идиопатик сколиоз энг кўп тарқалган.

Тадқиқот мақсади: Сколиоз билан оғриган болаларда ногиронлик хавфини камайтириш бўйича профилактика чора-тадбирларини ўрганиш.

Тадқиқот усуллари. Сколиоз билан оғриган болаларда ногиронлик хавфини камайтириш бўйича профилактика чора-тадбирларини ўрганиш учун маълумотларни тўплаш усули сифатида Республика болалар ортопедияси марказининг маълумотларидан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. Болаларда қадди-қоматнинг бузилиши асосида кўпинча кам ҳаракатлилиқ (гипокинезия) ёки бир хилдаги машқлар билан нораціонал шуғулланиш, нотўғри жисмоний тарбия ётади. Баъзи муаллифларнинг маълумотларига кўра идиопатик сколиоз умуртқа поғонаси патологик деформацияларининг деярли 80-85% ни ташкил қилади, касаллик кўпинча 10-15 ёшларда, яъни интенсив ўсиш ва скелетнинг етилиш даврида аниқланади. Сколиоз билан оғриган 4 ёшдан 17 ёшгача бўлган 128 нафар болалар ва ўсмирлар тадқиқот объекти бўлиб ҳисобланди, барча беморлар Республика болалар ортопедияси марказида даволанганлар. Аксарият ҳолатларда (28,1%) 10-13 ёшдаги болалар устунлик қилган. Ўртача ёш 10,2 ёшни ташкил қилган.

Беморлар ($n=128$) анамнезини ўрганишда шу нарса аниқланганки, ҳар 5 ҳолатларда уларнинг онасида ҳомиладорлик патологияси (токсикоз ва ҳомиладорликнинг турли мuddатларида ҳомиладорликни сақлаш бўйича стационарда даволанганлар), туғруқ фаолиятининг бузилиши, туғруқни стимуллаш аниқланган. 12,5% ҳолатларда умуртқа поғонаси деформацияси ака-укалар, опа-сингилларда кузатилган. Сколиоз симптомлари илк бор 4-6 ёш (15,6%), 7-9 ёш (21,1%); 10-13 ёшда (28,1%) намоён бўлган, 26,6% беморларда 14-17 ёшда аниқланган. Мактаб ва мактабгача ёшдаги болаларнинг нотўғри ўтириши, турли гажетлар билан узоқ вақт ўтказиши сколиознинг юзага келишига имкон яратган. Болалар мебелига қўйиладиган гигиеник талаблар антропометрия, физиология, эргономиканинг замонавий маълумотларига асосланади, бу болаларнинг баркамол

жисмоний ривожланиши, қадди-қоматининг тўғри бўлиши, меҳнат қобилиятининг узок муддатли сақланиши, кўриш ва таянч-ҳаракат аппаратининг бузилишларини олдини олишга ёрдам беради.

Хулоса. Сколиознинг олдини олиш учун болани тўғри ўтиришга ўргатиш ва йилига камида 2 марта ортопедик кўрувдан ўтиш зарур. Ҳар куни мушаклар, айниқса орқа мушаклар кучини оширишга ёрдам берадиган, умуртқа поғонасининг қийшайишига имкон бермайдиган, даволовчи гимнастика машқларини бажариш, қоматнинг бузилиши бўлган барча болаларга даволовчи сузиш машқлари билан шуғулланиш тавсия этилади. Аҳоли орасида ижтимоий–оқартув ишларини олиб бориш болалар ва ўсмирлар орасида идиопатик сколиознинг тарқалишини олдини олишга, сколиоз шаклланганида эса болаларда ногиронлик ривожланиши хавфини камайтиришга имкон беради.

ЗНАЧЕНИЕ ВИТАМИНА D ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Худайназарова С.Р., Курьязова Ш.М., Тошметова Б.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Внебольничная пневмония продолжает оставаться серьезной проблемой в медицинской практике, несмотря на улучшение профилактических мер и терапевтических подходов. Это обусловлено множеством факторов, включая устойчивость бактерий к антибиотикам, сложность диагностики и лечение, а также часто тяжёлое состояние пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

Цель: изучить особенности влияния недостаточности витамина D у детей раннего возраста с внебольничной пневмонией.

Материал и методы исследования. Изучен уровень сывороточного витамина D у 50 детей в возрасте от 1 до 3 лет, больных внебольничной пневмонией.

Результаты исследования. Полученные результаты свидетельствуют о том, что уровень витамина D у 30,4% детей был в норме (>50 нг/мл), у 45,2% детей - недостаточность, у 14,8% детей - дефицит витамин D. У детей в группе с недостаточностью и дефицитом Витамина D отмечалось тяжелое течение пневмония, гипертермический синдром - фебрильная температура сохранялась в течение 3 и более дней у 45,5% больных, у 54,5% больных отмечалась субфебрильная температура. Другим клиническим проявлением пневмонии был влажный кашель. На продуктивный кашель жаловались больные с недостаточностью или дефицитом Витамина D - в 76% случаев, а на сухой кашель - в 22,7%. Сухой кашель достоверно чаще встречался у детей в возрасте 2-3 лет, а продуктивный кашель – у детей в возрасте 1 года. Дети жаловались на снижение аппетита, слабость и утомляемость в 62% случаев, тогда как у 38% детей, у которых уровень витамина D был в норме, эти жалобы были легкими. Инспираторная одышка наблюдалась у детей с недостаточностью или дефицитом витамина D (77,8%), у остальных детей - смешанная одышка. При перкуссии грудной клетки выявляли укорочение легочного звука. Важным диагностическим признаком очаговой пневмонии являлось характерная клиническая картина в легких: на фоне жесткого дыхания выслушивалось стойкие локальные мелкопузырчатые хрипы и крепитация. Всем обследованным больным проводилось рентгенография грудной клетке, при этом выявлялось гомогенные инфильтративные тени, в виде очагов различной величины. Наиболее низкие показатели анемии 2 степень имели дети с дефицитом витамина D, что составила 78,6%, а анемия 1 степени имели дети с нормальной активностью витамина -5,6 %. Наиболее часто имело место высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов. У ряда больных обнаруживалось лейкопения со сдвигом формулы влево 8,8%. А также выявилось

ускорение СОЭ 52%. При исследовании биохимического анализа крови определяли гипопроотеинемия (до 65г/л белка) 20%, С- реактивной белок был повышен у 23% детей с дефицитом витамина D.

Выводы. Таким образом, внебольничная пневмония у детей раннего возраста протекает более тяжело у детей с недостаточность и дефицитом витамина D, имеют полиморфизм клинической симптоматики болезни.

БОЛАЛАРДА УРАНОПЛАСТИКА ОПЕРАЦИЯСИ НАТИЖАЛАРИ

Худойбердиев Х.Т., Туксонбоев Н.Х., Азизов М.К.

Самарқанд вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази

Мавзунинг долзарблиги. Танглай туғма нуқсонли (чегараланган ёки лаб ва альвеоляр усуқ билан бирга учровчи) юз-жағ тизимида учровчи кенг тарқалган аномалиялардан бири хисобланади. Бу патология дунё буйича 600 тирик туғилган чақалоқларнинг 1 тасига туғри келади.

Танглай туғма нуқсонлини тиклаш (уранопластика) нинг мақсади қаттиқ ва юмшоқ танглай анатомик структурасини реконструкцияси, беморнинг танглай-ютқин харакатини тиклаш орқали нутқини шакллантириш ва овқатланишини таъминлаш хисобланади. Уранопластикадан кейинги асорат мавжуд булган пайтта ноаниқ нутққа кушимча равишда юз урта қисмининг усишдан ортта қолиши, танглайда перфорация ва иккиламчи кемтикнинг шаклланиши каби асоратлар ривожланиши мумкин.

Мақсад: Юқори лаб ва танглай тўлиқ туғма нуқсонли беморларда уранопластикадан кейинги асоратларни урганиш.

Текшириш учун материал ва методлар. Самарқанд вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази, юз-жағ жаррохлиги бўлимида текшириш ва даволаш мақсадида 2020 й. январ ойидан 2024 й. апрел ойигача бўлган муддатда (478 та) уранопластика операцияси утқазилган ва юмшоқ танглай соҳасида қолдиқ кемтиги мавжуд булган 11 та (3 та беморда бошқа даволаш муасассаларида операция ўтқазилган) бемор ажратиб олинди ва Z-пластика (Лангенбек) усулда уранопластика операцияси ўтқазилди.

Ўтқазилган операциянинг эффеқтивлигини аниқлаш мақсадида қуйидаги кўрсаткичлар хисобга олинди: Анамнез, ота-она билан операциядан олдинги режа тузиш, юмшоқ танглай соҳасидаги кемтикнинг катталиги, бирламчи операциядан кейинги чандикланиш даражаси, тилчанинг холати, тўқима дефицити даражасини аниқлаш, кесма, фото хисобот, оперция ўтққзиш учун керакли материаллар (косметик иплар), операциянинг давомийлиги, операция вақтида қон кетиши, беморнинг умумий анализлари (қоннинг умумий тахлили, қоннинг биохимик тахлили, ЭКГ, сийдикнинг умумий тахлили), кейинги ўтқазилиги мумкин бўлган операция этаплари.

Текшириш натижалари. Умумий хисобда 5 ёшдан 9 ёшгача булган 11 та беморда Z-пластика (Лангенбек) усулда уранопластика операцияси ўтқазилди. Жумладан: 4 та (36%) беморда юмшоқ танглай соҳасида фистула мавжудлиги, 3 та (28%) беморда юмшоқ танглай соҳасида мушакларнинг тўлиқ бирлашмаганлиги, 4 та (36%) беморда юмшоқ танглайда тўлиқ иккиламчи кемтик шакланганлиги аниқланди. Барча беморларда Z-пластика (Лангенбек) усулда иккиламчи уранопластика операцияси ўтқазилди. Операция учун фақат маҳаллий тўқималардан фойдаланилди. Оёқчали лахтак ёки аутотрансплантлардан фойдаланилмади.

Ўтқазилган операция орқали барча беморларда иккиламчи кемтиклар бутунлай бартараф қилинди ва реабилитация давомида асоратлар аниқланмади. Операциядан кейин юмшоқ танглай анатомик структураси тикланди ва логопед билан мунтазам ишлаш орқали танглайнинг физиологик функцияси (нутқи) бутунлай тикланди.

Хулоса. Юмшоқ танглайнинг бирламчи операциясидан кейинги асорат учровчи сохада тўқималарнинг чандикланиши ва бу ўз навбатида туқиманинг мобилизациясини кийинлигини ва юқоридаги иккиламчи операциядан кейинги натижаларни инобатган олган ҳолатда юмшоқ танглайдаги иккиламчи кемтикларни бартараф қилиш учун Z-пластика (Лангенбек) усулидан фойдаланиш юқори самарадорли еканлигини билдиради.

FEATURES OF THE COURSE OF CHRONIC CONSTIPATION IN SCHOOL-AGE CHILDREN

Huseynova S.A., Rasulova L.T., Namazova B.A., Jafarova S.S.

Azerbaijan Medical University, Baku

Relevance. Today, the problem of chronic constipation is becoming more and more urgent, especially in school-age children.

Purpose. In order to analyze the structure of diseases in children who came to an outpatient appointment for constipation.

Materials and methods. 160 children aged 7 to 17 years were examined. The children were divided into 2 age groups: the first group - primary school age (7-12 years old) $n = 87$ and the second group - high school age (13-17 years old) $n = 73$. The duration of breastfeeding, allergy and family history, complaints, coprograms, stool bacteriograms, ultrasound of the abdominal organs, heart and colon, ECG, FGDS, irrigoscopy, rectoscopy with biopsy were assessed.

Results. Girls predominated in the older age group (62%). In younger age, out of 87 children with constipation, in 40 (34.8%) the final diagnosis was determined as IBS with a predominance of constipation, in 37.82% of cases this condition was accompanied by functional dyspepsia, and in 27.5% of cases it was observed at background of chronic gastroduodenitis. 1 child had a rectal polyp, chronic colitis occurred in 2 children. Anomalies in the development of the large intestine were found in 30 children (33.3%), of which 15 had dolichosigma, 14 had dolichocolon and 1 had incomplete intestinal rotation, and their constipation did not begin from birth, but there was a gradual decrease in stool with the achievement of delay it up to 5-7 days by school age. Functional constipation was registered in 45 (51.2%) patients, complicated by encopresis in 50% of cases. A history of allergies was observed in 50% of cases, atopic dermatitis in 14 out of 25 patients: the most common allergens were citrus fruits and milk (31%); gluten (12%). Various neurological disorders were observed in 30% of children.

In the older age group, colon anomalies were found in 4 (55%) cases, functional constipation in 32 (43.8%), IBS in 34 (46.6%) cases, and in each subgroup a high frequency of concomitant chronic gastroduodenitis was observed. Food allergies occurred in 54.3% of patients, neurological pathology in 39.2% of patients.

Conclusion. Thus, in children of primary and high school age, the structure of the disease is characteristic, the main manifestation of which is constipation.

ОЦЕНКА МИКРОНУТРИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Хуснидинова Х., Ашурова Д.Т., Абдуллаева У.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В современном мире свыше 5 млн детей рождены в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ): метода экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и внутриплазматической инъекции сперматозоидов (ИКСИ) [1]. В РУз по статистическим данным на 2022 год, с диагнозом бесплодие под диспансерным наблюдением находятся свыше 25 тысяч женщин и 7 тысяч мужчин. Порядок осуществления вспомогательных репродуктивных технологий утвержден приказом министра здравоохранения РУз (№ 3217 от 6.02.2020 г.). По данным многоцентрового когортного исследования Bonduelle M., охватывающего 540 детей, рожденных с помощью ИКСИ, 437 — с помощью ЭКО и 538, зачатых естественным путем, у детей, рожденных при помощи ВРТ, повышен риск заболеваний в детском возрасте, операций и состояний, требующих медицинской помощи, а также частота госпитализаций в специализированные учреждения.

Материалы и методы. Данное исследование было проведено на базе 7 поликлиники города Ташкента, был проведен ретроспективный анализ обменных карт женщин и проведен анкетный опрос участников исследования, затем детям была проведена антропометрия и взята кровь для изучения микронутритивного статуса.

Результаты и обсуждение. Были проанализированы в сравнительном аспекте антропометрические показатели роста и массы детей в возрасте от 2 мес до 5 лет, рожденных при помощи ВРТ, и сравнивались эти показатели с данными детей, зачатых спонтанно. Было выявлено, что дети, рожденные с помощью ВРТ, имели более низкие показатели роста, массы тела и ИМТ в возрасте 2 мес, а также более низкий показатель массы тела и после 6 мес.

Для определения влияния самой процедуры ВРТ на рост детей были проанализированы и факторы недоношенности и массы тела при рождении. Также, было отмечено, что у 33 детей, рожденных в результате переноса эмбрионов в свежем цикле, что в младшем дошкольном возрасте они были выше детей из группы контроля (группа контроля – дети зачатые естественно).

Изучался уровень йода и гормонов Т3 и Т4, так как йод принадлежит к жизненно важным микроэлементам, является составной частью гормонов щитовидной железы: тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3), определяющих активность течения практически всех метаболических процессов в организме. До 90% органического йода в организме человека приходится на долю гормонов щитовидной железы, которые контролируют состояние энергетического обмена, интенсивность основного обмена веществ и уровень теплопродукции. Незаменима их роль в психическом и физическом развитии детей, дифференцировке и созревании тканей, особенно центральной нервной системы, поддержании эмоционального тонуса, деятельности сердечно-сосудистой системы и печени. Недостаточность йода у наших пациентов приводит к угнетению функций щитовидной железы и развитию эндемического зоба.

По данным Seelen M., существует мнение, что дети, быстро набравшие массу тела в раннем возрасте, входят в группу риска развития повышенного артериального давления в более позднем возрасте. Для подтверждения приведенных данных необходимы многоцентровые исследования с использованием современных статистических программ.

Выводы. Различия в физическом здоровье детей, родившихся в результате ВРТ и естественного зачатия, обусловлены неблагоприятным воздействием факторов,

ассоциирующихся с многоплодной беременностью и недоношенностью. Есть основания считать, что факторы риска сердечно-сосудистых и метаболических расстройств, проявляющиеся в детском возрасте, могут усугубляться в течение последующей жизни и приводить к хроническим кардиометаболическим заболеваниям.

ERTA YOSHDAGI BOLALARDA ANTIBIOTIK BILAN BOG'LIQ DIAREYALARNING KELIB-CHIQISHI

Shavdirova G.M., Rabbimova D.T.

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti

Mavzuning dolzarbligi. Bolalardagi diareya muammosini o'rganishga bo'lgan qiziqish ularning keng tarqalishi, polietiologiyasi, differensial diagnostikaning qiyinligi, o'tkir va surunkali kechishi bilan bog'liq. So'ngi yillarda xorijiy va mahalliy mualliflar antibiotik bilan bog'liq diareyalarning ortib borayotganligiga ahamiyat berishmoqda.

Tadqiqotning maqsadi: antibiotik bilan bog'liq diareya bilan og'rigan erta yoshdagi bolalarda Clostridium difficile infeksiyasining rolini aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ushbu tadqiqot Samarqand viloyat ko'p tarmoqli tibbiyot markazida(bosh vrach-prof.Azizov M.K) o'tkazildi, antibiotiklar bilan bog'liq diareya bilan og'rigan 2 oylikdan 1.5 yoshgacha bo'lgan 68 nafar bola kuzatildi. Antibiotik bilan bog'liq diareya, agar boshqa sabab aniqlanmagan bo'lsa, 2 yoki undan ortiq kun davomida bo'shashgan najasning 3 yoki undan ortiq epizodlari sifatida aniqlanadi. Tekshiruvdan o'tgan antibiotik bilan bog'liq diareya, bilan og'rigan bemorlarning yosh tarkibida bir yoshgacha bo'lgan bolalar 76,5% ni (52 bola) tashkil etadi. 1 yoshdan katta yosh guruhlarda-23,5%(17 bemor).

Tadqiqot natijalari. Tekshirilgan antibiotiklar bilan bog'liq diareya bilan og'rigan 68 bemorning 32 tasida Clostridium difficile infeksiyasi aniqlangan, 47% ni tashkil qiladi. A va B toksinlari kasalxonada yotganda antibiotik bilan bog'liq diareya bo'lgan bemor bolalarda aniqlangan va bu 18,7% ni tashkil etadi(6 nafar). Turli nozologiyalar bilan davolangan bemor bolalar orasida Clostridium difficile infeksiyasining tarqalishini tahlil qilganda, antibakterial terapiyadan foydalanish vaqtida gastroenterologik patologiyasi bo'lgan bolalar orasida uning nisbati yuqori ekanligi aniqlandi, bu oshqozon-ichak traktining shikastlanish darajasi va kasalliklarning og'irligi hamda ichaklardagi yallig'lanish darajasi bilan bog'liq bulishi mumkin ekanligi aniqlandi.Antibakterial terapiyani qo'llash usulining Clostridium difficile infeksiyasini aniqlashga ta'sirini o'rganganda, antibiotiklarni enteral qabul qilinganda ushbu infeksiyani rivojlanish xavfi, antibiotik bilan bog'liq diareya klinik ko'rinishlarining namoyon bo'lishi 68%, parenteral qabul qilishda esa 31,25% hollarda aniqlandi. Biz Clostridium difficile infeksiyasining rivojlanishi uchun xavf omili kombinatsiyalangan antibiotik terapiyasi ekanligini aniqladik: kombinatsiyalangan terapiya chastotasi 65,6%(22 bemor). Bunda bir vaqtning o'zida bir nechta antibiotiklarni qabul qilish ularning oshqozon-ichak traktidagi mikroekologik munosabatlarga salbiy ta'sini kuchaytirishi, toksik ta'sir doirasini kengaytirishi va natijada Clostridium difficilening o'sishi va kolonizatsiyasi uchun qo'shimcha sharoit yaratilishi bilan izohlanadi. Bizning tadqiqotimizda C. difficile toksinlarining shakillanishi va kasallikning rivojlanishida eng ko'p antibiotik ampitsillin(34,4%) va III avlod sefalosporini(28,2%) ekanligi aniqlandi. C.difficile infeksiyasining rivojlanishi uchun xavf omili antibiotiklar bilan kombinatsiyalangan terapiya hisoblanadi:C. difficile-musbat guruhda ushbu davolash variantini qo'llash chastotasi C. difficile-salbiy guruhdagi chastotadan(59%sezilarli darajada oshadi 37,70%-mos ravishda, p=0.011). Buni bir vaqtning o'zida bir nechta antibiotiklarni qabul qilish ularning oshqozon-ichak traktidagi mikroekologik munosabatlarga salbiy ta'sirini kuchaytirishi, toksik ta'sir doirasini kengaytirishi va natijada C. difficilening o'sishi va kolonizatsiyasi uchun qo'shimcha sharoit yaratishi bilan izohlanadi.

Xulosa qilganda, erta yoshdagi bolalarda antibiotik bilan bog'liq diareyaning etiologik tuzilishida *C. difficile* infeksiyasining ulushi 47% ni tashkil etadi. Rivojlanish uchun xavf omili antibiotiklar bilan kombinatssiyalangan antibakterial terapiya hisoblanadi.

ТУГМА ЮРАК НУҚСОНЛАРИ БИЛАН ТУҒИЛГАН БОЛАЛАРНИНГ КЛИНИК-АНАМНЕСТИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Шамансурова Э.А., Исаханова Н.Х.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Хозирги вақтда бутун дунёда туғма юрак нуқсони (ТЮН) муаммоси долзарблигича қолмоқда. Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига асосан, ҳар йили 303 000 нафар бола хаётининг биринчи 4 хафталигида ривожланиш нуқсонларидан вафот этади. Туғма юрак нуқсонлари билан туғилган болаларда жисмоний ва мотор ривожланишининг ўзига хослиги мавжуд бўлиб, бу эса бола хаётига сезиларли таъсир кўрсатадиган ва ушбу бемор болаларда текшириш ва реабилитация усулларини ўтказишда алоҳида эътибор беришни таъқазо этади.

Тадқиқот мақсади: Хаётининг биринчи йилида ТЮН билан туғилган болаларнинг гемодинамик бузилишлар даражаси ва жаррохлик амалиётидан сўнг клиник-анамнестик хусусиятларини ўрганиш.

Текшириш усуллари. Тадқиқот проспектив усулида 2022-2023 йиллар давомида хаётининг биринчи йилида назоратда бўлган 60 нафар бола текширувдан ўтказилди. Асосий гуруҳга ТЮН ташхиси қўйилган 31 нафар бола киритилган. Назорат гуруҳига эса 30 нафар ТЮН бўлмаган I-IIА саломатлик гуруҳига кирувчи болалар киритилди. Тадқиқотнинг мезонлари қуйдагилардан иборат: асосий гуруҳига боланинг ёши 0-12 ойлик, туғма юрак нуқсонлари ташхиси мавжудлиги ва тадқиқотга ота-оналар розилиги олинганлиги. Саломатлик комплексини баҳолашда анамнез маълумотлари, жисмоний ва психомотор ривожланишини баҳолаш, объектив текширув, болаларни касалланишини таҳлил қилиш ва саломатлик гуруҳини аниқлашни ўз ичига олади.

Олинган натижалар. Текширув натижаларига кўра, жаррохлик аралашуви асосида асосий гуруҳдаги болалар 2та кичик гуруҳларга бўлинди: I А кичик гуруҳига 18нафар (58,1%) ТЮН билан хаётининг биринчи йилида жаррохлик амалиёти ўтказган болалар, IIА кичик гуруҳи эса 13 нафар (41,9%) ТЮН билан хаётининг биринчи йилида жаррохлик амалиёти талаб этилмайдиган болалар киритилди. Анамнез маълумотлари шуни кўрсатдики, онанинг ўртача ёши, хомиладаорлик ва туғриқлар сонининг ўртача кўрсаткичи, бундан ташқари онанинг акушерлик анамнези ва хомиладаорликнинг кечиши ТЮН мавжуд болаларда назорат гуруҳи болалари билан солиштирганда ишончлик кўрсаткичида фарқ аниқланмади. Болани овқатлантириш таҳлил қилинганда аниқландики суний овқатлантиришда бўлган асосий гуруҳдаги болаларда назорат гуруҳидаги болаларга нисбатан кўп учраши ишончилиги юқори бўлди (55,7% ва 5,7% мос равишда; $p < 0,001$). ТЮН мавжуд болаларда назорат гуруҳига нисбатан чала туғилган болалар туғилиши кўпроқ кузатилди (27,7% ва 0%; $p < 0,001$), ва АПГАР шкаласи бўйича паст баҳоланди (биринчи дақиқасида- $6,4 \pm 1,2$ ва $7,1 \pm 0,5$; $p < 0,001$; — ва 5чи дақиқасида- $7,4 \pm 1,1$ ва $8,0 \pm 0,5$; $p < 0,001$), кўпроқ оғир ҳолатда туғилгани аниқланди (27,9% ва 0%; $p < 0,001$), хаётининг биринчи суткасида умумий ҳолатини ёмонлашуви (8,2% ва 0%; $p < 0,04$), ҳамда туғилганда ўсиш ва ривожланиш кўрсаткичлари жуда паст даражада бўлиши ишонarli бўлди ($p < 0,02$). Касалланиш кўрсаткичлари шуни кўрсатдики, нерв тизимини перенатал бузилишлари асосий гуруҳ болаларининг ярмидан кўпида ишонarliлиги назорат гуруҳига нисбатан юқори бўлди. (65,6% ва 18,9%; $p < 0,001$). Кузатув даврида нафас тизими касалликлари назорат гуруҳига (34,0%, $p < 0,03$) нисбатан ТЮН мавжуд 58,9 % болаларда кузатилди. ТЮН мавжуд

болаларда ўз соғлом тенгдошларига нисбатан хаётининг биринчи йилида нисбатан жисмоний ривожланишдан ортда қолиши кўпроқ намоён бўлди. Хаётининг биринчи йилида ва назорат гурухига нисбатан тана вазни ўртача пасайиши (<25%) кузатилди. ($p=0,000$ -3чи ва 6 чи ойларида, $p < 0,03$ -12 ойида).

Хулоса. Шундай қилиб, болалар саломатлигини комплекс баҳолаш шуни кўрсатдики, ТЮН билан туғилган болаларнинг эрта неонатал даври оғир кечиши (Апгар шкаласини пастлиги, туғилганда оғир холатда бўлиши, хаётининг биринчи кунда холатининг оғирлашиши), жисмоний ривожланишдан ортда қолиши, тана вазнининг танқислиги ривожланишини юқори хавфи ва оқсил энергетик етишмовчиликлари бола хаётининг биринчи йилида III(64,1%) ва IV (35,9%) саломатлик гурухларини юқори даражада шаклланишига олиб келиши аниқланди.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СПИРОМЕТРИИ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В ПРИАРАЛЬЕ

Шамсиев Ф.М., Иномов Б.Н., Азизова Н.Д., Узакова Ш.Б., Абдуллаева М.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Актуальность. Спирометрия является наиболее широко используемым неинвазивным исследованием вентиляционной функции и оценивает механические или сиффонные свойства легочной системы путем измерения динамических или дыхательных объемов и емкостей легких. В сочетании с измерением артериального давления газа или легочного газообмена, спирометрия обеспечивает общую оценку функции легких, подходящую для выявления, дифференциации и диагностики различных респираторных заболеваний, а также объективный метод отслеживания результатов терапии с течением времени.

Целью нашего исследования явилось – изучить особенности функции внешнего дыхания у детей с муковисцидозом в регионе Приаралья.

Материалы методы. В настоящей работе представлены данные обследования 47 детей старше 6 лет находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. В соответствии с циркадными колебаниями бронхиальной реактивности исследование проводилось 47 детям в одинаковое время – в 11.00. Детям, поступившим до 11 часов, спирография проводилась в тот же день, при условии отмены бронхолитиков: β -агонисты короткого действия отменены за 6 часов до исследования, β -агонисты длительного действия за 12 часов. Регистрация легочных объемов проводилась на оборудовании SHILLER. В качестве группы сравнения обследованы дети с рекуррентным течением обструктивного бронхита в регионе Приаралья.

Результаты исследования. При анализе спирометрических данных у больных с МВ в регионе Приаралья выявлены нарушения ФВД по рестриктивному типу – у 8 (57,1%) детей, что на 2,3 раза больше по сравнению с группой детей с МВ по Республике, по обструктивному типу – у 2 (14,3%) детей и комбинированный тип у 4 (28,6%) детей. У детей с МВ в регионе Приаралья, выявленный рестриктивный тип нарушений ФВД характеризовался снижением жизненной емкости легких (ЖЕЛ) и параллельное снижение ОФВ1, что свидетельствует о снижении растяжимости легких и развитии фиброза. Результаты исследований ФВД у обследованных больных позволили установить нарушения различной степени выраженности. У больных с МВ в Приаралья в фазе обострения заболевания выявлены следующие отклонения: достоверное снижение уровня ОФВ1 в 1,1 раз, по отношению к группе детей с МВ по Республике ($50,35 \pm 1,3$ % при $55,7 \pm 0,63$ %, $P < 0,05$). В свою очередь у детей с ОБРТ в Приаралья отмечается достоверное

снижение уровня ОФВ1 в 1,16 раз, по отношению к группе детей с ОБРТ по Республике ($P < 0,01$). При изучении уровня ЖЕЛ было выявлено его достоверное снижение в 1,1 раза у детей с МВ в Приаралья по отношению к группе детей с МВ по Республике ($52,9 \pm 1,1\%$ при $56,9 \pm 0,93\%$, $P < 0,05$). В свою очередь у детей с ОБРТ в регионе Приаралья отмечается достоверное снижение относительного числа ЖЕЛ в 1,1 раз, по отношению к группе детей с ОБРТ по Республике ($P < 0,01$). Отмечалось достоверное повышение индекса Тиффно у детей с МВ в зоне Приаралья ($44,7 \pm 2,0\%$ при $54,4 \pm 0,71\%$ у детей с МВ по Республике, $P < 0,001$), и достоверно снижен в 1,2 раз по отношению к группе детей с ОБРТ в Приаралья ($53,2 \pm 1,12\%$, $P < 0,001$). В группе детей больных с ОБРТ в регионе Приаралья отмечалось достоверное снижение в 1,1 раз относительного числа индекса Тиффно по отношению к группе детей с ОБРТ по Республике ($P < 0,01$).

Отмечалось достоверное снижение в 1,1 раза уровня МОС50, у детей с МВ в регионе Приаралья ($45,9 \pm 1,8\%$ при $49,7 \pm 0,71\%$ у детей с МВ по Республике, $P < 0,05$), и достоверное снижение в 1,12 раз по отношению к группе детей с ОБРТ в регионе Приаралья ($51,4 \pm 1,1\%$, $P < 0,01$). В группе детей больных с ОБРТ в Приаралья отмечалось достоверное снижение в 1,1 раз уровня МОС50 по отношению к группе детей с ОБРТ по Республике ($P < 0,01$).

Заключение. Таким образом, при бронхолегочной патологии у детей с муковисцидозом в регионе Приаралья оценка функции внешнего дыхания характеризовалась рестриктивным типом нарушения вентиляции легких, что говорит преобладанием воспалительного компонента в данном регионе.

БИОХИМИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ф.М., Мирзаназаров М.М.

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

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является одной из самых актуальных проблем детской пульмонологии. Несмотря на имеющиеся положительные результаты в изучении патогенеза, диагностики и лечения этого заболевания отмечается неуклонный рост заболеваемости и угрожающих жизни осложнений. Роль наследственности в развитии БА неоспорима, кровные родственники половины пациентов БА имеют аллергические патологии и БА. Также известно, что важными факторами, определяющими состояние здоровья ребенка и его развитие, являются особенности акушерского анамнеза, состояние ребенка при рождении и его развитие до наступления настоящего заболевания.

Цель: определить некоторые биохимические и иммунологические прогностические критерии детей, больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования. 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 острым обструктивным бронхитом (ООБ) 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 супероксиддисмутаза и каталазы в лимфоцитах по сравнению с показателями больных ОБ. Результаты исследований иммунного статуса детей с БА и ОБРТ выявили снижение содержания CD3+, CD4+, CD8+- лимфоцитов и фагоцитарная активность нейтрофилов по сравнению с

показателями больных ОБ. Количество CD16⁺ и CD20⁺ - лимфоцитов было достоверно повышенным по сравнению с показателями больных ОБ. При оценке вегетативного статуса результаты показали возрастание частоты гиперсимпатикотонических вариантов исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности - у 93,3% детей с ОБРТ и - у 86,7% больных БА, что характеризовало максимальное напряжение адаптивных процессов. При оценке психологического состояния детей с ОБРТ и БА при гиперсимпатикотонических вариантах исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности - у 66,7% отмечается раздражительность. При анализе системы гемостаза у детей с БА и ОБРТ выявлены повышение гемокоагуляционной активности, то есть усиление времени рекальцификации, фибриногена, толерантности плазмы к гепарину, уменьшение свободного гепарина в сыворотке.

Выводы. Таким образом, 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 ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Шамсиев Ф.М., Узакова Ш.Б., Азизова Н.Д., Иномов Б.Н., Атажанов Х.П.

Республиканский специализированный научно-практический центр педиатрии

Актуальность исследования заключается в высокой распространённости муковисцидоза и его тяжёлом влиянии на здоровье детей, особенно в регионе Приаралья, где неблагоприятные экологические условия усугубляют течение заболевания. Изучение иммунного статуса детей с муковисцидозом в данном регионе важно для разработки эффективных методов диагностики и лечения, направленных на улучшение качества жизни и снижение частоты обострений бронхолегочной патологии.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенности клинического течения и иммунного статуса у детей с муковисцидозом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 110 больных муковисцидозом в возрасте от 6 мес. до 14 лет. Для постановки диагноза учитывались анамнестические данные, результаты клинических, лабораторных, функциональных и иммунологических методов исследования. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюдента.

Результаты и их обсуждения. Широкая программа иммунологических исследований показало, что у лиц детского возраста с наличием МВ в регионе Приаралья на этапе обострения патологий регистрируются такие проявления как: выраженное уменьшение относительной концентрации CD3⁺ лимфоцитов в 2 раза, по отношению к контрольной группе (32,1±1,46% при 65,2±6,4% у представителей группы контроля), в 1,3 раза относительно детей с ОБРТ в регионе Приаралья (при 42,1±1,3% у детей с ОБРТ, P<0,01) и по отношению к группе детей с МВ по Республике – в 1,2 раза (38,7±1,84 мг/% P<0,05).

В ходе исследования концентрации лимфоцитов CD4⁺ типа было установлено их достоверное снижение в 1,8 раза у детей с МВ в регионе Приаралья по отношению к контрольной группе (21,7±1,1%, при 39,1±2,1% у представителей группы контроля), в 1,3 раза относительно детей с ОБРТ в регионе Приаралья (при 28,4±1,2% у детей с ОБРТ, P<0,01) и по отношению к группе детей с МВ по Республике – в 1,2 раза (26,4±1,16мг/% P<0,05). Число CD8⁺-лимфоцитов у больных детей с МВ превышало в 1,8 раза показатели

контрольной группы ($34,6 \pm 0,87\%$ и $19,5 \pm 1,9\%$), достоверное повышение в 1,2 раз по отношению к группе детей с ОБРТ в регионе Приаралья ($27,6 \pm 1,12\%$, соответственно $P < 0,01$) и по отношению к группе детей с МВ по Республике – в 1,1 раза ($31,2 \pm 1,2\text{мг}/\%$ $P < 0,05$). Вместе с этим отмечалось достоверное повышение в 2,0 раза относительного числа CD16⁺-лимфоцитов, относительно представителей группы контроля и составило $31,4 \pm 1,65\%$ при $15,4 \pm 1,9\%$ у практически здоровых детей. Относительное число CD16⁺-лимфоцитов у детей с МВ по отношению к группе детей с ОБРТ в Приаралья было 1,3 раз выше, этот показатель у детей с ОБРТ составил $23,5 \pm 1,6\%$ ($P < 0,01$). У детей с МВ и ОБРТ также нами определилось достоверное снижение ФАН. У детей с МВ в Приаралья оно составило $34,7 \pm 1,3\%$, что было в 1,7 раз меньше по отношению к контрольной группе ($58,5 \pm 2,3\%$). Содержание ФАН у детей с МВ в Приаралья было в 1,2 раз меньше по сравнению с группой детей с ОБРТ в Приаралья и составило $42,9 \pm 1,4\%$ ($P < 0,001$) и по отношению к группе детей с МВ по Республике – в 1,1 раза ($39,9 \pm 1,5\%$ $P < 0,05$). В группе лиц детского возраста с наличием МВ регистрировалась динамика увеличения концентрации лимфоцитов CD20 типа в 1,9 раза ($34,5 \pm 1,42\%$ при $18,2 \pm 1,7\%$ у детей контрольной группы). У детей из группы детей с ОБРТ в Приаралья также отмечалось достоверное повышение CD20⁺-лимфоцитов, в 1,4 раз и составило $25,8 \pm 1,2\%$. Относительное число CD20⁺-лимфоцитов у детей с МВ по отношению к группе детей с ОБРТ в Приаралья было 1,3 раз выше, этот показатель у детей с ОБРТ составил $25,8 \pm 1,2\%$ ($P < 0,01$) и по отношению к группе детей с МВ по Республике – в 1,2 раза ($29,6 \pm 1,16\%$ $P < 0,05$).

Дети с МВ имели изменения более выраженные. IL-1 β и IL8 – провоспалительные цитокины, которые являются классическими. Анализируя представленные данные, стоит отметить, что у детей с МВ в зоне Приаралья концентрация интерлейкина1бета увеличилось в 6 раз в сравнении с контрольной группой, при этом средние значения составили $179,5 \pm 6,42$ пг/мл относительно лиц детского возраста с наличием ОБРТ в области Приаралья увеличился на 80% ($102,3 \pm 4,2$ пг/мл, $P < 0,001$), относительно лиц детского возраста с МВ по Республике повысился в 1,2 раза ($148,6 \pm 5,7$ пг/мл, $P < 0,01$). Концентрация интерлейкина4 увеличилась в 5.5 раз в сравнении с контрольной группой, что в средней равно $25,3 \pm 1,0$ пг/мл, относительно группы лиц детского возраста с наличием ОБРТ в области Приаралья увеличился на 70% ($14,7 \pm 1,1$ пг/мл, $P < 0,001$), относительно лиц детского возраста с МВ по Республике повысился в 1,4 раза ($17,8 \pm 1,0$ пг/мл, $P < 0,01$). IL-8 – мощный медиатор воспаления, относящийся к группе хемокинов. Он действует на иммунокомпетентные клетки и инициирует воспалительный ответ. В наших исследованиях у всех больных была значительно увеличена концентрация интерлейкина8. У лиц с наличием МВ концентрация IL-8 в среднем была равна $112,8 \pm 6,22$ пг/мл, что в 5.3 раз превышает данные значения у представителей группы контроля. Также, установлено выраженное повышение концентрации интерлейкина8 у детей с МВ в зоне Приаралья по отношению к группе детей с ОБРТ в регионе Приаралья ($72,6 \pm 3,3$ $P < 0,01$).

При сравнении группы сравнения с детьми ОБРТ и группой детей с МВ отметили расхождение статуса цитокинов, более сильную у больных детей с МВ в регионе Приаралья. Одним из ведущих методов протекции организма от воздействия вирусов и бактерий является система интерферонов организма. Проведенные исследования анализ данных уровня интерферонов гама у лиц с наличием МВ, в частности, у лиц, проживающих в области Приаралья, доказали выраженную недостаточность данного интерферона. Так у лиц детского возраста с наличием МВ и проживающих в области Приаралья концентрация IFN γ имел средние значения около $14,5 \pm 0,75$ пг/мл, что в свою очередь в 2.4 раза меньше относительно группы контроля, концентрация которых составила $34,3 \pm 2,7$, также регистрируется выраженное уменьшение концентрации интерферона гамма у детей с МВ в Приаралья по сравнению с детьми ОБРТ в Приаралье в 1,3 раза ($21,4 \pm 2,4$ $P < 0,05$). Наблюдается регулярное снижение IFN γ во всех изучаемых группах, но при этом имеет более сильное проявление у детей с МВ.

Заключение. Таким образом, выявленные характеристики цитокинового статуса у детей, страдающих от муковисцидоза, которые включают активацию IL-1 β , IL-4, IL-8 и снижение IFN γ , в зависимости от развития воспалительного процесса, нужно рассматривать как критерий экспрессии и развития патологии, а также участия защитной системы в патологическом процессе и ее дисбалансирования. По нашему мнению, избыточное производство провоспалительных и противовоспалительных цитокинов говорит о дисфункции деятельности всех аспектов защитной системы, что в свою очередь становится причиной прогресса ведущей патологии и нуждается в результативном лечении.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЗАТЯЖНОМ ТЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19

Шамсиев Ф.М., Жуманиезов Н.Б.

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

Актуальность. Несмотря на стандартизацию лечения, все же темпы обратного развития воспалительного процесса в легких часто не достигают ожидаемых нами результатов. Медленный же регресс воспалительного процесса называют «затяжным течением» пневмонии. Глобализация приводит к возникновению и распространению новых инфекционных заболеваний, которые не поддаются традиционному лечению. Особую роль в развитии затяжного-течения ВП играет ранее перенесенный COVID-19, и развившиеся после него постковидные состояния. Нам было важно установить роль про- и противовоспалительных цитокинов в формировании затяжного-течения внебольничной пневмонии у детей, после перенесенного COVID-19. Недостаточность клеточного и гуморального механизмов иммунитета и дисбаланс цитокинового звена у больных с ВП затяжного течения определяет тяжесть течения заболевания.

Цель исследования: изучить клинико-иммунологические особенности затяжного течения внебольничной пневмонии у детей после перенесенного COVID-19.

Материалы и методы исследования. В исследование вошло 26 детей с внебольничной пневмонией затяжного течения (ВПЗТ), после перенесенного COVID-19, в возрасте от 1 года до 15 лет (I группа), находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии РСНПМЦП МЗ РУз.

Результаты исследования. При изучении анамнеза у детей с ВПЗТ после перенесенного COVID-19, отмечен ряд неблагоприятных факторов. Так, у 46,2% (13) матерей наблюдаемых детей установлены осложнения беременности и родов в виде токсикоза I и II половины беременности, угрозы выкидыша у 42,8% (12), анемия I-II степени у 85,7% (24), что достоверно выше, чем у детей из группы ВП (40,0%; 36,6%; 76,6% соответственно). Основным клиническим проявлением ВПЗТ после перенесенного COVID-19 был кашель, в основном влажный у 89,2% (25) больных, цианоз наблюдался у 21 (75,0%) больных, одышка была у 26 (92,8%) больных, влажные хрипы прослушивались у 100,0%, сухие хрипы у 18 (64,3%) больных. Результаты исследования цитокинов показали повышение уровней IL-1 β , IL-4, IL-8 и TNF α у детей с ВПЗТ после перенесенного COVID-19, и оставались выше чем у детей с ВП. Продукция IFN γ с ВПЗТ составила при $19,5 \pm 1,7$ против $24,2 \pm 1,4$ по сравнению с группой контроля ($P > 0,05$). При ВПЗТ уровень IL-1 β повысился в 3,5 раз по сравнению с данными контрольной группы, что составило в среднем $103,2 \pm 6,7$ пг/мл ($P < 0,01$). Уровень IL-6 у детей с ВПЗТ был в 2 раза выше контроля, уровень IL-4 повысился в 3,2 раза до $14,9 \pm 0,9$ пг/мл. IL-8 в группе ВПЗТ в 2,9 раз выше показателей контрольной группы. При анализе содержания TNF α у больных ВП нами

отмечено его увеличение до $64,2 \pm 3,2$ пг/мл по сравнению с ($P < 0,01$) контрольной группе и повысился в 1,5 раза ($42,3 \pm 2,1$ пг/мл). У детей с ВПЗТ этот показатель составил $73,5 \pm 6,1$ пг/мл, что в 1,7 раз выше контроля. Проведенные нами исследования по изучению уровня IFN γ у больных ВП показали глубокий дефицит в его содержании. Так, у детей, больных ВП уровень сывороточного IFN γ в среднем составило – $24,6 \pm 1,4$, что в 1,3 раза ниже, чем при контрольной группе ($34,3 \pm 2,7$ пг/мл).

Выводы. ВПЗТ у детей после перенесенного COVID-19, развивались в большинстве случаев на неблагоприятном преморбидном фоне. У 46,2% матерей наблюдаемых детей установлены осложнения беременности и родов. ВПЗТ у детей после перенесенного COVID-19, характеризовалась дисбалансом цитокинового статуса, выражающегося повышением уровней IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-8, TNF α , и снижением IFN γ , в зависимости от развития воспалительного процесса, что способствует замедлению выздоровления и служит дополнительным прогностическим критерием в диагностике и лечении затяжного течения ВП после перенесенного COVID-19.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА

Шарипова Н.П., Шамсиев Ф.М.

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

Актуальность. В настоящее время выделяют два типа проявлений бронхообструктивного синдрома (БОС) в зависимости от триггеров: это эпизодический тип, который характеризуется периодическим появлением при респираторных инфекциях, чаще у детей старше 1 года, но возможен и в других возрастных группах (частота уменьшается к 6 годам); и мультифакторный тип появляется под воздействием различных триггеров, таких как аллергены, табачный дым, эмоциональное волнение, холодный воздух. Некоторые исследователи утверждают, что при этом типе наблюдается хроническое аллергическое воспаление дыхательных путей, но данных об этом пока недостаточно.

Цель исследования: провести сравнительную клинко-иммунологическую оценку основных фенотипов бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось у 40 пациентов в возрасте от 1 до 3 лет с персистирующими симптомами БОС, находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии. Разделение детей по фенотипам БОС на эпизодические и мультифакторные, основывалось на рекомендациях GINA-2023 и ERS (European Respiratory Society) от 2018 года для детей с wheezing синдромом. Оценка иммунологических показателей включала в себя исследование IL-4, IL-8, IFN γ , TNF α .

Результаты исследования. БОС в иностранной литературе получил название wheezing-синдром, так как свистящие звуки - дистантные или выслушиваемые при аускультации - его основные проявления. При обследовании было выявлено, что у 65,0% (26) детей единственным триггером, провоцирующим обструкции, были инфекционные заболевания дыхательных путей (I группа с эпизодическим фенотипом). У 25,0% (14) исследуемых обструкции возникали при других аллергенах (II группа – мультифакторный фенотип). В I группе аллергологический анамнез был отягощен у 34,6% детей (по бронхиальной астме - у 33,3%, по аллергическому риниту - у 22,2%, по атопическому дерматиту – 22,2%, по крапивнице – 11,1%, по лекарственной аллергии - у 11,1%). У детей II группы наследственная отягощённость отмечалась у 57,1%, чем в I - 17,74% от общего

числа детей в этой группе. В структуре сопутствующих аллергических заболеваний во II группе аллергический ринит составил 64,2%, атопический дерматит составил 57,1%, аллергический конъюнктивит у 7,14%, лекарственная аллергия у 14,2%. Ярко выраженная гиперреактивность бронхов была выявлена в 64,2% случаев, умеренная – в 28,5%, слабая - в 11,1%. В I группе выраженная гиперреактивность бронхов была зафиксирована у 26,9% детей, умеренная - у 38,4%, слабая – у 34,6%. Среднее количество бессимптомных дней составляло $18,26 \pm 1,3$. У пациентов с эпизодическим фенотипом БОС клиническая картина имела ряд отличий от проявлений БОС у детей с мультифакторным фенотипом. Во-первых, симптомы наблюдались только на фоне вирусных инфекций. У 27,5% пациентов симптомы бронхообструкции появлялись в первые три дня заболевания. Изучение цитокинов показало, что у всех пациентов с мультифакторным фенотипом уровень IL-4, IL-8 достоверно выше по сравнению с пациентами с эпизодическим фенотипом БОС. Содержание IFN γ характеризовалось значительным разнообразием, между исследуемыми группами не было отмечено статистически достоверных различий. У детей с мультифакторным фенотипом TNF α оказался достоверно выше, чем у пациентов с эпизодическим фенотипом.

Выводы. Бронхообструктивный синдром встречался чаще у мальчиков. Отягощение наследственного аллергологического анамнеза у детей II группы отмечалось чаще, чем в I. Во II группе БОС часто были ассоциированы с другими аллергическими заболеваниями, чаще наблюдалась выраженная гиперреактивность бронхов, чем у детей I группы. Для мультифакторного фенотипа БОС характерны: более выраженные ночные симптомы, персистирующий характер течения заболевания, дебют обструктивного синдрома в возрасте старше 1 года, более высокий уровень общего IgE, IL-8, IL-4, TNF α более высокий показатель сопротивления дыхательных путей и бронхиальной гиперреактивности. Для эпизодического фенотипа БОС характерны: более выраженные дневные симптомы, интермиттирующий характер течения заболевания, дебют обструктивного синдрома в возрасте младше 3 лет, более низкий, чем при мультифакторном фенотипе, уровень общего IgE, IL-8, IL-4, TNF α , более низкий показатель сопротивления дыхательных путей и бронхиальной гиперреактивности.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

Шарипова Н.П., Шамсиев Ф.М.

Национальный детский медицинский центр
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр педиатрии

Актуальность. Заболевания дыхательных путей, которые сопровождаются развитием бронхообструктивного синдрома (БОС), часто встречаются у маленьких детей и являются одной из главных причин госпитализации. Исследования населения показывают, что к 3 годам почти у половины детей бывает хотя бы один эпизод бронхообструкции. В Узбекистане обструктивные заболевания дыхательных путей также распространены, встречаясь у 12,2-16,4 детей на 1000. В раннем детском возрасте бронхообструктивный синдром зарегистрирован в 20-25% случаев. У более чем половины детей (57,5%) эпизоды обструкции повторяются 3 раза и более.

Цель исследования: изучить характер и спектр сенсibilизации при различных фенотипах бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Обследовано 40 детей в возрасте от 1 до 5 лет с персистирующим бронхообструктивным синдромом (БОС), 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. Для определения сенсibilизации всем детям проводилось исследование общего иммуноглобулина Е. Был использован метод твердофазного иммуноферментного анализа с помощью набора реагентов «Вектор-Бест» (Россия). Для изучения спектра сенсibilизации был применен метод твердофазного иммуноферментного анализа с помощью набора реагентов IgE-АТ-ИФА. Применялись 3 стандартные панели: пыльцевая, пищевая и пыльцевая.

Результаты исследования. Было обследовано 40 детей, у 65,0% (26) детей единственным триггером, провоцирующим обструкцию, были инфекционные заболевания дыхательных путей. Они составили группу пациентов с эпизодическим фенотипом БОС. У 25,0% (14) исследуемых обструкции возникали также при воздействии аллергенов, табачного дыма, смеха, плача, холодного воздуха (мультифакторный фенотип БОС). В группе у детей с эпизодическим БОС наследственный аллергологический анамнез был отягощен у 11,5% (3) детей, однако у детей с мультифакторным БОС наследственная отягощённость наблюдалась статистически значительно чаще - у 57,1% (8) от общего числа пациентов в этой группе (14). Исследование уровня сенсibilизации показал, что повышенный уровень общего IgE был выявлен у 35,0% детей (40). В группе пациентов с мультифакторным БОС уровень общего IgE выше возрастной нормы был выявлен у 78,5% (11) исследуемых, а у 21,4% (3) находился у верхней границы. У детей с эпизодическими БОС повышенный уровень общего IgE наблюдался только в 19,2% (5) случаев. Отличия имелись и в характере сенсibilизации. Так, среди всех сенсibilизированных пациентов с мультифакторным БОС (14) сенсibilизация к бытовым аллергенам была определена в 85,7% (12), случаев сенсibilизации), к пищевым - в 50 % (n=7, случаев сенсibilизации), к пыльцевым - в 35,7% (n=5, случаев сенсibilизации). Сенсibilизация к аэроаллергенам в этой группе была выявлена в 92,8% (n=13, случаев сенсibilизации). Наиболее частыми причинно-значимыми из бытовых аллергенов являлись: клещ домашней пыли - в 64,28% (n=9, случаев сенсibilизации), шерсть домашних животных - в 42,8% (n=6, случаев сенсibilизации). Из пищевых продуктов чаще наблюдалась сенсibilизация к яйцу - в 35,7% (n=5, случаев сенсibilизации), коровьему молоку - в 26,6% (n=4, случаев сенсibilизации), пшеничной муке - в 14,2% (n=2, случаев сенсibilизации). В группе пациентов с эпизодическим БОС сенсibilизация к бытовым аллергенам встречалась в 19,2% случаев (n=5, случаев сенсibilизации), то есть значительно реже, чем в группе с мультифакторным БОС. Сенсibilизация к пищевым и пыльцевым аллергенам наблюдалась у 53,8 % (n=14, случаев сенсibilизации) и 30,76 % (n=7, случаев сенсibilизации) детей соответственно.

Выводы. Таким образом, сенсibilизация является еще одним фактором, повышающим вероятность возникновения БА. В ходе нашего исследования было установлено, что при мультифакторном типе БОС сенсibilизация наблюдалась в 3,95 раза чаще, чем при эпизодическом типе БОС (повышенный уровень IgE был выявлен 78,5% детей из первой группы и у 19,5% - из второй). При фенотипе мультифакторного БОС спектр сенсibilизации у каждого отдельного ребенка шире, чем при фенотипе эпизодическом БОС, за счет сенсibilизации к бытовым аллергенам.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Шевкетова Л.Ш., Юлдашев З.Н., Тоирова У.Т.

Республиканский научный центр Экстренной Медицинской помощи АФ

Актуальность. Проблема термической травмы у детей является актуальной в медицинском, экономическом и социальном аспектах во всем мире. Своевременная и адекватная терапия инфицированных ран должна опираться на результаты бактериологического исследования раневого отделяемого и учитывать микробиологический мониторинг.

Цель работы: изучение и определение ведущих возбудителей раневой инфекции у детей с ожоговой травмой за длительный период исследования.

Материал и методы. За период с 2014 по 2024 гг. изучено 1900 проб отделяемого ожоговых ран. Была исследована кровь на стерильность и раневое отделяемое на чувствительность к антибиотикам. Забор материала и правила его транспортировки проводили согласно нормативной документации. Этиологическую значимость выделенных возбудителей оценивали, используя коэффициент постоянства, т.е. число проб содержащих тот или иной микроорганизм, в процентах от всех исследованных проб. В сумме коэффициент превышал 100%, за счёт наличия смешанной микрофлоры в ранах. Результаты посева из раны: *S.epidermidis* (52%), *Ps. aeruginosa* (25%), *S. aureus* (16%), остальная микрофлора (7%). Кровь на стерильность в 12 случаях дал положительный результат, в остальных случаях роста не наблюдалось.

Результаты исследований. На протяжении десятилетнего периода наблюдения ими явились неферментирующие грамотрицательные бактерии (*Acinetobacter spp.* и *Pseudomonas aeruginosa*), энтеробактерии (*Klebsiella spp.*, *Proteus spp.*, *E. coli*, *Enterobacter spp.*), а также *Staphylococcus spp.* (*S. aureus*). В частности, частота выделения *Pseudomonas aeruginosa* была наибольшей в 2014 году (42,8%), далее к 2020 году происходило постепенное снижение до минимальных значений (21,2%). Энтеробактерии (*Klebsiella spp.*, *Proteus spp.*, *E. coli*, *Enterobacter spp.*) сохраняли лидирующие позиции в разные годы и в среднем были обнаружены примерно в 15-20% исследованных проб. Максимальное число штаммов выделяли в 2019 году (27,6%) суммарная частота обнаружения представителей группы неферментирующих бактерий оставалась стабильно высокой. В среднем они составляли 40% от общего числа исследованных проб. Частота выделения *E. coli*, колебалась вокруг уровня 1-2% с максимумом в 2021 году (5,2%). Стафилококки, неизменно лидировали многие годы среди возбудителей раневой инфекции. *S. aureus* присутствовал в ожоговых ранах с 2015 (12%) до 2021 года, когда его обнаруживали практически в половине исследованных образцов биоматериала (48,6%). Затем произошло неожиданное снижение до 21,1% в 2022 году. Дрожжеподобные грибы также имели тенденцию роста. Если в 2015 только 0,75% исследованных проб содержали *Candida spp.*, то в 2022 они составляли уже 4,7%. Результаты, чувствительности к антибиотикам: гатиофлоксацин-19%, левофлоксацин-17%, цефтазидим-15%, цефотаксим-11%, цефазолин, натрий-9%, остальные антибиотики - 5%.

Выводы. Несмотря на успехи фармакологии в области антибиотиков, вопрос о рациональной антибиотикотерапии остаётся открытым. Поэтому мы считаем, что каждое отделение, сталкивающееся с инфекциями, должно иметь свою продуманную стратегию, основанную на результатах бактериологических исследований, во избежание возникновения антибиотикорезистентных штаммов микробов.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Шевкетова Л.Ш., Тоирова У.Т., Юлдашев З.Н.

Республиканский научный центр Экстренной Медицинской Помощи АФ

Термическая травма остаётся одной из наиболее сложных проблем здравоохранения, имеющей не только медицинскую, но и социально-экономическую значимость. Дети представляют собой особую группу риска в получении ожогового травматизма.

Цель исследования: ретроспективный анализ летальных исходов с целью снижения смертности больных детского возраста с обширными ожоговыми ранами.

Материалы и методы: проведён ретроспективный анализ медицинской документации 30 крайне тяжёлых больных детей с ожоговой болезнью, закончившийся летальным исходом. Тяжелообожженные дети лечились в РНЦЭМП АФ в отделение детской анестезиологии и реанимации, а также детском ожоговом отделении с 2015 по 2023 годы. Из них 20 (66,6 %) мальчики и 10 (33,3 %) девочек в возрасте от 9 месяцев до 3-х лет, с площадью ожоговых ран III - AB степени от 7 до 70% поверхности тела.

Результаты исследования: тяжесть течения и летальный исход ожоговой болезни зависят от площади и глубины ожогового поражения, возраста ребёнка. Количество летальных исходов возрастает с увеличением площади глубокого ожога. При поражении 20% поверхности тела ребёнка летальный исход наблюдался в 8 случаях, от 20 до 30% поражения - 7, от 30 до 40% - 5, более 40% - 10. Глубокие ожоги, превышающие 60% поверхности тела ребёнка фактически несовместимы с жизнью. Результаты исследований показали, что на исход термической травмы влияет и локализация ожогов. Одновременное поражение различных участков тела в 58,4% случаев приводило к летальному исходу. Наиболее частой локализацией повреждений кожи были верхние конечности - 9 (30%), в сочетании с туловищем - 6 (20 %), головой - 5 (16,6%), нижними конечностями - 10 (33,3%). В 1 летальном случае (3,3 %) имело место изолированное поражение верхней конечности. У всех детей ожоговая болезнь отягощалась пневмонией и кардитом. Повозрастная летальность составила: до 1 года - 13 (43,3 %), от 1 года до 3 лет - 17 (56,6%). На период токсемии и септикотоксемии приходится наибольший процент умерших (от 65 до 95%). В нашем исследовании во 2 периоде ожоговой болезни умерло 17 детей, что составило (56,6%). В период токсемии основной причиной смерти явилась пневмония и кардит 7 (41,1%), отёк легких - 8 (47,0%), отёк мозга вследствие интоксикации - 1 (5,8%). В одном случае (5,8%) прогрессировал ДВС - синдром. В период септикотоксемии умерло 13 (43,3%) больных. Во всех летальных случаях была проведена судебно-медицинская экспертиза. Протоколы исследований выявили во всех случаях дистрофию миокарда, печени, почек, что говорит о доминировании токсического фактора в течении ожоговой болезни и механизме смерти пострадавших детей. Гистологическое исследование органов и тканей выявило нарушение кровообращения с выраженными очагами кровоизлияний, выраженными дистрофическими изменениями паренхиматозных органов.

Вывод. Своевременное и грамотное оказание медицинской помощи детям с ожоговой травмой на всех этапах медицинской эвакуации - один из ключевых факторов, влияющих на снижение летальности и инвалидизации при ожогах у детей.

ASTHMA AND CHRONIC RHINOSINUSITIS WITH NASAL POLYPS: EXPLORING COMMON PATHWAYS AND TREATMENT APPROACHES

Shodiyev J. A., Khabibullaev T. U.

Bukhara multidiscipline children hospital

Annotation. Bronchial asthma (BA) is a chronic airway inflammatory disease characterized by the influx of cells, such as lymphocytes, eosinophils, and mast cells and, in a subgroup of patients, of neutrophils, in the bronchial wall. The chronic inflammatory process leads to so-called airway remodeling. Chronic rhinosinusitis (CRS) is a prevalent and heterogeneous disease associated with a high degree of morbidity. [1,2] While there exist specific conditions for diagnosis, it has been increasingly appreciated that CRS exists as a spectrum of clinical conditions with distinct pathophysiology and presentation. [3]

The purpose of the study. In order to discover an appropriate solution for diagnosis, it is imperative to meticulously identify and thoroughly explore the intricate pathophysiological pathways that underlie the condition, and simultaneously delve into a comprehensive examination of the available treatment options, all of which collectively contribute to a more informed and effective approach to addressing the issue at hand.

Research materials and methods. CRSwNP Pathophysiology Inflammatory sinonasal polyps manifest bilaterally from the ethmoid sinuses, and can often present with hyposmia and/or nasal obstruction as major symptoms. It is thought that nasal polyp growth is present in 1–6% of the Uzbekistan population. As previously stated, TH2 inflammation often predominates, and is associated with elevated levels of eosinophils and Type 2 inflammatory cytokines including Interleukin (IL)-4, IL-5, and IL-13. Asthma is frequently a comorbid condition in CRSwNP patients, affecting 20–60% of diseased individuals Hamilos et al demonstrated an inverse relationship between glucocorticoid receptor β expression in nasal polyp tissue and steroid efficacy, while another study showed that neutrophil accumulation in nasal polyp tissue is also related to corticosteroid insensitivity In asthmatic patients, the chronic inflammatory process at the bronchial level leads to airway remodeling where goblet cell hyperplasia, subepithelial collagen deposition, epithelial damage, airway smooth muscle hyperplasia and increased vascularity are the main features of the consequence of chronic stimulation by factors, such as leukotrienes and PGD₂, or cytokines and chemokines as transforming growth factor (TGF)- β , IL-1, IL-6, CCL2, CCL3.

Research results. Clinical Efficacy of Biological Agents in Asthma and CRS As previously mentioned, blocking free IgE omalizumab interrupts the IgE-mediated asthma inflammatory cascade at an early stage, thus reducing both early and late asthmatic responses, and improving lung function, asthma control and decreasing the number of exacerbations. A greater effect of exacerbation reduction was observed in patients with high FeNO and periostin levels and high peripheral blood eosinophil counts. In fact, in addition to preliminary data of a proof-of-concept study and real-life experience, two phases 3 studies with omalizumab demonstrated the improvement of -1.08 and -0.89 in nasal polyp score (NPS) and mean daily nasal congestion score (NCS), respectively, with better outcomes and patient-reported assessments of symptom severity. The treatment was also able to improve sinonasal outcome test (SNOT)-22 and overall impact on patients' quality of life.

Conclusion. CRS, and specifically CRSwNP, is a substantially heterogeneous disease that exists on a multidimensional spectrum of inflammatory pathology. Endotyping helps to explain some of the differences in clinical manifestations of disease, as well as the variations in therapeutic response and prognosis. Chronic rhinosinusitis is a complex disease that exists along the inflammatory spectrum between type 1 and type 2 inflammation. The classic phenotypic differentiation of CRS based on the presence or absence of inflammatory polyps, to-date, remains one of the best differentiators of response to medical and/or surgical therapy.

СРАВНЕНИЕ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА БУПИВАКАИНА ПРОТИВ БУПИВАКАИНА В СОЧЕТАНИИ С ДЕКСАМЕТАЗОНОМ ПРИ ХИРУРГИИ НОСА

Шодиев Ж.А., Хабибуллаев Т.У.

Бухарский областной детский многопрофильный медицинский центр

Актуальность. В последние десятилетия все чаще хирурги со всего мира начали сочетать местные анестетики с другими лекарственными препаратами, что дало к началу появления новых методик местной анестезии в комбинации с другими медикаментами, в том числе и инъекционными кортикостероидами, что облегчает постоперационное состояние пациентов и удобство для хирурга во время операции. Большинство исследований, проведенных в этой среде, были сосредоточены на этом.

Цель: изучить совместное действие дексаметазона с бупивакаином как местной анестезии после хирургического вмешательства на носу, чтобы определить оптимальную процедуру для контроля боли и снижения использования анальгетиков после операции.

Материалы и методы исследования: В данном двойном слепом клиническом исследовании было включено 60 пациентов, которые проходили различные операции на носу, и они были разделены на две равные группы. Обе группы получили двустороннюю локальную блокаду нервов. Постоперационные значения боли на визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и необходимость в оральном/внутримышечном анальгетическом лечении в течение первых 24 часов были зафиксированы у всех пациентов.

Результаты исследования: Локальный анестезирующий инъекционный метод и блокада нервов применяются уже много лет, но в настоящее время они пользуются большей популярностью, чем когда-либо ранее. Недавно было показано, что локальное введение бупивакаина (плотность $\leq 0,25\%$) вызывает местную анестезию и вазоконстрикцию.

Результаты исследования показали, что использование комбинации бупивакаина и дексаметазона после различных операций на носу способствует более эффективному контролю боли в первые 12 часов после операции и сокращает необходимость в анальгетиках. В заключение, комбинация бупивакаина и дексаметазона может быть более эффективной в контроле боли после операций на носу, чем применение только бупивакаина. Однако необходимы дополнительные исследования с более крупными выборками и более длительным периодом наблюдения, чтобы оценить эффективность и безопасность этого подхода.

Выводы. Это исследование показало, что использование комбинации бупивакаина и дексаметазона может значительно улучшить контроль за болью и снизить потребность в анальгетических препаратах после различных хирургических вмешательств в области носа. В ходе исследования не было обнаружено каких-либо острых или краткосрочных осложнений после операции. Тем не менее, для полного изучения положительных эффектов этой техники необходимо провести дополнительные более масштабные исследования.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Шукруллаев Ф.З., Шаропов Ф.Х., Хамидов Л.С.

Бухарский государственный медицинский институт
Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Паховая грыжа у детей является результатом необлитерированного отростка брюшины. Паховая грыжа — наиболее частое заболевание в практике детского хирурга и составляет 70–85 % от всех грыж у детей. По данным литературы, доля операций, выполняемых в плановом порядке в клинике детской хирургии по поводу паховых грыж, составляет до 30%. Встречаемость данной патологии в детской популяции, по оценке как отечественных, так и зарубежных авторов, составляет от 1,2 до 5,4 %.

Целью нашей работы является изучение и улучшение результатов диагностики и лечения пахово-мошоночных грыж у детей.

Материал и методы. В отделение детской хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП за период с 2019 по 2023 г. на лечении находилось 186 детей с пахово-мошоночными грыжами. По возрасту дети были разделены на группы: от 1 до 9 месяцев — 24 (12,9 %) ребенка, от 9 до 18 месяцев — 68 (36,5 %), от 18 месяцев до 4 лет и от 4 до 10 лет — 94 (50,6 %). Односторонняя паховая грыжа выявлена в 68,4 % (n = 127) случаев, двусторонняя — в 31,6 % (n = 59) случаев. Правосторонняя грыжа выявлена у 68 (36,6 %) детей, левосторонняя — у 59 (31,8 %). У 76 (40,8 %) детей паховая грыжа сочеталась с пупочной грыжей, с водянкой оболочек яичек — у 20 (10,7 %).

Результаты. Анализируя полученные результаты, мы обнаружили, что у большинства детей (158; 84,9 %) диагностика пахово-мошоночных грыж основывалась на жалобах родителей и физикальном осмотре детей. При этом у 28 (15 %) пациентов грыжи были диагностированы во время лапароскопической герниорафии, выполняемой по поводу односторонней грыжи. Критерием этого было наличие не облитерированного внутреннего кольца пахового канала. В возрасте от 1 месяца до 4 лет пахово-мошоночные грыжи преимущественно сочетались с пупочными грыжами (в 40 % случаев). А в возрастной группе от 9 до 18 месяцев — в 10,7 % случаев и с сообщающейся водянкой оболочек яичка с противоположной стороны.

Вывод. Оптимальным сроком операции является время установления диагноза с целью предупреждения осложнений и повреждений органов мошонки. Лапароскопический доступ позволяет без труда произвести операцию с двух сторон, что, в свою очередь, предупреждает возникновение контралатеральных грыж в катамнезе.

ЎЗБЕК ПОПУЛЯЦИЯСИДАГИ БОЛАЛАРДА РЕВМАТИК КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Эгамкулов У.Қ., Шарипова.О.А.

Самарқанд Давлат тиббиёт университети куп тармоқли клиникаси

Муаммонинг долзарблиги. Ўткир ревматик иситма (ЎРИ) касаллиги ва юракнинг сурункали ревматик касаллиги, юрак қон-томир тизими касалликларидан кейин келиб чиқадиган ўлимлар ва касалланиш даражасини ошишида сезиларли хиссаси бор. Адабиётлардан маълумки, болаларда ревматик иситма касаллигининг клиник белгилари кўп қиррали ва лабил характерда бўлиб, 70-85 % холатларда ревматик иситмада юрак

бирламчи зарарланади. Ревматизм юракнинг ортирилган касалликларининг асосий сабабчиси ҳисобланади.

Ишнинг мақсади: Ўзбек популяциясидаги болаларда ўткир ревматик иситма ва юракнинг сурункали ревматик касалиги кечишини баҳолаш.

Тадқиқод ва усуллар. Ишнинг мақсадига мувофиқ 5 ёшдан 15 ёшгача бўлган 140 нафар (ўткир ревматик иситма билан 100 та, юракнинг сурункали ревматик касаллиги билан оғриган 40 та бемор болалар текширувдан ўтказилди. Тадқиқот иши 2020-2023 йиллар давомида Самарқанд Давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникасининг болалар бўлимида ва Самарқанд вилоти КТБТМнинг кардиоревматология бўлимида олиб борилди. Барча беморлар икки гуруҳга бўлинди. I-гуруҳга ўткир ревматик иситма билан оғриган 100та (60%) бемор киритилган бўлиб, иккинчи гуруҳни юракнинг сурункали ревматик касаллиги билан оғриган 40 нафар бемор ташкил килди. Назорат гуруҳини худди шундай ёшдаги 100 нафар шартли соғлом болалар ташкил этди.

Тадқиқот натижалари. Кузатувимиздаги болаларда ўткир ревматик иситма касаллигининг клиник белгилари кўп қиррали ва лабил характерга эга эканлигини курсатди. Жумладан болалардаги ревматик иситмада церебрал шакли яъни кичик хорез 17% беморларда (I 02) кузатилиб, алохида кузларнинг пир пираши бта, томоқини қириши ва хурсиниш 5та ва юз ва танадаги ихтиёрсиз харакатлар бта беморда кузатилди. Юракнинг бирламчи зарарланиши, яъни ревмакардит (I 01) 37% беморларда кузатилди. 30 % беморларда эса ревмокардит полиартралгия билан биргаликда кечди. ЭхоКГ натижалари бундай беморларда ревматик валвулит белгилари, яъни митрал халканинг кенгайиши, хорда ипларини узайиши ва хорда ипларини зарарланиши натижасида I ваII даражали митрал регургитация кузатилди, шунингдек беморларда зарб хажмининг $56,34 \pm 3, 2$ %га камайганлигини аниқладик. Моноартрит тизза бугимида 3% беморларда ва 13% беморларда полиартралгия кузатилиб, артралгия симметриклиги, оғрик миграцияланувчи характерда эканлиги билан кечди. 40 нафар беморларнинг барчасида юракнинг сурункали ревматик касаллигида митрал клапан етишмовчилиги кузатилди. ЭхоКГ аксарият беморларда митрал клапаннинг минимал ва ўртача етишмовчилик даражалари борлиги аниқланди. Бундан ташқари клапан табақаларининг қалинлашиши хорда ипларининг қисқариши ва бир бирига ёпишиши, клапан табақаларининг харакати чекланиши кузатилди.

Хулоса. Юкоридаги маълумотлардан куринадики болаларда ревматизмнинг узига хос хусусиятлари, уларда асаб системасининг зарарланиши – кичик хорез (Сиденгама) куринишида, ревматик яллиғланиш ҳамма вақт барча фазаларни босиб ўтмаслиги, купинча ЮҚТ системаси зарарланиши, кейинчалик церебрал зарарланишлар кузатилиши билан характерланади, шунингдек купинча полиартралгия куринишида кечиши характерланади.

РАССТРОЙСТВО АДАПТАЦИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Эргашева Н.Н., Ахмедова Д.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Своевременная диагностика и оперативное лечение играют ключевую роль в снижении смертности и улучшении исходов у детей с ВКН. Однако расстройства адаптации, связанные с данной патологией, могут усугублять состояние новорождённых, замедлять процесс выздоровления и увеличивать риск развития послеоперационных осложнений. Изучение механизмов адаптации и внедрение новых методов поддержки этих детей, как в предоперационном, так и в послеоперационном периоде, является важным

направлением в неонатальной хирургии, направленным на улучшение выживаемости и качества жизни новорождённых с ВКН.

Цель определить значения перинатальных факторов и установить характер некоторых дезадаптивных состояний при ВКН у новорожденных.

Материалы и методы. У 96 новорождённых детей с различными клиничко-анатомическими вариантами ВКН, наблюдавшихся в отделении неонатальной хирургии в РПЦ МЗ РУз. Проведены анализ анамнестических данных антенатального и интранатального периодов, комплексная оценка соматического статуса, транзиторных, адаптивных состояний и определены ведущие дезадаптивные процессы. Состояние детей при рождении определялось по шкале Апгар на 1-й и на 5-й минутах жизни. Оценка физического развития новорожденных и задержки внутриутробного развития проводили в соответствии с предложениями Г.М. Деметьевой (2003). Характер динамики массы тела в периоде неонатальной адаптации оценивали по общепринятым критериям, включающим комплекс морфометрических параметров. Ежедневное взвешивание ребёнка на этапах наблюдения проводилось на электронных весах. В работе также использованы инструментальные (рентгенологические, ультразвуковые) методы, лабораторные исследования крови, микробиологические исследование кала.

Результаты и обсуждения. Новорожденные с ВКН были разделены на три группы: 1) с высокой кишечной непроходимостью - 31 (32,3%); 2) низкой кишечной непроходимостью - 45 (46,9%); 3) непроходимостью с явлениями мальротации кишечника - 20 (20,8%). Абсолютное большинство матерей имели отягощенный соматический анамнез. Патологическое течение гестационного периода часто регистрировалось у матерей, дети которых родились в состоянии гипоксии. Анализ соматического здоровья женщин показал, что более половины 84 (87,5%) имели различную экстрагенитальную патологию, из них 27 (32,1%) имели два заболевания, а 52 (61,9%) – три и более. Неблагоприятные факторы оказывали сочетанное и потенцированное воздействие на плод, приводя к хронической внутриутробной гипоксии плода и острой асфиксии детей. 32 (33,3%) новорожденных родились в тяжелом состоянии и нуждались в проведении первичных реанимационных мероприятий. Масса тела при рождении и степень транзиторной убыли массы тела при различных формах врожденной кишечной непроходимости имели существенные различия. Степень транзиторной убыли массы тела, а также восстановление первоначальной массы к концу 1-й недели не зависела от пола ребенка, однако данный показатель был более выраженным среди недоношенных детей и при явлениях полной кишечной непроходимости по сравнению с частичной ($4,8 \pm 0,36$ и $5,3 \pm 0,31\%$ соответственно).

Нарушение микрофлоры кишечника наблюдается у всех новорожденных с ВКН, что объясняется внутриутробным инфицированием, при заболеваниях матери во время беременности, осложнениями во время родов, оказанием реанимационных мероприятий новорожденным, родившимся в асфиксии. Важным механизмом развития выраженного дисбиоза кишечника при ВКН являются: потеря при рвотах, нарушение моторики тонкой кишки, приводящее к застою кишечного содержимого, что создают благоприятные условия для размножения условно-патогенных энтеробактерий, а также стафилококков, дрожжеподобных и плесневых грибов.

Выводы. Отягощенный соматический, акушерско-гинекологический анамнез со стороны матери усугубляет течение дезадаптивных состояний, наблюдаемых у новорождённых при ВКН. Фактический вес и показатель транзиторной потери массы тела и сроки его восстановления при различных клиничко-анатомических формах ВКН имеют свои особенности. Дисбиоз кишечника является постоянным и сложным компонентом в структуре дезадаптивных состояний при ВКН у новорожденных.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БИЛИАРНОЙ АТРЕЗИИ И ДРУГИХ ПРИЧИН ОБСТРУКТИВНОГО ХОЛЕСТАЗА: АНАЛИЗ 10-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Юлдашев Р.З.¹, Алиев М.М.², Нематжонов Ф.З.³, Туйчиев Г.У.³, Дехконбоев А.А.¹, Турсунова Д.Б.⁴

¹ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, отделение детской хирургии

² Ташкентский педиатрический медицинский институт, кафедра факультетской детской хирургии

³ Андижанский государственный медицинский институт, кафедра детской хирургии и анестезиологии, и реанимации

⁴ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, отделение радиологии

Актуальность. Билиарная атрезия и другие причины обструктивного холестаза у новорождённых и детей раннего возраста представляют собой сложные патологии, требующие своевременной диагностики и хирургического вмешательства. Эти заболевания связаны с прогрессирующим поражением печени, которое может быстро привести к развитию печёночной недостаточности и необходимости трансплантации органа, если лечение не начато вовремя.

Цель исследования: провести комплексный анализ диагностических и хирургических подходов к лечению билиарной атрезии (БА) и других причин обструктивного холестаза у детей на основе 10-летнего ретроспективного наблюдения.

Материал и методы. В исследование включены 157 детей с обструктивным холестазом, из которых у 131 пациента была подтверждена БА, а у 26 — диагностированы другие этиологические факторы. Диагностический протокол включал ультразвуковое исследование (УЗИ), транзиентную эластометрию печени, сцинтиграфию с технецием-99m, МРТ с холангиографией и гистологическую верификацию диагноза. Операция Касаи была проведена у 43 детей. Статистический анализ данных осуществлялся с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics 23.

Результаты исследования. Диагноз БА был установлен у 83,4% пациентов с обструктивным холестазом, средний возраст постановки диагноза составил 84,3 дня. УЗИ продемонстрировало высокую специфичность при визуализации желчного пузыря и «фиброзного треугольника». Показатели жесткости печени, измеренные методом эластометрии, значительно увеличивались у пациентов с БА, особенно после 90 дней ($p < 0,05$). Операция Касаи была выполнена у 32,8% детей, преимущественно в возрасте 60-90 дней, что привело к значительному снижению уровней билирубина и щелочной фосфатазы в послеоперационном периоде ($p < 0,01$).

Заключение. Ранняя и точная диагностика БА с использованием УЗИ, эластометрии и сцинтиграфии, а также своевременное хирургическое вмешательство, особенно выполнение операции Касаи до 90 дней, значительно улучшают прогноз и снижают необходимость в трансплантации печени, что подчеркивает важность комплексного подхода к лечению детей с обструктивным холестазом.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Якубов Э.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Киста холедоха (КХ) считается редким врожденным заболеванием, который приводит к нарушению функции желчевыделения. Лечение КХ только оперативное, однако относительно способов операции имеется много разногласий.

Цель исследования: проанализировать различные виды операций при кистах холедоха.

Материал и методы исследования. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в 1990-2024 годы находились на обследовании и лечении 106 больных с КХ. Возраст больных колебался от 15 дней до 16 лет.

Результаты и обсуждение. Основной задачей, стоящей перед хирургом, считается ликвидация холестаза и восстановление поступления желчи в просвет кишечника. Существуют различные подходы к оперативным вмешательствам. Некоторые хирурги предпочитают наложению гепатикодуоденостомии (ГДС), а другие гепатикоюностомии (ГЭС). Многие авторы признают физиологичности ГДС, однако, высокая частота рефлюкс-холангитов не позволяет рекомендовать этот способ к широкому использованию. На сегодняшний день «золотым стандартом» хирургического лечения кист холедоха признан операция ГЭС по Roux, однако высокий процент восходящего рефлюкс-холангита, стенозирование анастомоза, образование камней в зоне анастомоза приводят к поискам новых методов оперативного лечения.

Из 106 больных у 66 (62,3%) проведено наложение ГЭС по Ру, у 5 (4,7%) наложение портоэнтероанастомоз по Касаи на отключенной петле Ру, у 14 (13,2%) наложение ГДС, у 3 (0,3%) наложение кистоэнтероанастомоз с частичным иссечением кисты, у 4 (3,8%) наложение кистодуоденоанастомоз с частичным иссечением кисты, у 13 (12,2%) наружное дренирование кисты, у 1 (0,1%) ушивание разрыва кисты без дренирования. В наших наблюдениях у 6 (0,6%) из 106 больных проведено лапароскопическая резекция кисты с наложением билиодигестивного анастомоза: гепатикоэнтеростомия - 3, портоэнтероанастомоз по Касаи - 1; гепатикодуоденостомия - 2.

При технических сложностях, обусловленные с повышенной кровоточивостью при мобилизации кисты из массивных спаек вокруг кисты, распространяющиеся на прилегающие органы после перенесенной ошибочной или не радикальной первичной операции, а также при воспалительном процессе вокруг кисты с билиарной гипертензией проводилось реконструкция внепеченочных желчных протоков с восстановлением оттока желчи в двенадцатиперстную кишку (способ нашей клиники). Мы в 4 случаях проводили данный вид реконструкции желчных протоков. Данный способ можно считать альтернативным в сложной реконструкции КХ - гепатикоэнтеродуоденостомии, гепатикоаппендикодуоденостомии или более не радикальной операции цистоэнтеростомии или цистодуоденостомии.

Абсолютные показания к наружному дренированию при КХ должны быть строго ограничены и сведены к следующему: при травматическом разрыве кисты, осложнившимся разлитым желчным перитонитом; при нагноениях содержимого кисты или выраженных гнойных холангитах, не поддающихся консервативной терапии; у новорожденных и детей грудного возраста с явлениями выраженной гипербилирубинемии и печеночной недостаточности. У 23 (21,7%) из 106 больных было проведено поэтапная тактика лечения.

Выводы. Выбор метода лечения при КХ должен быть индивидуально в каждом конкретном случае исходя из общего состояния больного, данных лабораторных и инструментальных методов исследования, возможных осложнений различного характера, а также наличия или отсутствия предыдущего оперативного вмешательства.

СОДЕРЖАНИЕ

1.Абдукаюмов А.А., Идиев З.З., Мансурова С.А. ОПТИМИЗИРОВАТЬ КОМПЛЕКСНУЮ ДИАГНОСТИКУ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА У ДЕТЕЙ	4
2.Абдукаюмов А.А., Разаков А.Д., Ли Б.С. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ	5
3.Абдукаюмов А.А. Иноятова Ф.И. Абдукамилова М.М. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЬЮТЕРНОЙ ОЦЕНКИ У ДЕТЕЙ С КОХЛЕАРНЫМ ИМПЛАНТОМ ДО И ПОСЛЕ ЗАМЕНЫ РЕЧЕВОГО ПРОЦЕССОРА	6
4. Абдуллаев С.К., Шамсиев Ф.М. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ	7
5. Абдуразакова З.К., Юнусова Р.Т., Илхомова Х.А. ЭКГ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИЛЯТАЦИОННОГО КАРДИОМИОПАТИЯ У ДЕТЕЙ	8
6. Абдурахманова Ф.Р., Салихова К.Ш., Нуртаева Ч.К., Бахрамова Ш.М. СОДЕРЖАНИЕ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭНОЛАЗЫ У МЛАДЕНЦЕВ С НЕКОНЬЮГИРОВАННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЕЙ	9
7. Abdusattarova G.SH., Turaeva G.N., Tulqinova N.M. SYMPTOMS OF TEENAGERS WITH VEGETATIVE ILLNESSES ON A CLINICAL AND NEUROLOGICAL LEVEL	10
8. Abidova M.D., Akhmedova D.I. THE ROLE OF MOLECULAR GENETIC ANALYSIS IN THE DIAGNOSIS OF VITAMIN D-RESISTANT RICKETS	11
9. Аvezов Р.К., Носиров Ю.У., Кулиев Б.Х. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ И САНАЦИОННОЙ БРОНХОСКОПИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ	12
10. Аvezов Р.К. НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ	13
11. Агаева Г.Т., Дадашова К.Г. ОСОБЕННОСТИ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	14
12. Азизова Н.Д., Шамсиев Ф.М., Зокиров Б.К., Мирсалихова Н.Х. ПОЛИМОРФИЗМ С-590Т - ГЕНА IL-4 У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ	15
13. Азизова Н.Д., Туракулова Х.Э., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Каримова М.Х. КЛИНИКО- ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	16
14. Азизова Н.Д., Зокиров Б. К., Мирсалихова Н.Х., Мусажанова Р.А., Узакова Ш.Б. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ У ДЕТЕЙ И РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА С-590Т - ГЕНА IL-4	17
15. Акилов Х.А., Максумов Г.А. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ	18
16. Алибекова М.Б., Рахимова С.Р., Бабаджанова З.О. ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ВТОРИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ	19
17. Алиева М.У., Наджмутдинова Н.Ш., Абдукаюмов А.А., Сайдахмедов С.Б. АНАЛИЗ АКУСТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ГОЛОСА ДЖИТТЕР И ШИММЕР У ДЕТЕЙ С ДИСФОНИЕЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ГОРТАНИ	20

18. Алиева Н.Р., Файзиева З.Я. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ДЦП.	21
19. Алявия М.Н. РОЛЬ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ	22
20. Аманова Н.Т., Ашурова Д.Т. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КОВИД ИНФЕКЦИЮ НА РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ	23
21. Амонов А.Ш., Якубов М.М. ДИАГНОСТИКА ВТОРИЧНЫХ АТРОФИЧЕСКИХ РИНИТОВ	25
22. Амонов Ш.Э., Эргашев Ж.Д. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ШВАННОМ	25
23. Амонов Ш.Э., Умаров У.Х. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	26
24. Амонов Ш.Э., Назиров Ф.Н. БОЛАЛАРДАГИ ТИМПАНОСКЛЕРОЗНИ ДАВОЛАШГА ЖАРРОҲЛИК ЁНДОШУВИ	27
25. Андапулатов А.А., Азизова Н. Д., Шамсиев Ф.М., Узаква Ш.Б. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И ПНЕВМОНИЕЙ	28
26. Андреева Э.Ф., Савенкова Н.Д. ФЕНОТИП ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК С АУТОСОМНО–РЕЦЕССИВНЫМ ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ МУТАЦИЙ ГЕНА <i>RKND1</i> У 14 ДЕТЕЙ	29
27. Арипова Ш.Х., Мусажанова Р.А., Каримова М.Х., Арипова Д.С. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И МИКРОБИОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ	30
28. Арифджанов Н.С., Адылова Г.С., Ёдгоров Ж.И., Каримов Б.А. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АХАЛАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА.	31
29. Арифджанов Н.С., Каримов Б.А., Ёдгоров Ж.И., Рузиев М.Ю. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ.	32
30. Артюшевская М.В., Сухарева А.П., Драгун Г.А., Адасько В.И., Сороковик И.Н. МОНИТОРИНГ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭРИТРОЦИТОВ И РЕТИКУЛОЦИТОВ У РЕБЕНКА С АНЕМИЕЙ, ВСЛЕДСТВИЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).	33
31. Аслонов А.А., Ниёзов Ф.Ё. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ	34
32. Аслонов А.А., Раупов Ф.С., Восиев Ж.Ж. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ	35
33. Атабаева О.Ф., Ахмедова Н.Р. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА	36
34. Ахмедова Д.И., Маматкулова Р.И., Туляганова Н.З. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНЫХ АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ, РАЗВИВШИХСЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19	37

35. Akhmedova D.I., Abidova M.D. GENETIC HETEROGENEITY AND ITS IMPACT ON APPROACHES TO THE TREATMENT OF RENAL TUBULAR ACIDOSIS	38
36. Ахмедова Д. И., Фазылова А.Ш., Хасанова С.С. КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ	39
37. Axmedova I.M., Salixova M.Z., Nazarova I.D. TUG'MA YURAK NUQSONLII BOLARNING KLINIK-DIAGNOSTIK XUSUSIYATLARI	40
38. Ахмедова Н.Р., Ахмедова Д.И., Ибрагимов А.А. УРОВЕНЬ ЦИТРУЛЛИНИРОВАННОГО ВИМЕНТИНА У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМИ АРТРИТАМИ	41
39. Ахмедова Н.Р., Ахмедова Д.И., Ибрагимов А.А. ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ	42
40. Ахрарова Ф.М. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА	43
41. Баймуратова Г.А., Жалекеева П.А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН	44
42. Баймуратова Л.К., Жиёмуратова Г.К. СКРИНИНГ И ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДО 6 ЛЕТ	45
43. Бахриддинова М.Қ., Рахмонов У.Ш. РАХИТ КАСАЛЛИГИ УЧРАШ ЧАСТОТАСИ ВА УНИ ЗАМОНАВИЙ ПРОФИЛАКТИКА ПРИНЦИПЛАРИ. (Қашқадарё вилоят мисолида).	46
44. Бердиева Х.У. Садикова Г.К. ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ	46
45. Валиева Н.К., Иноятова Ф.И. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ МИКСТ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ	47
46. Вафоева Г.Р., Саидходжаева С.Н. ЭРТА БОЛАЛИК ДАВРИДА ЭПИЛЕПТИК ЭНЦЕФАЛОПАТИЯНИНГ ИММУНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	48
47. Восиев Ж.Ж., Раупов Ф.С., Аслонов А.А. АНАЛИЗ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ	49
48. Гаджиева А.С., Насибова С.Н. СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ.	51
49. Гаджиева Н.Н., Ахундова А.А., Сеидбекова Ф.О., Мамедова Н.В. РОЛЬ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ КАК ФАКТОРА РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ	52
50. Гараева С.З., Гасангулиева Г.М., Новрузова Г.А., Рзаева З.Р. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ГЕМОГЛОБИНОПАТИИ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ	53
51. Гасымова Е.А. ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОРОДНОГО СТАТУСА КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СЕПСИСЕ	53
52. Гидаятова Л.А., Мамедова Ф. М., Тагизаде Т.Г., Гасанова Н. С., Сафарова И. А.	54

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ H.PYLORI ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.	
53. Горбач Л.А. ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	55
54. Григорьева О. П. ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У 210 ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	56
55. Гусейнова И.Е., Мамедова Ф.М., Саламзаде Г.З., Гафаров И.А. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БИОМАКЕРОВ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ	57
56. Гусейнова С.А., Расулова Л.Т. ЧАСТОБОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ И ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ	58
57. Даминов Б.Т., Нурходжаев С.Н., Саидходжаева С.Н. ЗНАЧИМОСТЬ СОВМЕСТНОГО ФАКУЛЬТЕТА С САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИМ ГОСУДАРСТВЕННЫМ ПЕДИАТРИЧЕСКИМ МЕДИЦИНСКИМ УНИВЕРСИТЕТОМ В ПОДГОТОВКЕ ПЕДИАТРОВ: РАСШИРЕНИЕ ГОРИЗОНТОВ ДЛЯ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ	59
58. Даминова М.Н., Ташпулатова Ф.К., Абдуллаева О.И., Мирисмаилов М.М. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ, ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПРОТИВ КОКЛЮША В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА	60
59. Джумаева Л.Ф., Исмаилов К.И., Икромов Т.Ш. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ГЕНОТИПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	61
60. Джураев А.М., Алимухамедова Ф.Ш., Исматуллаева М.Н. НАШ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ШПРЕНГЕЛЯ У ДЕТЕЙ.	62
61. Жалилов А.Х., Ачилова Ф.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМПЛОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ПРИ АНЕМИИ I СТЕПЕНИ НА ФОНЕ ПНЕВМОНИИ	63
62. Жалилов А.Х., Ачилова Ф.А. БАЛЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ ПРИ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ И ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ	64
63. Жиемуратова Г.К., Камалов З.С., Каландарова А.Н., Жадигерова Л.С., Жаксылыкова Г.Б. ВТОРИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА ФОНЕ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РЕГИОНА ПРИАРАЛЬЯ	65
64. Жумаева Г.И. АЛЛЕРГИК КАСАЛЛАНИШИНИ ЎРГАНИШ АСОСИДА БИРЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ	66
65. Закирова Д.А., Маджидова Я.Н. МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ТУРЛИ ХИЛ ДАВОМИЙЛИКДАГИ ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТЛАРИДА ЎТКАЗИЛГАН УМУМИЙ АНЕСТЕЗИЯДАН КЕЙИНГИ КЛИНИК НЕВРОЛОГИК ҲОЛАТ	67
66. Закирова У.И. ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ	68
67. Закирова У.И., Каримжанов И.А. ЛАБОРАТОРНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	69

68. Закирова У.И. РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	70
69. Ziyadullaeva Kh. O., K.R. Dilmuradova CHARACTERISTICS OF NEONATAL HEMOSTASIS IN NEWBORNS WHO EXPERIENCED CHRONIC INTRAUTERINE HYPOXIA	71
70. Зуфарова Н.И. ЭЛЕМЕНТНЫЙ СТАТУС СИНДРОМОМ ДАУНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	72
71. Ибрагимов К.Н., Азизов М.К., Ахмедов Ю.М. ЛЕЧЕНИЕ СТВОЛОВОЙ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ.	73
72. Ибрагимов К.Н., Азизов М.К., Ахмедов Ю.М. УРЕТРОПЛАСТИКА ПРИ ЗАДНЕЙ ФОРМЕ ГИПОСПАДИИ	74
73. Икрамова Н.А., Иноятова Ф.И. ВИРУСОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ АНЕМИИ ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В	75
74. Индиаминов С.И., Сагдуллаев Н.Н. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУР ЧАСТЕЙ ТЕЛА У ДЕТЕЙ – ПЕШЕХОДОВ, ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИШЕСТВИЯХ	76
75. Иногамова Г.З., Иноятова Ф.И. ВИРУСОЛОГИЧЕСКАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ НВУ В ПРОЕКЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА+49A>G ГЕНА STLA-4 У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ НВсAg- НЕГАТИВНЫМ ГЕПАТИТОМ	77
76. Иноятова Ф.И., Абдуллаева М.А. ВОСПРИИМЧИВОСТЬ ДЕТЕЙ К РАЗЛИЧНЫМ ШТАММАМ SARS-COV-2 НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	78
77. Иноятова Ф.И., Абдуллаева Ф.Г. ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПОЛИМОРФИЗМА 64V>I ГЕНА CCR2 И ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НВУ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	78
78. Иноятова Ф.И., Сон Т.Р. КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В	79
79. Иноятова Ф.И., Наджмутдинова Н.Ш., Махмудов М.У., Маджитова Д.Ш. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РОЛИ ПОРОГОВ AUTORT ПРИ НАСТРОЙКЕ РЕЧЕВЫХ ПРОЦЕССОРОВ «SONNET 2» И «RONDO 3» В СИСТЕМЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ДЕТЕЙ	80
80. Исаханова Н.Х. ОЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА	81
81. Искандаров М.М. ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА У ДЕТЕЙ – ПЕШЕХОДОВ ПРИ АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЕ	82
82. Искандарова И.Р., Рахманова Л.К., Мухаммадхонов А.Ш. СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ ПРИ ЛИМФАТИЧЕСКОМ ДИАТЕЗЕ В УСЛОВИЯХ ПРИАРАЛЬЯ	83
83. Искандарова М.А., Туронов Б.С. ИРИДОДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ДЕТЕЙ	84

84.Исканова Г.Х., Каримжанов И.А., Эгамова С.Ш., Тогаев М. К. АНЕМИЯ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ У ДЕТЕЙ	85
85.Isomiddinov Z.D. PREVENTION OF INFECTIOUS PURULENT PROCESSES AFTER PLASTIC SURGERY	86
86.Кадырходжаева Х.М., Иноятова Ф.И. МАРКЕРЫ ТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ НВУ-ИНФЕКЦИИ	87
87.Камалова М.Қ., Рахимов С.Ш. ТУҒМА ТАНГЛАЙ НУҚСОНИ ИККИЛАМЧИ ДЕФОРМАЦИЯСИ БОР БОЛАЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ МИКРОФЛОРА ПЕЙЗАЖИ	88
88.Камилов У.Р., Фаязов А.Д., Абдуллаев У.Х., Шамшетов Д.Ж., Холмурадов Б.Н. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТЕЙ С ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ	89
89.Каримджанов И.А., Мадаминова М.Ш. НЕФРОПАТИЯ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ	90
90.Karimjonov I.A., Zokirova U.I., Sodikova N.B KORONAVIRUS INFEKSIYASINI O'TKAZGAN, REKURENT KECHUVCHI OBSTRUKTIV BRONXIT REOBLITATSIYASIDA VITAMIN D AXAMIYATI	91
91.Karimjanov I.A., Mirrahimova M.X., Gaziyeva A., Israilova N.A. BOLALARDA O'TKIR PNEVMONIYADA YURAK-QON TOMIR TIZIMI ZARARLANISH XUSUSIYATLARI	92
92.Каримов К.Р. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ БУХАРСКОГО ОДММЦ	93
93.Karimova B.N. FEATURES OF THE COURSE OF URATE NEPHROPATHY IN CHILDREN	94
94.Каримова Б.Н. УРАТЛИ НЕФРОПАТИЯ КЕЧИШИНИ ОИЛА ШИФОКОРЛАРИ ТАҲЛИЛИДА	96
95.Каримова Н.И. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ И ОЦЕНКА КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ	97
96.Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М., Урумбоева З.О. СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ	98
97.Касымова И.Б., Ахмедова Д.И. СВЯЗЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ С УРОВНЕМ БЕЛКА S-100 У ДЕТЕЙ С ЮАсСН	99
98.Кондратьев М.В., Лаврентьев С.Н., Петрова А.С., Грызунова А.С., Захарова Н.И. ПОЛИМОРФИЗМЫ В ГЕНАХ, ОТВЕЧАЮЩИХ ЗА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ АСФИКСИИ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ	100
99.Кондратьева Е.И., Лошкова Е.В., Климов Л.Я., Ильенкова Н.А., Жекайте Е.К., Геппе Н.А., Подчерняева Н.С., Чебышева С.Н., Шитковская Е.П., Долбня С.В., Курьянинова В.А., Тихая М.И., Котова Ю.В., Мельяновская Ю.Л., Воронкова А.Ю., Мизерницкий Ю.Л. ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА VDR НА ТЕЧЕНИЕ МУКОВИСЦИДОЗА, БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	101

100.Кондратьева Е.И., Киян Т.А., Брагина Е.Е. ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	102
101.Кудратова З.Э., Мухамадиева Л.А. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ АТИПИЧНОЙ МИКРОФЛОРОЙ И ИХ КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ	103
102.Кузнецова А.А., Петрова С.И., Лобачева А.В., Федотова Е.П., Пешехонова Ю.В. ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТАХ У ДЕТЕЙ	104
103.Курьязова Ш.М., Худайназарова С.Р., Усманова Н.А. КАМҚОНЛИГИ БЎЛГАН ЭРТА ЁШЛИ БОЛАЛАРДА БРОНХ-ЎПКА ПАТОЛОГИЯСИНИ КЕЧИШИ	105
104.Кутырло И.Э., Савенкова Н.Д. ФЕНОТИП, ПОЧЕЧНАЯ ФУНКЦИЯ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	106
105.Кучкоров Ш.Б., Абдулазизова Ш.А. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТОКСИЧНОСТИ ХЛОРПИРИФОСА В РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЕ И ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ	107
106.Левиашвили Ж.Г., Савенкова Н.Д. СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИИ X-СЦЕПЛЕННОГО ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКОГО РАХИТА (GR XL) ВСЛЕДСТВИЕ МУТАЦИИ ГЕНА <i>RHEX</i> У 40 ДЕТЕЙ	109
107.Лемешко Ю.И., Малец Е.Л., Лемешко Е.В. НЕОНАТАЛЬНЫЙ АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	110
108.Мадаминава М.Ш., Каримджанов И.А. ТРИГГЕРЫ РАЗВИТИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА	111
109.Маджитова Д.Ш., Иноятова Ф.И., Наджимутдинова Н.Ш., Нуриддинова Д.Х. ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ РЕЧЕВОГО ПРОЦЕССОРА «SONNET 2» В СИСТЕМЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ДЕТЕЙ	112
110.Маликова А.А. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ	113
111.Мамаджанов Б.Н., Джураев А.А, Мирзаев О.С., Грачева Н.Ю., Магбулова Н.А., Ким С.А., Кацамаки С.П., Левицкая Ю.В., Гариб В.Ф. КЛИНИЧЕСКАЯ ОБЩНОСТЬ И МОЛЕКУЛЯРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ IgE-ОПОСРЕДОВАННОЙ АБКМ И ГИСТАМИНОЗА У ДЕТЕЙ	114
112.Мамедова С.Н., Мамедова З.У. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕБЮТА ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА	115
113.Маммадова А.А., Рзаева З.Р., Гараева С.З. ЧАСТОТА ПАТОЛОГИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА РОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	116
114.Маткаримова А.А., Жиемурадова Г.К., Исмаилова А.А., Курбанова А.А. РИСК ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРАМЕТРОВ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ	116
115.Маткаримова А. А., Каландарова А.Н., Жиемурадова Г. К., Исмаилова А. А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПЕРВИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН	117

116.Махкамова Н.Э., Балтабаев О.К. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ НОСА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА	118
117.Mahmudov I.Sh., Hasanov A.M., Mustafaeva S.Y., Valiyeva K.T CHARACTERISTICS OF ACUTE DIARRHEA DISEASES IN CHILDREN	120
118.Махмудов Ш.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ДЕКАСАН В ЛЕЧЕНИИ АТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ	121
119.Махмудов Ш.М., Ражабов А.Х. БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ АТРОФИК РИНИТЛАРНИ ЗАМОНАВИЙ ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ	121
120.Мехриддинов М.К., Хамидов Л.С. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	122
121.Mirzaqandov E.E. SURINKALI ALLERGIK RINIT HAQIDA UMUMIY TUSHUNCHA, UCHRASH DARAJASI.	124
122.Мирзоева И.А¹, Байларов Р. О.¹, Намазова Б.А.¹, Гасимова Е. А.² УРОВЕНЬ БЕЛКОВ СУРФАКТАНТА В КРОВИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	124
123.Муратова К.Р., Шамсиев Ф.М. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА СВИСТЯЩЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ	125
124.Муратова К.Р., Шамсиев Ф.М. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ	126
125.Мусаев А.А., Абдукаюмов А.А., Олимов Ж.А., Мансурова С.А. ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНИКОВ	127
126.Мусаев А.Т., Индершиев В.А., Нургалиева Ж.Ж., Гарифулина Л.М, Сафонов Н.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СУБЛИМИРОВАННОГО САУМАЛ У БОЛЬНЫХ COVID-19	128
127.Мусаев А.Т., Расулов С.К., Нурмаханова Ж.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОБЫЛЬЕГО МОЛОКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С	129
128.Мусаева М.Х., Кудратова Н.И БЕТА ТАЛАССЕМИЯГА ЧАЛИНГАН БЕМОР БОЛАЛАРНИ ТЕМИР ХЕЛАТСИЯСИ БИЛАН ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ	130
129.Мухитдинов Ш.Т., Мухамедова Ш.Т. ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ГЕЛЬМИНТОЗАМИ	131
130.Наджафова Г.Т. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА У БЕРЕМЕННЫХ	132
131.Наджафова Г.Т., Эйналова М.К. О ПОЛЬЗЕ МАССАЖА ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ	133
132.Назирова Ф.Н. ТИМПАНОСКЛЕРОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ДАВОЛАШНИНГ КЛИНИК-САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ	134
133.Насирова С.Р., Мехтиева С.А., Мустафаева Н.М. КОРРЕЛЯЦИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ	136

134.Nematov SH.U. IMPROVEMENT OF MEASURES TO ELIMINATE COMPLICATIONS AFTER SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL CLEFT PALATE	137
135.Низомутдинов А.М., Рахманова Л.К. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ГЕМОМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ	137
136.Носиров Ю.У., Гойилов Ж.Б. АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ	138
137.Нурматов Ё.Х., Алимов М.М., Шониятов Э.П ФАРҒОНА ВОДИЙСИДА БОЛАЛАРДА ГИПОСПАДИЯНИНГ ПЕНИАЛ ШАКЛИДА НЕОУРЕТРАПЛАСТИКА УСУЛЛАРИ НАТИЖАСИНИ ТАҚҚОСЛАШ	139
138.Окилжонова Н.А. АССОЦИИРОВАННАЯ МУТАЦИЯ ГЕНА SURP ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАРАПЛЕГИИ ШТРИМПЕЛЯ	140
139.Омонова У.Т., Окилжонова Н.А. НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ И ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПАСТИЧЕСКОЙ ПАРАПЛЕГИИ ШТРИМПЕЛЯ У ДЕТЕЙ	141
140.Отекеева С.С., Жиемуратова Г.К. ВЛИЯНИЕ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ НА РОСТ И РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, ПОСТОЯННО ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ	142
141.Полухова А.А., Эфендиева М.З., Агаева Х.Г. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ	143
142.Полухова А.А., Панахова Н.Ф., Адилова А.А. ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У НОВОРОЖДЕННЫХ МАЛЫХ К ГЕСТАЦИОННОМУ ВОЗРАСТУ	144
143.Полухова А.А., Насирова С.Р., Мирсалаева Л.Ш., Гусейнова Н.Г. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 1 МЕСЯЦА ЖИЗНИ	145
144.Poluxova A.Ə., Əfəndiyeva M.Z., Aǵayeva X.A. YENIDOĞULAN UŞAQLARDA XƏSTƏLƏNMƏ STRUKTURU	146
145.Попенков А.В. ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ	147
146.Пулотжонов М.М., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Азимов С.М. КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ	148
147.Рагимова Л.Р., Маммедбейли А.К. ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НА ГАЗОВЫЙ СОСТАВ КРОВИ	149
148.Rasulov S.K., Saidova F.S., Rustamova Kh.Kh., Rasulov R.S. UZUM SHINNISINI BOLALARDA MAKROELEMENTLAR ETISHMOVCHILIGINI PROFILAKTIKASIDA QO'LLASH ISTIQBOLLARI	150
149.Раупов Ф.С., Кодиров У.С. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ С РАЗЛИЧНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ У ДЕТЕЙ	151
150.Рахимова К.Э. РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ФОЛАТНОГО ОБМЕНА A276G В ГЕНЕ MTR В РАЗВИТИИ КОГНИТИВНОГО ДЕФЕКТА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	152
151.Рахимова С.Р., Алибекова М.Б., Исмагилова Г.Х. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТКОРЕВОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	153

152.Raxmanova L.K., Ganieva M.Sh., Boltaboeva M.M., KarimdjanoV I.A. BOLALARDAGI ALPORT SINDROMI ASORATLI KECHGANDA IMMUNITET XOLATI	154
153.Rakhmanova L.K., Boltabaeva M.M., Tleumuratova A. REGIONAL FEATURES OF ORPHAN DISEASES IN CHILDREN	155
154.Рахматуллаев А.А., Рузиев М.Ю. БОЛАЛАРДА ЮҚОРИ СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ТОШЛАРИДА РЕТРОГРАД ЭНДОСКОПИК ДАВО НАТИЖАЛАРИ	156
155.Романова Е.А., Савенкова Н.Д., Бржеский В.В. ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ И ПОЧЕЧНЫЙ ФЕНОТИП ПРИ ОРФАННОМ СИНДРОМЕ PIERSON ВСЛЕДСТВИЕ МУТАЦИИ ГЕНА <i>LAMB2</i> У ДВУХ МАЛЬЧИКОВ	157
156.Садирходжаева А.А., Ашурова Д.Т. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОЙ COVID-19 ИНФЕКЦИИ	158
157.Садирходжаева А.А., Ашурова Д.Т. ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1- ТИПА ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19 ИНФЕКЦИЮ	159
158.Саидова Д.И. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА	160
159.Саидова Н.Ф. НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЙ ГЛАЗ С ПРЕМОРБИДНЫМ ФОНОМ У ДЕТЕЙ	161
160.Сайдалиева Ф.Ш., Ахмедова Н.Р. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМИ АРТРИТАМИ	162
161.Сайдахмедов С.Б., Иноятова Ф.И., Наджимутдинова Н.Ш., Абдукаюмов А.А., Алиева М.У., Мансурова С.А. ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ВЛИЯНИЮ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ХРОНИЧЕСКИЙ РУБЦОВЫЙ СТЕНОЗ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ	163
162.Сайрамов И.Х., Кучкоров Ш.Б., Кодиров Х.Х., Туйчиев Д.Б., Ашуров Д.Р. НОВЫЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	164
163.Salixova S.M., Babadjanova G.B. BOLALARDAGI ENUREZNI NEYROFIZIOLOGIK ASPEKTLARI	165
164.Салихова К.Ш., Ишниязова Н.Д., Агзамходжаева Б.У., Абдурахманова Ф.Р. РОЛЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ	166
165.Салихова К.Ш., Абдурахманова Ф.Р., Агзамходжаева Б.У., Ишниязова Н.Д. UGT1A1 В РАЗВИТИИ НЕКОНЬЮГИРОВАННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ	167
166.Салихова К.Ш., Абдурахманова Ф.Р., Агзамходжаева Б.У., Ишниязова Н.Д. РОЛЬ ЭЛЕКТОРОЭНЦЕФАЛОГРАФСКОГО ИССЛЕДОВАНИЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ДИНАМИКЕ	168
167.Сафарова И.А., Гаджиева У.К., Гасанова Н.С., Гидаятова Л.А., Мамедова Ф.М. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ДЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	168

168.Сейдакова Г.С., Жиенмуратова Г.К. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ С СОСТОЯНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ШКОЛЬНИКОВ	169
169.Сидиков Д.А., Рахманова Л.К., Миррахимова М.Х. ПРОДУКЦИЯ ЦИТОКИНОВ У ДЕТЕЙ ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	170
170.Sotvoldiyev O.K. ON THE ROLE OF CONGENITAL MALFORMATIONS IN THE STRUCTURE OF CHILD MORBIDITY AND MORTALITY	171
171.Степанова А.А. ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ КОНЦЕНТРАЦИИ ОБЩЕГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е В КРОВИ И ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	172
172.Степанова А.А., Лесовик Ю.А., Гурина О.П., Блинов А.Е., Варламова О.Н., Дементьева Е.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ЛИМФОЦИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ	173
173.Султанова Н.Г., Тагизаде Т.Г., Гаджиева У.К., Мамедова Ф.М., Гидаятова Л.А ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ВОЗРАСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ	174
174.Таги-заде Т.Г., Гаджиева У.К., Мамедова С.Н., Сафарова И.А. ИЗМЕНЕНИЯ В СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ У ДЕТЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	175
175.Тажиева З.У., Маткаримова А.А. ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ЭКОЛОГИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬЮ РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЛЕРГОЗОВ	175
176.Тарасова Д.С., Морозов Д.А., Морозова О.Л., Морозов К.Д., Айрян Э.К., Кибирева А.А. ХРОНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ	176
177.Тешабоев У.М., Рахманова Л.К. ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ФОНОВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	177
178.Тоирова Н.Н., Эргашева Н.Н. АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ В ЗАГОРОДНЫХ ЛАГЕРЯХ	178
179.Тоирова Н.Н., Кошимбетова Г.К. ВЛИЯНИЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ РОЖДЕНИИ НА ХАРАКТЕРИСТИКИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	179
180.Ташева Г.С. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ	180
181.Туйчиев Д.Б., Сайрамов И.Х., Ашуров Д.Р., Кўчқоров Ш.Б., Қодиров Х.Х. ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ОЧИҚ КАРДИОЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТЛАРИДАН КЕЙИНГИ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ	181
182.Туксонбоев Н.Х., Азизов М.К. БОЛАЛАРДА УРИНАПЛАСТИКА ОПЕРАЦИЯСИ УЧУН ГЕМОСТАТИК ГУБКАЛАРНИ ЭФФЕКТИВЛИГИНИ УРГАНИШ	182
183.Туракулова Х.Э., Шамсиев Ф.М, Азизова Н.Д., Мусажанова Р.А. БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ: ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ	183

184.Турсунбаев А.К., Каримова Н.А. ДИСМЕТОБОЛИК НЕФРОПАТИЯ МАВЖУД БОЛАЛАРДА ЭРТА ТАШХИСЛАШДА СИЙДИКДАГИ ЛИТОГЕН АМИНОКИСЛОТАЛАР МИҚДОРНИ АНИҚЛАШ АҲАМИЯТИ	185
185.Турсунбаев А.К., Каримова Н.А. РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ	186
186.Умарова М.Э. ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА	187
187.Умаров У.Х. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОЛДИСЕПТА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЮ	188
188.Уразова Г.Б., Мамбеткаримов Г.А., Жиёмуратова Г.К. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	189
189.Урумбоева З.О. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	190
190.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	191
191.Фатхуллаев Б.М., Мирзарахимова С.С. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ	192
192.Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Рузимуратов Д.А., Мирхайдаров М.М. СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	193
193.Hazratkulova M.I., Qurbonova A.B. SITOMEGALOVIRUS INFEKSIYASINING CHAQALOQLAR ASAB TIZIMIGA TA'SIRINI NEYROSONOGIRAFIYA DOPPLEROMETRIYA TEKSHIRISH NATIJALAR TAHLILI	194
194.Hazratkulova M.I., G'aniyev B.J. CHAQALOQNING BUYRAKLARI FAOLIYATIGA SITOMEGALOVIRUS INFEKSIYASINI TA'SIRI	195
195.Хакимов Ш.К., Икромов А.А., Куйиков З.Х. НОВАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ	196
196.Хакимов Ш.К., Куйиков З.Х., Икромов А.А. РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ	197
197.Хамраева Г.Ш., Маннапова Н.Х. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПЕРИОПЕРАЦИОННУЮ ИНФУЗИОННУЮ ТЕРАПИЮ	198
198.Хамраева Г.Ш.1, Разикова Ш.К.2, Азимова С.Н.2 ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ПРЕСЕПСИНА У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА СЕПСИС	199
199.Hasanov A.M., Mahmudov I.Sh., Namazova B.A. CHARACTERISTICS OF LYAMBLIOSIS IN EARLY AGE CHILDREN	200

200.Хасанов Г.М., Muxsimova M.Sh. SARS-COV-2 O'TKAZGAN BOLALARDA YURAK-QON TOMIR SISTEMASI SHIKASTLANISHLARI DIAGNOSTIKASINING PARAKLINIK MEZONLARI	201
201.Хасанова М.И., Шайхова М.И. СКОЛИОЗ БИЛАН ОФРИГАН БОЛАЛАРДА НОГИРОНЛИК ХАВФИНИ КАМАЙТИРИШ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ	202
202.Худайназарова С.Р., Куръязова Ш.М., Тошметова Б.Р. ЗНАЧЕНИЕ ВИТАМИНА D ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	203
203.Худойбердиев Х.Т., Туксонбоев Н.Х., Азизов М.К. БОЛАЛАРДА УРАНОПЛАСТИКА ОПЕРАЦИЯСИ НАТИЖАЛАРИ	204
204.Huseynova S.A., Rasulova L.T., Namazova B.A., Jafarova S.S. FEATURES OF THE COURSE OF CHRONIC CONSTIPATION IN SCHOOL-AGE CHILDREN	205
205.Хуснидинова Х., Ашурова Д.Т., Абдуллаева У.У. ОЦЕНКА МИКРОНУТРИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	206
206.Shavdirova G.M., Rabbimova D.T. ERTA YOSHDAGI BOLALARDA ANTIBIOTIK BILAN BOG'LIQ DIAREYALARNING KELIB-CHIQUISHI	207
207.Шамансурова Э.А., Исаханова Н.Х. ТУГМА ЮРАК НУҚСОНЛАРИ БИЛАН ТУҒИЛГАН БОЛАЛАРНИНГ КЛИНИК-АНАМНЕСТИК ХУСУСИЯТЛАРИ	208
208.Шамсиев Ф.М., Иномов Б.Н., Азизова Н.Д., Узакова Ш.Б., Абдуллаева М.К. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СПИРОМЕТРИИ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В ПРИАРАЛЬЕ	209
209.Шамсиев Ф.М., Мирзаназаров М.М. БИОХИМИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	210
210.Шамсиев Ф.М., Узакова Ш.Б., Азизова Н.Д., Иномов Б.Н., Атажанов Х.П. ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ	211
211.Шамсиев Ф.М., Жуманиезов Н.Б. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЗАТЯЖНОМ ТЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19	213
212.Шарипова Н.П., Шамсиев Ф.М. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА	214
213.Шарипова Н.П., Шамсиев Ф.М. ИССЛЕДОВАНИЕ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ	215
214.Шевкетова Л.Ш., Юлдашев З.Н., Тоирова У.Т. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ	217
215.Шевкетова Л.Ш., Тоирова У.Т., Юлдашев З.Н. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ	218
216.Shodiyev J. A., Khabibullaev T. U. ASTHMA AND CHRONIC RHINOSINUSITIS WITH NASAL POLYPS: EXPLORING COMMON PATHWAYS AND TREATMENT APPROACHES	219

217.Шодиев Ж.А., Хабибуллаев Т.У. СРАВНЕНИЕ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА БУПИВАКАИНА ПРОТИВ БУПИВАКАИНА В СОЧЕТАНИИ С ДЕКСАМЕТАЗОНОМ ПРИ ХИРУРГИИ НОСА	220
218.ШукруллаевФ.З., Шаропов Ф.Х., Хамидов Л.С. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ	221
219.Эгамкулов У.Қ., Шарипова.О.А. ЎЗБЕК ПОПУЛЯЦИЯСИДАГИ БОЛАЛАРДА РЕВМАТИК КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ	221
220.Эргашева Н.Н., Ахмедова Д.И. РАССТРОЙСТВО АДАПТАЦИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	222
221.Юлдашев Р.З., Алиев М.М., Немагжонов Ф.З., Туйчиев Г.У., Дехконбоев А.А.,Турсунова Д.Б. КЛИНИЧЕСКИЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БИЛИАРНОЙ АТРЕЗИИ И ДРУГИХ ПРИЧИН ОБСТРУКТИВНОГО ХОЛЕСТАЗА: АНАЛИЗ 10-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ	224
222.Якубов Э.А. ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ	225



www.pediatriya.uz