МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ

АССОЦИАЦИЯ ПЕДИАТРОВ УЗБЕКИСТАНА

XALQARO ISHTIROKIDAGI RESPUBLIKA ILMIY-AMALIY ANJUMANI ”ZAMONAVIY PEDIATRIYADA MULTIDISTSIPLINAR STRATEGIYALAR: BOLALAR KASALLIKLARINI TASHXISLASH, DAVOLASH VA REABILITATSIYA QILISHDAGI INNOVATSIYALAR”

TEZISLAR TO’PLAMI



19-20 noyabr
19-20 ноября **2025**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «СОВРЕМЕННЫЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ СТРАТЕГИИ В ПЕДИАТРИИ: ИННОВАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN
PEDIATRIYA ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI
O‘ZBEKISTON PEDIATLAR ASSOTSIATSIYASI

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

XALQARO ISHTIROKIDAGI RESPUBLIKA
ILMIY-AMALIY ANJUMANI

«ZAMONAVIY PEDIATRIYADA MULTIDISTSIPLINAR STRATEGIYALAR: BOLALAR KASALLIKLARINI TASHXISLASH, DAVOLASH VA REABILITATSIYA QILISHDAGI INNOVATSIYALAR»

TEZISLAR TO‘PLAMI

2025 yil 20 noyabr

РЕСПУБЛИКАНСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«СОВРЕМЕННЫЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ СТРАТЕГИИ В ПЕДИАТРИИ: ИННОВАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

20 ноября 2025 года

ТОШКЕНТ — 2025

Xalqaro ishtirokidagi respublika ilmiy-amaliy anjumani «Zamonaviy pediatriyada multidissiplinar strategiyalar: bolalar kasalliklarini tashxislash, davolash va reabilitatsiya qilishdagi innovatsiyalar» tezislari to‘plami, 2025 yil 20 noyabr, Toshkent, 106 bet.

Tahririyat hay’ati:
Bosh muharrir Abdukayumov A.A. – Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi direktori, tibbiyot fanlari doktori.
Mas’ul muharrir: Mirsalixova N.X. – Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi direktori o‘rinbosari, tibbiyot fanlari doktori.
Mas’ul kotiba: Musajanova R.A. – Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi ilmiy kotibasi, tibbiyot fanlari doktori.
Tahririyat hay’ati a’zolari:
Inoyatova F.I. – RIPIATM gepatologiya bo‘limi rahbari, t.f.d., O‘zR FA akademigi;
Kamilova A.T. – RIPIATM gastroenterologiya bo‘limi rahbari, t.f.d., professor;
Shamsiyev F.M. – RIPIATM pulmonologiya bo‘limi rahbari, t.f.d., professor;
Salixova K.Sh. – t.f.d., RIPIATM Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar patologiyasi bo‘limi rahbari, tibbiyot fanlari doktori;
Umarnazarova Z.Ye.– RIPIATM gastroenterologiya bo‘limi yetakchi ilmiy xodimi, tibbiyot fanlari doktori;
Agzamxodjayeva B.U. – neonatologiya bo‘limi shifokori, falsafa doktori (PhD).

Anjuman O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2025 yil 19 maydagi PF–88-sonli «Respublikada sog‘liqni saqlash tizimini va aholiga tibbiy xizmat ko‘rsatish tamoyillarini takomillashtirish orqali sohani isloh qilishni izchil davom ettirish chora-tadbirlari to‘g‘risida»gi Farmoni, 2020 yil 29 oktyabrdagi PF–6097-sonli «Ilm-fanni 2030 yilgacha rivojlantirish konsepsiyasini tasdiqlash to‘g‘risida»gi Farmoni, shuningdek, O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2022 yil 25 apreldagi PQ–216-sonli «2022 — 2026 yillarda onalik va bolalikni muhofaza qilishni kuchaytirish to‘g‘risid»gi, 2025 yil 19 maydagi PQ–185-sonli «Sog‘liqni saqlash tizimidagi islohotlarni amalga oshirishning qo‘shimcha chora-tadbirlari to‘g‘risida»gi va 2020 yil 12 noyabrdagi PQ–4891-sonli «Tibbiy profilaktika ishlari samaradorligini yanada oshirish orqali jamoat salomatligini ta’minlashga oid qo‘shimcha chora-tadbirlar to‘g‘risida»gi Qarorlarida belgilangan asosiy vazifalarni amalga oshirish doirasida o‘tkazildi.

Tezislar to‘plamida «Zamonaviy pediatriyada multidissiplinar strategiyalar: bolalar kasalliklarini tashxislash, davolash va reabilitatsiya qilishdagi innovatsiyalar» mavzusidagi xalqaro ishtirokidagi respublika ilmiy-amaliy anjumaniga taqdim etilgan ilmiy ishlar natijalari o‘z aksini topgan.

To‘plamga O‘zbekistonda pediatriya xizmatining rivojlanishiga oid asosiy yo‘nalishlar bo‘yicha ilmiy-tadqiqot ishlari natijalari kiritilgan. Materiallar pediatriya sohasining dolzarb tibbiy, ijtimoiy va tashkiliy masalalarini qamrab oladi, jumladan: O‘zbekistonda pediatriya xizmati rivojlanishining zamonaviy tendensiyalari, pediatriyaning yangi yutuqlari va innovatsion texnologiyalar, bolalarga tibbiy yordam ko‘rsatish sifatini oshirishda xalqaro hamkorlik va kadrlar tayyorlash masalalari, ijtimoiy ahamiyatga ega kasalliklar va bolalar nogironligini oldini olish muammolari, chaqaloqlarga birlamchi va ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko‘rsatish usullari, ona suti bilan boqish va bolalar ovqatlanishini takomillashtirish, emlash va profilaktikaning zamonaviy yo‘nalishlari, kam uchraydigan va irsiy kasalliklarni tashhislash, davolash va reabilitatsiya qilish bo‘yicha ilmiy ishlanmalar, bolalar xirurgiyasi, LOR a’zolari kasalliklari va ularni reabilitatsiya qilish masalalari, shuningdek pediatriyada laborator va instrumental diagnostika imkoniyatlarini kengaytirishga oid izlanishlar. To‘plam materiallarini tayyorlashda mamlakatimizning turli hududlaridan va xorijiy davlatlardan ilmiy va amaliy muassasalar, sog‘liqni saqlash va ta’lim tashkilotlarining yetakchi olimlari va mutaxassislari, shuningdek yosh olimlar faol ishtirok etdilar.

ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА АУДИОЛОГИК СКРИНИНГ БОСҚИЧИДА АНИҚЛАНГАН ЭШИТИШ БУЗИЛИШЛАРИНИНГ КЛИНИК-ДИАГНОСТИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Абдукаюмов А.А., Нуриддинова Д.Х., Махмудов М.У., Абдукамилова М.М., Маджитова Д.Ш.

Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқотнинг долзарблиги. Янги туғилган чақалоқларда эшитиш бузилишларини эрта аниқлаш нутқ ривожланишидаги кечикишларни олдини олиш ва ўз вақтида реабилитация чораларини бошлаш учун муҳим аҳамиятга эга. Янги туғилган чақалоқларда эшитишни оммавий скринингдан ўтказиш (УССН) туғма кар-соқовликни эрта босқичда аниқлаш имконини беради, аммо ушбу тизимнинг самарадорлиги ҳали ҳам баҳоланиши зарур. УССН жараёнида аниқланган эшитиш бузилишлари шаклларини ўрганиш аудиологик скрининг дастурини такомиллаштириш ва эшитишида нуқсони бўлган болаларга кўрсатиладиган эрта тиббий ёрдам сифатиини ошириш учун муҳимдир.

Мақсад: янги туғилган чақалоқларда эшитиш скрининги жараёнида аниқланган эшитиш бузилиш турларини тавсифлаш.

Материаллар ва тадқиқотусуллари. Бир йил давомида эшитиш скрининги биринчи босқичидан ўтмаган 1481 нафар янги туғилган чақалоқлар тадқиқотга жалб этилди. Тадқиқот Республика ихтисослаштирилган илмий-амалий педиатрия тиббиёт маркази ҳамда ҳудудий болалар тиббиёт марказларида ўтказилган бўлиб, бу ерда иккинчи босқич амалга оширилди.

1481 нафар бола орасида 58,67% (n=869) ўғил болалар, 41,32% (n=612) қиз болалар ташкил этди. Барча чақалоқларда отоакустик эмиссия ва тон-уйғониш мия пояси потенциаллари (КСВП, ABR) скрининги ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Иккинчи босқичда 1481 нафар чақалоқ текширилганда, 1417 (95,6%) нафар болада эшитиш меъёрда эканлиги аниқланди. 64 (4,43%) нафар болада эшитиш бузилишлари қайд этилди. Улардан 57 нафарида икки томонлама эшитиш патологияси, 7 нафарида эса бир томонлама эшитиш бузилиши аниқланди. Икки томонлама 57 ҳолатдан 11 нафарида аралаш турдаги симметрик эшитиш бузилиши, 46 нафарда эса сенсоневрал симметрик эшитиш бузилиши аниқланди. Бир томонлама эшитиш бузилишларининг барчаси (6 ҳолат) сенсоневрал турда бўлди. Эшитиш бузилиши аниқланган 64 бола ичида 7 ҳолатда синдромли патология қайд этилди: уларнинг 2 нафарида Ваарденбург синдроми, 5 нафарида Дауна синдроми кузатилди. 6 ҳолатда эшитиш бузилиши челюстно-юз аномалиялари (туғма нёба ёриғи) билан бирга кечган, 3 ҳолатда эса эшитиш бузилиши чақалоқнинг муддатидан олдин туғилиши билан боғлиқ бўлган.

Хулоса. Олиб борилган дастлабки тадқиқотлар шуни кўрсатдики, иккинчи босқичга мурожаат қилган болаларнинг 95,6%ида эшитиш меъёрда бўлган. Бу биринчи босқичдаги скрининг жараёнининг самарасизлигига ишора қилади. УССН орқали аниқланган эшитиш бузилишлари асосан икки томонлама (71,9%) бўлиб, уларнинг 82,8%и сенсоневрал, 17,2%и аралаш турдаги эшитиш бузилишлари эканлиги аниқланди. Бир томонлама эшитиш бузилишлари 10,9%ни ташкил этди ва уларнинг барчаси сенсоневрал турда бўлган.

ИНТЕРФЕРОНОВАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ HBV-ИНФЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА CCR2 У ДЕТЕЙ

Абдуллаева Ф.Г., Иноятова Ф.И.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить состояние и динамику показателей интерфероновой системы I типа у детей, больных хронической HBV-инфекцией в зависимости от полиморфизма 64V>I гена CCR2.

Материалы и методы. Обследовано 101 детей от 3-х до 18 лет с хронической HBV-инфекцией. Мальчиков 63,3%, девочек 36,6%. Средняя длительность заболевания - 7,5±0,8. Выраженная активность – 35,6% случаев, умеренная – 31,7% и минимальная – 31,7%. Диагноз устанавливался на основании клинических, лабораторных и инструментальных исследований (аппарат «Toshiba Aplio XG V5» Япония). Верификацию HBV и маркерный спектр проводили методами ИХЛА и ПЦР. Уровень интерферонов (IFN-α и IFN-β) определялся с использованием наборов «Enzyme-linked Immunosorbent Assay Kit for interferon alpha производства», фирмы «Cloud-Clone Corporation» (USA). 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. Контрольная группа - 65 здоровых детей.

Результаты. В ходе исследования выявлена ассоциированность носительства полиморфизма 64V>I гена CCR2 с тяжестью заболевания, где V-аллель сопряжен с выраженной активностью заболевания и прогрессирующим течением. При этом, у носителей V-аллельного гомозиготного генотипа определилось усиленное подавление, в более чем 4,1 раза интерфероногенеза, в частности уровень IFN-α составил 3,30±0,37pg/ml при N-13,39±0,03, IFN-β - 2,73±1,13pg/ml при N-15,6±0,21, p<0,001. У детей с гетерозиготным V/I-генотипом значения обоих интерферонов находились практически на одинаковом уровне, соответственно IFN-α - 9,22±2,30pg/ml и IFN-β - 8,72±1,74pg/ml, при этом достоверность выявлена только в показателе IFN-β (p<0,05 к контролю). Тогда как при гомозиготном I/I-генотипе CCR2 параметры эффекторных молекул принимали тенденцию к снижению, но статистически не различались с контролем (IFN-α - 11,40±3,5 pg/ml и IFN-β - 13,64±4,65 pg/ml, p>0,05). Значения, которые приближались к нормальным показателям уровня интерферонов указывали на достаточную активацию Th1-хелперов и ассоциировались с протективным действием I-аллеля в формировании и регуляции эффекторной системы иммунитета.

Заключение. Таким образом, в течении хронической HBV-инфекции у детей нарушения в системе интерфероногенеза характеризуются угнетением иммунного ответа, которые зависят от глубины поражения печени у детей. При этом, носительство V/V генотипа CCR2 ассоциируется с глубоким дефицитом эффекторных молекул в виде подавления IFN-α и IFN-β у детей и, соответственно выраженными формами течения заболевания.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Авезова З.Ш.[1], Каримова Н.И.[2]

[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии, г.Ташкент, Узбекистан

[2]Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В последние годы нарастает количество случаев затяжного течения внебольничной пневмонии (ВП). Важным критерием использования антибактериальной терапии являются клинические рекомендации, основанные как на этиологической структуре заболевания, так и на данных современных диагностических тестов, позволяющих своевременно выявлять и идентифицировать бактериальную инфекцию. Актуальность лечения детей с ВП затяжного течения обусловливает необходимость проведения углубленных исследований и разработки схем терапии по ведению такой категории больных.

Цель исследования. Изучить особенности лабораторных показателей и оценить их диагностическую значимость у больных с ВП затяжного течения.

Материалы и методы исследования. Обследовано 155 детей в возрасте от 1 года до 15 лет, из них 95 детей с внебольничной пневмонией (ВП) затяжного течения, 35 детей с ВП (группа сравнения) и 24 практически здоровых детей (группа контроля). Всем детям проводились общеклинические, биохимические (определение С-реактивного белка (СРБ), иммунологические исследования (определение концентрации цитокинов – IL-1β, IL-4, IL-6, IL-8, ФНО-α и IFNγ).

Результаты исследования. Анализируя фоновые состояния мы установили, что в двух группах наблюдения наиболее часто у детей ВП затяжного тяжения у 85,0% детей наблюдались анемия I - II степени, аллергический диатез у 34,0%, остаточные явления рахита у 16,0% и белково-энергетическая недостаточность у 11,0% больных. Основным проявлением ВП затяжного течения был кашель, в основном влажный у 90,8%, цианоз наблюдался у 73,8%, одышка у 93,8%, влажные хрипы у 100,0%, сухие хрипы у 64,0% больных. При исследовании СРБ у детей с ВП затяжного течения, этот показатель был 1,8 раза выше по сравнению с ВП. Анализ результатов изучения цитокинов показал, что при ВП затяжного течения уровень IL-1β повышается в 2,2 раза, уровень IL-4 в 1,5 раза, IL-8 в 1,6 раза, TNFα повысился в 1,3 раза. Динамическое изучения концентрации СРБ показало их недостоверное снижение на 10-е сутки в I группе на 1,0 и 1,1 раза по сравнению с контролем (P>0,05). Результаты исследования цитокинов в динамике под влиянием базисной терапии у больных ВП затяжного течения показало снижение повышенных уровней IL-1β, ИЛ-4, ИЛ-8 и TNFα, уровень IFNγ снизился, но данные оставались выше исходных значений. Прослеживалась положительная динамика в содержании цитокинов. Во II и III группах уровень ИЛ-1β был снижен в 1,3 и 1,7 раза, уровень IL-4 снизилось в 1,4 и 2,3 раза, значение IL-8 снизилось в 1,3 и 1,8 раза, IFNγ в достоверно повысился по сравнению с показателями I группы. При оценке эффективности дифференцированной терапии у больных ВП затяжного течения динамическое изучения концентрации СРБ в сыворотке крови показало его снижение на 10-е сутки во II и III группах в 2,3 и 4,7 раза по сравнению с данными I группы.

Вывод. У детей с ВП затяжного течения отмечается повышение СРБ являющегося информативным показателем в диагностике заболевания и дисбаланс цитокинового статуса, выражающийся повышением уровней IL-1β, IL-8, IL-4, TNFα и снижением концентрации IFNγ. Традиционное лечение не приводит к нормализации измененных показателей. Применение дифференцированных схем терапии у больных с ВП затяжного течения, показали положительное влияние на клиническое течение заболевания, нормализацию лабораторных показателей (снижение СРБ и уровней цитокинов IL-1β, IL-4, IL-6, IL-8, TNFα, повышением IFNγ), позволяющих повысить эффективность лечения.

НЕОНАТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕДКОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Адилова А.И., Полухова А.Э., Панахова Н.Ф., Джафарова С.С., Мамедова Н.М.
Азербайджанский медицинский университет
Научно-Исследовательский Институт Педиатрии им. К.Ю. Фараджевой
Баку, Азербайджан

Актуальность. Несовершенный остеогенез (несовершенное формирование костной ткани, остеогенез несовершенный, болезнь «хрустального человека», болезнь Лобштейна-Вролика) – повышенная хрупкость костей, деформация скелета, задержка роста, голубые склеры, в большинстве случаев это редкое наследственное заболевание соединительной ткани и скелета, характеризующееся прогрессирующей потерей слуха и аномалиями дентина, вследствие нарушения синтеза коллагена I типа (качественного или количественного). Патология встречается у 6–7 из 100 000 новорождённых в разных странах мира. Несовершенный остеогенез регистрируется с одинаковой частотой у мальчиков и девочек, а также у представителей разных рас и национальностей.

Цель исследования: описать особенности диагностики несовершенного остеогенеза и ее методы.

Материалы и методы исследования: Анамнез: ребенок мальчик, от первой беременности, матери 47 лет, отцу 56 лет. Отец соматически здоров, женат вторым браком, от первого брака имеет двоих здоровых детей. Мать практически здорова, иногда болеет респираторными заболеваниями. Ребенок родился в результате оперативного родоразрешения на сроке 34–35 недель беременности. Оценка по шкале Апгар составила 3–4 балла. Проведены первичные реанимационные мероприятия: санация дыхательных путей, интубация трахеи, искусственная вентиляция легких. Ребенок переведен в отделение реанимации с массой тела при рождении 2300 г, длиной тела 48 см, тяжелым общим состоянием, дыхательной недостаточностью, гемодинамическими и неврологическими нарушениями, отечным синдромом.

В ходе обследования был поставлен диагноз: «Аномалия опорно-двигательного аппарата» и заподозрен диагноз «несовершенный остеогенез». Были проведены консультации генетика, ортопеда, офтальмолога и невролога. Были выявлены многочисленные деформации, обусловленные непропорциональным строением тела, а также брахицефалия, боковое выпячивание черепа, деформация мягких костей черепа, низкое расположение слухового прохода, переломы трубчатых костей, деформация фаланг пальцев и деформация лодыжек. Был поставлен диагноз «неполный остеогенез». Рентгенологически выявлены: остеопороз ребер, деформация ключиц разной величины, остеопороз костей верхних и нижних конечностей, их варусная деформация, переломы одной трети плеча и бедренной кости, в последующие дни отмечено образование костных мозолей на месте этих переломов и их утолщение за счет этого. Левая бедренная кость деформирована, ее проксимальный отдел смещен кверху.

Результаты исследования: В нашем наблюдении у ребёнка на основании клинико-рентгенологических данных была диагностирована тяжёлая форма данного заболевания. Таким образом, представленный клинический случай представляет практический интерес в плане выбора методов обследования для уточнения диагноза столь редкого заболевания.

Заключение: НО-редкое наследственное заболевание, приводящее к аномальной хрупкости костей. Ранние формы протекают тяжело. Поэтому лицам, осуществляющим уход за новорожденными, следует обращать внимание на это состояние при обнаружении деформаций костей и переломов. В таких семьях следует рассмотреть возможность генетического консультирования и пренатальной диагностики. Лечение НО является междисциплинарным и включает хирургическое и медикаментозное, физиотерапевтическое лечение. Необходима психосоциальная поддержка семей

НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА У ДЕТЕЙ

Азизова Н.Д., [1] Давронова Ч.Л., [2]Шамсиев Ф.М., [1]Узакова Ш.Б., [1]Абдуллаева М.К. [1]
[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии. г.Ташент, Узбекистан
[2]Термезский филиал Ташкентского государственного медицинского университета, г.Термез, Узбекистан

Актуальность. Один из основных компонентов и одновременно факторов риска метаболического синдрома (МС) — это типичные нарушения липидного обмена, включая повышение триглицеридов и снижение уровня липопротеидов высокой плотности. На фоне ожирения, прежде всео висцерального, часто в детском возрасте развиваются инсулинорезистентность и гиперинсулинемия, которые в длительное время могут быть начальными и нередко единственными проявлениями метаболического синдрома (МС). В связи с чем, в педиатрической практике случаи обнаружения, а коррекция имеющейся инсулинорезистентности у детей с ожирением проводится не всегда. Современные представления об ожирении позволяют сказать, что бороться с метаболическими нарушениями необходимо уже на стадии избыточного веса. Возрастание жирных кислот в печени ведет к повышению уровней ТГ, холестерина фракции, липопротеидов низкой и очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП) и к снижению уровня холестерина (ХС) высокой плотности (ЛПВП). Поэтому наличие у больного характерных нарушений липидного обмена также может являться дополнительным доказательством патологического действия ИР в организме. В связи с этим изучаемая проблема считается актуальной и своевременной.

Цель исследования. Изучение особенностей липидного спектра у детей с избыточной массой тела (ИзбМТ).

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ параметров липидного спектра крови (ТГ, холестерина, ЛПВП и ЛПНП) у детей с ИзбМТ и нормальной массой тела. Исследования проводились в двух группах: 1 – основная группа – 48 наблюдений и 2 – контрольная группа – 18.

Результаты исследования. Наряду с повышением атерогенного индекса отмечается относительное уменьшение содержания антиатерогенных липопротеидов, что отражает выраженную тенденцию к развитию дислипидемии на фоне ожирения в любом возрасте.

В основной группе различные изменения липидного спектра определялись в 26 случаях (54%). В контрольной группе количество детей, имеющих липидные нарушения, было меньше, всего 5 случаев (27%), однако достоверности различий не получено.

По мере нарастания массы тела все больше прослеживалась тенденция к снижению концентрации ЛПВП, а значимость различий с контрольной группой возрастала. Тем самым сравнительный анализ исследуемых параметров жирового спектра крови у детей с нормальным весом и с разными степенями избытка массы показал обратную зависимость уровня ЛПВП от массы тела. Наиболее выраженные отличия в содержании липидов крови были выявлены при сравнении подгрупп детей с ИзбМТ. В этой группе имелись статистически значимые различия в виде повышения уровней триглицеридов и снижения концентраций ЛПВП по сравнению с группой контроля.

Вывод. Таким образом, среди детей с ожирением выраженность изменений липидного спектра крови зависела в большей степени от характера избытка массы тела. Учитывая характер липидных изменений (повышение ТГ и снижение ЛПВП) и выраженную связь с секрецией инсулина, можно заключить, что уже в детском возрасте формирование ожирения и, в частности, его абдоминальной формы сопровождается характерным для состояния инсулинорезистентности нарушением метаболизма жиров.

ХАРАКТЕР КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Азизова Н.Д.[1], Шамсиев Ф.М.[1], Андапулатов А.А.[2], Мирсалихова Н.Х.[1]
[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии г.Ташкент, Узбекистан
[2]Медицинский факультет Центрально Азиатского Медицинского университета. Фергана, Узбекистан

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. Анамнестические факторы риска тяжёлого течения пневмонии у младенцев включают: осложнённый акушерский анамнез, недоношенность, тяжёлое состояние при рождении, ИВЛ, внутриутробную инфекцию, недавнюю АБТ, позднюю госпитализацию (>3 суток болезни) и сопутствующие заболевания, особенно ВПС как ключевой модифицирующий фактор. Необходимость обобщения наблюдений и постоянной оптимизации тактики дооперационного ведения младенцев с ВПС определила цель настоящего исследования.

Цель исследования: Изучить клинико-лабораторные особенности детей с врожденными пароками сердца и пневмонии.

Материалы и методы. За пятилетний период 2019-2023г. на базе ОДММЦ обследованы и пролечены 360 младенцев с гемодинамически значимыми ВПС, госпитализированные с направительным диагнозом «пневмония» в возрасте от 3 суток до 24 месяцев. В результате уточнения диагноза были выделены основная I группа из 252 детей (70%), с подтверждённой в ходе обследования пневмонией и II-я группа из 108 детей (30%) с исключённым диагнозом пневмонии. К моменту госпитализации длительность заболевания пневмонией у детей I группы составила 5,12 ± 1,36 суток.

Результаты исследования. 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. Дыхательная недостаточность (ДН) также была обусловлена гемодинамическими нарушениями и тяжестью пневмонии, была выраженной до II–III степени у большинства, а именно у 148/93 (63%) детей основой группы. Рентгенологически у большинства детей была подтверждена альвеолярная инфильтрация и фокусы снижения пневмоатизации, включая очаговые изменения в 30%, очагово- сливные в 34%, сегментарные в 20%; долевое поражение наблюдалось в 16% наблюдений.

У детей с лабораторными признаками инфекционно- токсического повреждения миокарда исходные ЭКГ – изменения (депрессия ST в пределах 2 мм, инверсия зубца Т, вторичное удлинение интервала QT в пределах до 0,05) ликвидировались при разрешении пневмонии на фоне терапии, включавшей метаболическую кардиоцитопротекцию. 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.y 3 (10,3%) и Pseudomonas aeruginosa + Candida alb. обнаруживалась у 2 (6,9%) детей.

Вывод. На основании клинико-лабораторные особенности детей с врожденными пароками сердца и пневмонии. Целесообразно включаючить этиотропную антибактериальную, цитопротекторную, и иммунокоррегирующую терапию, которое позволит оптимизировать предоперационное ведение младенцев с пневмонией на фоне ВПС, сокращая сроки подготовки к кардиохирургическим вмешательствам.

KAM VAZN BILAN TUG'ILGAN BOLALARNING HAYOTINING BIRINCHI YILIDA JISMONIY VA PSIXOMOTOR RIVOJLANISHINI BAHOLASH

Akramova X.A., Jo'rabayeva Sh.O.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti. Toshkent, O'zbekiston

Dolzarbligi. So'nggi yillarda kam vazn bilan tug‘ilish neonatologiya va pediatriyada dolzarb muammolardan biri bo‘lib qolmoqda. Kam vaznli chaqaloqlar orasida o‘lim, surunkali kasalliklar va rivojlanishdagi kechikishlar xavfi yuqori bo‘lib, bu ularning sog‘lom o‘sishi va keyingi hayot sifatiga bevosita ta’sir ko‘rsatadi. Shu sababli, erta bosqichda ularning rivojlanishini muntazam va tizimli baholash, muammolarni erta aniqlash va mos reabilitatsiya chora-tadbirlarini ko‘rish nihoyatda muhim hisoblanadi.

Tadqiqot maqsadi. Kam vazn bilan tug'ilgan bolalarning hayotining birinchi yilida jismoniy va psixomotor rivojlanishini baholash.

Materiallar va metodlar. Tadqiqot davomida 50 nafar kam vazn bilan tug'ilgan bolalarning hayotining birinchi vilida jismoniy va psixomotor rivolanish xususiyatlari o'rganildi.Tadqiqot uchun bemorlar 2 guruhga bo'lindi.1.Bolalarning 25 nafari parvarish olgan. 2.25 nafari esa taklif etilgan parvarish usuli olgan bolalar tashkil qiladi.Barcha bolalarning jismoniy va psixomotor rivojlanishi darajasi baholanadi va natijalar statistik usullar bilan tahlil qilindi.

Natijalar. Tadqiqot natijalariga ko‘ra, kam vazn bilan tug‘ilgan bolalarda hayotining birinchi yilida jismoniy va psixomotor rivojlanish sur’atlari normal vazn bilan tug‘ilgan tengdoshlariga nisbatan sekinroq bo‘ldi. Dastlabki 6 oyda tana vazni va bo‘y ko‘rsatkichlarida 15-20% orqada qolish kuzatildi. Psixomotor rivojlanish ko‘rsatkichlari: boshni ushlab turish, ag‘darilish, emaklash, o‘tirish va yurish normaga nisbatan o‘rtacha 1–3 oyga kechikdi. Ayniqsa, 2000 g dan kam vazn bilan tug‘ilgan bolalarda kechikishlar aniqroq namoyon bo‘ldi. Tadqiqot guruhidagi bolalarning 40% ida yengil darajada 1–2 oy rivojlanish kechikishi aniqlandi.10% bolalarda esa o‘rtacha darajada 3 oygacha psixomotor kechikish belgilari kuzatildi.Erta reabilitatsiya, fizioterapiya mashqlari va individual ovqatlantirish usuli tufayli 1 yoshga kelib bolalarning 80% da rivojlanish normaga yaqinlashdi.

Xulosa. Tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, kam vazn bilan tug‘ilgan bolalarda hayotining birinchi yilida jismoniy va psixomotor rivojlanish sur’atlari nisbatan sekinroq kechadi. Ushbu bolalarda rivojlanish kechikishlarini erta aniqlash va ularni bartaraf etish uchun tizimli kuzatuv va reabilitatsiya chora-tadbirlarini amalga oshirish zarur. Kam vazn bilan tug'ilgan bolalarni tavsiya etilgan reabilitatsiya usullariga amal qilgan holda parvarish qilish,ularni jismoniy va psixomotor rivojlanishi JSST standartlariga mos ravishda o'sishiga,salomatligini yaxshilanishiga va bolani har tomonlama rivonlanishiga olib keladi.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ РЕАКТИВНЫХ СИНОВИТОВ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРМОБИЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Алимухамедова Ф.Ш.
Республиканский специализированный научно-практический центр травматологии и ортопедии. г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Реактивный синовит у детей с гипермобильным синдромом представляет собой важную клиническую проблему, требующую комплексного подхода к диагностике и лечению. Гипермобильный синдром предрасполагает детей к травмам и воспалительным процессам в суставах, что может приводить к развитию реактивного синовита, характеризующегося болевым синдромом, отеком и ограничением подвижности.

Современные исследование указывают, что ранняя диагностика и адекватное лечение, включая физиотерапию и, при необходимости, медикаментозную терапию, играют ключевую роль в восстановлении функции суставов и улучшении качества жизни таких пациентов. Необходимы дальнейшие исследования для выявления взаимосвязей между

гипермобильностью и частотой возникновения реактивного синовита, а также для разработки эффективных стратегий профилактики и лечения.

Цель исследования. Изучить особенности течения и частоту возникновения реактивных синовитов удетей с гипермобильным синдромом.

Материалы и методы. Материалом для исследования служили 70 детей диагнозом реактивный синовит с гипермобильный синдром, обратившихся в отделении консультативной поликлиники Республиканского научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии за период 2022-2025 гг.

У всех пациентов были проведены клинические, рентгенологические и УЗИ исследования, в редких случаях магнитно-резонансно-томографические исследования для уточнения наличия и степени тяжести поражения суставов и лабораторные исследования крови.

Критерии включения: В анамнезе диагноз гипермобильный синдром, которое имеет (*большие критерии*) счет по шкале Бейтона 4 из 9 или более (на момент осмотра или в прошлом). Артралгия более 3 мес в 4 суставах и более. Кроме того, (*малые критерии)* счет по шкале Бейтона 1-3 из 9 (0-2 для людей старше 50 лет). Артралгия в 1-3 суставах или люмбалгия более 3 месяцев, наличие спондилолиза, спондилолистеза. Вывихи(подвывихи) более чем в 1 суставе или повторный вывих в одном суставе.

Стандартная лечения было следующим:

Медикаментозная терапия: Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) для снятия боли и воспаления.

Физиотерапия: Упражнения для укрепления мышц вокруг суставов и улучшения стабильности.

Ограничение физической активности: Избегание нагрузок на воспаленный сустав до полного выздоровления.

Коррекция гипермобильности: Специальные упражнения и, при необходимости, ортопедические средства (например, бандажи или стельки).

Результаты исследования. Из 70 больных детей диагнозом реактивный синовит с гипермобильный синдром было выявлено: у 38(54,2%) больных детей реактивный синовит коленных суставов, 20(28,5%) больных реактивный синовит тазобедренных суставов и у 12(17,1%) синовит голеностопных и других суставов, причём процесс носил двусторонний и множественный характер. Все больные с реактивным синовитом суставов из анамнеза перенесли различные инфекционные заболевания и травмы. Больные дети с гипермобильном синдромом в основном жаловались на сильную боль в суставах, отек и нарушение функции некоторых суставов.

При ультразвуковом исследовании были выявлены воспаления в суставной капсуле и наличие жидкости в суставных сумках.

Рентгенологическое исследование показало, наличие или отсутствие структуральных изменений в области диафиза, а также эпиметафизарных зон костей суставов.

Магнитно-резонансно-томографические исследования позволила диагностировать более точное состояние суставов и костей. При этом выявлены такие патологии, как синовит иногда бурсит.

При лабораторных исследовании с помощью общего анализа крови, выявлялись лейкоцитоз, нейтропения, лимфоцитоз, в редких случаях эозинофилия и тромбоцитоз, повышения СОЭ. Через анализ ревмо пробы получали повышения показателей АСЛО, а иногда С-реактивного белка, редких случаях показателя ревмо фактора. Также при других анализах в крови у больных детей наблюдались понижения кальция и витамина Д.

Всем больным детям назначено консервативное лечения исходя из результатов анализа. После чего пациентам через 1 месяц назначено физиотерапевтическое лечение в области пораженного сустава и рекомендовано им временно ограничиться от физических нагрузок. В целях выяснения результатов лечения пройдя 2 месяца больные были повторно

обследованы (УЗИ, анализы крови). Если в период повторного осмотра были выявлены признаки реактивного синовита в суставах этим больным назначали 2 этап лечения или же реабилитация для восстановления.

Результаты настоящего исследования показало, что после преодоления воспалительного процесса, для достижения максимальных результатов при лечении данного заболевания, больные должны иметь полноценный сон, сбалансированное питание, грамотную организацию режима учебы (работы) и отдыха, занятия физкультурой каждый день.

Для больных выработка правильного двигательного стереотипа, индивидуально разработанный курс лечебных упражнений, позволяющий исключить повторные травмы, перегрузки и рискованные движения, а также ношение ортезов – ортопедических устройств для фиксации проблемных суставов.

Заключение. Реактивный синовит у детей с гипермобильным синдромом требует комплексного подхода к диагностике и лечению. Важно учитывать индивидуальные особенности каждого ребенка и проводить регулярные наблюдения для предотвращения рецидивов и осложнений. Раннее вмешательство и правильное управление состоянием могут значительно улучшить качество жизни детей с гипермобильным синдромом и снизить риск развития серьезных заболеваний суставов в будущем.

ИЗМЕНЕНИЯ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА

Андапулатов А. А.[2], Шамсиев Ф.М.[1], Азизова Н.Д.[1], Узакова Ш.Б.[1], Мусажонова Р.А.[1], Мирсалихова Н.Х.[1]

[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии, г.Ташкент, Узбектстан

[2]Медицинский факультет Центрально Азиатского Медицинского университета, Фергана, Узбектстан

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. Необходимость обобщения наблюдений и постоянной оптимизации тактики дооперационного ведения младенцев с ВПС определила цель настоящего исследования.

Цель исследования: изучить клинико-лабораторные особенности детей с врожденными пороками сердца и пневмонии.

Материалы и методы. За пятилетний период 2019-2023г. на базе ОДММЦ 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. ± 0,68, sd = 6,1), из них 194 (54%) детей мужского пола и 166 (46%) – женского пола. В результате уточнения диагноза были выделены основная I группа из 252 детей (70%), с подтверждённой в ходе обследования пневмонией и II-я группа из 108 детей (30%) с исключённым диагнозом пневмонии. К моменту госпитализации длительность заболевания пневмонией у детей I группы составила 5,12 ± 1,36 суток.

Результаты. 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. Дыхательная недостаточность (ДН) также была обусловлена гемодинамическими нарушениями и тяжестью пневмонии, была выраженной до II–III степени у большинства, а именно у 148/93 (63%) детей основой группы. Рентгенологически у большинства детей была подтверждена альвеолярная инфильтрация и фокусы снижения пневмоатизации, включая

очаговые изменения в 30%, очагово- сливные в 34%, сегментарные в 20%; долевое поражение наблюдалось в 16% наблюдений.

Лейкоцитоз регистрировался в 42%, в том числе у 32 младенцев–более 25*109; нейтрофилёз наблюдался– у 160 детей (49,7%). У детей с лабораторными признаками инфекционно- токсического повреждения миокарда исходные ЭКГ – изменения (депрессия ST в пределах 2 мм, инверсия зубца Т, вторичное удлинение интервала QT в пределах до 0,05) ликвидировались при разрешении пневмонии на фоне терапии.

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.y 3 (10,3%) и Pseudomonas aeruginosa + Candida alb. обнаруживалась у 2 (6,9%) детей.

Выводы. На основании клинико-лабораторные особенности детей с врожденными пороками сердца и пневмонии. Целесообразно включить этиотропную антибактериальную, цитопротекторную, и иммунокоррегирующую терапию, которое позволит оптимизировать предоперационное ведение младенцев с пневмонией на фоне ВПС, сокращая сроки подготовки к кардиохирургическим вмешательствам.

НАШ ОПЫТ ПРЯМОЙ ПУНКЦИОННОЙ ГАСТРОСТОМИИ У ДЕТЕЙ

Арифджанов Н.С., Каримов Б.А., Ёдгоров Ж.И., Адылова Г.С.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Обеспечение адекватного энтерального питания у детей с нарушением глотания и низким трофическим статусом остаётся важной задачей современной педиатрии. Количество таких пациентов неуклонно увеличивается. Для длительного энтерального кормления оптимальным является гастростома.

Цель исследования: проанализировать эффективность и безопасность прямой пункционной гастростомии у детей.

Материалы и методы. В 2025 году прямой пункционную гастростомию было выполнено пятерым пациентам в возрасте от 3 месяцев до 14 лет. Все дети имели неврологический статус.

Результаты. Вмешательство выполняли под общим обезболиванием, под контролем эндоскопа по классической методике. Продолжительность оперативного вмешательства составила от 10 до 20 минут. Диаметр устанавливаемых гастростомических трубок варьировал от 12 до 16 Ch. Энтеральное питание начинали в первые сутки после операции. Проводился курс для ухаживающих за пациентами, которым включая 1 час, ознакомления и в течении 2 дней практический навык. Длительность наблюдения составило 6 месяцев. Послеоперационных осложнений у прооперированных детей не наблюдалось. Замена низкопрофильной гастростомической трубки производилась через 6 месяцев. Прямая пункционная гастростомия — малоинвазивная и технически простая процедура, позволяющая быстро и безопасно обеспечить ребёнка длительным энтеральным доступом. Она характеризуется короткой продолжительностью вмешательства и минимальным риском послеоперационных осложнений.

Вывод. Раннее начало энтерального питания является существенным преимуществом по сравнению с традиционной хирургической гастростомией. В отличие от pull-метода, замена гастростомической трубки может выполняться амбулаторно или на дому. Ограничениями для данной методики служат обструкция ротоглотки и пищевода, выраженная гепатоспленомегалия, массивный асцит и выраженное ожирение.

ЧАСТОТА ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Атабаева О.Ф., Ахмедова Н.Р.
Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) — это группа генетически обусловленных заболеваний, возникающих в результате нарушений синтеза структурных белков соединительной ткани, таких как коллаген, эластин и фибрилин. В педиатрической практике ДСТ представляет собой мультисистемную патологию с разнообразной клинической картиной, часто маскирующейся под функциональные отклонения, что затрудняет раннюю диагностику. Фенотипические признаки, особенно у детей, являются ключевыми в установлении предварительного диагноза, поскольку именно в детском возрасте большинство клинических проявлений носят субклинический или латентный характер.

Цель исследования. Выявить частоту фенотипических проявлений дисплазии соединительной ткани у детей с внебольничной пневмонией (ВП).

Материал и методы. Обследовано 20 детей от 11 месяцев до 11 лет с ВП на фоне ДСТ, госпиталиированных в отделение пульмонологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии. Всем обследованным были проведены клинико-анамнестические, инструментальные и лабораторные методы. Биохимические исследования, включающие определение дезоксипиридинолина и гидроксипролина, были проведены методом ИФА в Центре клинико-генетических исследований и вакцинации «Via Med». Статистическую обработку полученных данных выполняли на персональном компьютере с использованием пакета программы «Statistica 6».

Результаты. Анализ проведённых исследований у детей с ВП выявил высокую частоту фенотипических признаков ДСТ. Наиболее частыми изменения со стороны опорно-двигательного аппарата и грудной клетки включали: воронкообразную деформацию грудной клетки — у 13 детей (65%), сколиоз I степени — у 4 детей (20%), вялую осанку — у 2 детей (10%), килевидную грудную клетку — у 1 ребёнка (0,5%). Со стороны опорно-двигательной системы выявлены такие изменения, как умеренная гипермобильность суставов и хруст суставов (20%), хруст в височно-нижнечелюстном суставе (0,5%), плоскостопие (15%), арахнодактилия (0,5%). Среди дефектов развития зубочелюстной системы у детей наблюдались аномалии прорезывания зубов — у 3 детей (15%), нарушение прикуса — у 3 (15%), кариес зубов — у 9 (45%). Висцеральными проявлениями ДСТ были грыжи различной локализации (10%), дополнительная хорда сердца (10%), дискинезия желчевыводящих путей (10%), вегетативная дисфункция (15%),. Со стороны органов дыхания отмечались такие заболевания, как рецидивирующие инфекции (60%), бронхоэктатическая болезнь (15%), хроническая обструктивная болезнь лёгких ((15%). Нарушениями зрения в виде миопии страдали 3 детей (15%). Результаты биохимических исследований показали повышение уровней гидроксипролина и дезоксипиридинолина у 12 детей (60%), что указывает на нарушение обмена коллагена и активацию процессов его распада в соединительной ткани.

Вывод. У большинства детей с ВП отмечаются различные клинико-фенотипические и биохимические признаки ДСТ, что указывает на её значимую роль в формировании предрасположенности к затяжному и осложнённому течению.

KARDIOJARROXLIK TASHRIXLARIDAN KEYING ERTA DAVRDA BOLALARNI PARVARISHLAR MUAMMOLARI

Axmadaliyev Sh.Sh.
Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot institute. Farg‘ona, O‘zbekiston

Dolzarbligi. Bolalarda kardiojarrohlik amaliyotlaridan keyingi erta davrda parvarishlash murakkab va ko‘p omilli jarayon bo‘lib, bemorlarning hayotiy ko‘rsatkichlarini barqarorlashtirish, asoratlarni erta aniqlash va ularning oldini olishni talab qiladi. So‘nggi yillarda intensiv terapiya, monitoринг tizimlari va multidisipliner yondashuv imkoniyatlari kengaygan bo‘lsa-da, o‘tkazilgan tadqiqotlar ushbu davrda yuqori xavfli asoratlar (gipoparfuziya, aritmiyalar, o‘pka gipertenziyasi, infektsiyalar) saqlanib qolayotganini ko‘rsatmoqda. Bolalarda tug‘ma va orttirilgan yurak nuqsonlari kardiojarrohlik aralashuvlarini talab qiluvchi asosiy sabablardan biridir. Operatsiyadan keyingi davr, ayniqsa dastlabki 72 soat, eng muhim va xavfli bosqich hisoblanadi. Bu davrda yurak faoliyati yetishmovchiligi, gemodinamik beqarorlik, o‘pka gipertenziyasi, elektrolit disbalansi va infektsion asoratlarning rivojlanish xavfi yuqori bo‘ladi.

Tadqiqot maqsadi. Kardiojarrohlik operatsiyasidan keyingi bolalarda erta davr parvarishidagi asosiy muammolarni tahlil qilish. Asoratlar rivojlanishiga ta’sir qiluvchi omillarni aniqlash. Amaliyotda qo‘llash uchun samarali parvarishlash usullari va takliflarni ishlab chiqish.

Tadqiqot usullari va materiallari. Mazkur tadqiqotda bolalarda kardiojarrohlik amaliyotlaridan keyingi erta davrda parvarishlash jarayonlarini tahlil qilish maqsad qilingan. Tadqiqot uchun 2020–2024-yillar oralig‘ida Farg‘ona viloyati bolalar ko‘p tarmoqli markazida amaliyot o‘tkazilgan 120 nafar bola tanlab olindi. Tanlangan bemorlar yoshi 1 oydan 14 yoshgacha bo‘lib, ularga aorta koarktatsiyasi, tug‘ma yurak nuqsonlari, Fallo tetradasi, interventrikulyar septal defekt kabi kasalliklar sababli turli xil jarrohlik muolajalari bajarilgan. Tadqiqotda retrospektiv va prospektiv kuzatuv usullari qo‘llanildi. Prospektiv guruhda 60 nafar bemor kuzatilib, jarrohlikdan keyingi ilk 14 kun mobaynida parvarishlashning klinik, laborator va instrumental ko‘rsatkichlari muntazam qayd etildi. Retrospektiv guruh esa o‘tgan 3 yil davomida o‘tkazilgan shunga o‘xshash bemorlarning tibbiy hujjatlari asosida o‘rganildi. Shuningdek, o‘tkazilgan parvarishlash choralari, jumladan, nafas yo‘llarini qo‘llab-quvvatlash, yurak faoliyatini monitoring qilish, infeksion asoratlarning oldini olish, og‘riqni nazorat qilish va oziqlantirish usullari ilmiy mezonlar asosida baholandi.

Natijalar. Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatdiki, kardiojarrohlikdan keyingi erta davrda parvarishlashning sifati bemorlarning tiklanish jarayonida hal qiluvchi ahamiyatga ega. Kuzatuvlarda aniqlanishicha, to‘g‘ri tashkillashtirilgan intensiv parvarish tufayli erta davrda yuzaga keladigan og‘ir asoratlar, jumladan, nafas yetishmovchiligi, aritmiyalar, gemodinamik beqarorlik va jarrohlik infeksiyalari 37 foizdan 18 foizgacha kamaygan. Prospektiv guruhda qo‘llangan individual yondashuv, masalan, bemorning yoshiga moslashtirilgan nafasni qo‘llab-quvvatlash strategiyasi va enteral oziqlantirishni erta boshlash natijasida kasalxonada qolish muddati o‘rtacha 4,5 kun qisqargan. Retrospektiv guruh bilan taqqoslaganda, og‘riqni baholash va dori-darmonlar bilan adekvat nazorat qilish amaliyoti sezilarli darajada yaxshilangan bo‘lib, bu bolalarda stress reaksiyalarini kamaytirgan va reabilitatsiya jarayonini tezlashtirgan.

Xulosa. Bolalarda kardiojarrohlik operatsiyasidan keyingi erta davr murakkab bo‘lib, yuqori malakali parvarish, doimiy monitoring va asoratlarning erta profilaktikasi talab etiladi. O‘pka gipertenziyasi, yurak chiqishining pastligi, infektsiyalar va ventilyatsiya bilan bog‘liq muammolar eng dolzarb asoratlardir. Ularni samarali boshqarish uchun dalillarga asoslangan protokollarni joriy etish, multidisipliner yondashuvni kengaytirish va ota-onalarni faol qo‘llab-quvvatlash muhim ahamiyatga ega.

PEDIATRIYADA DALILLARGA ASOSLANGA TIBBIYOTNING XOZIRGI XOLATI: TANQID VA TAKLIFLAR

Axmadaliyeva M.A.
Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti. Farg‘ona, O‘zbekiston

Dolzarbligi. Dalillarga asoslangan tibbiyot (DAT) pediatriyada bemor xavfsizligi va natijalarini yaxshilash maqsadida klinik tajriba, bemor afzalliklari va eng yaxshi mavjud dalillarni birlashtirish tamoyiliga asoslanadi. So‘nggi besh yil ichida pediatriya sohasida dalillarga asoslangan tibbiyotning imkoniyatlari, cheklovlari va amalga oshirilishidagi to‘sqinliklar haqida ko‘plab tadqiqotlar e’lon qilingan.

Tadqiqot maqsadi. Pediatriyada DATning so‘nggi 5 yildagi asosiy muammolari va tanqidlarini tizimli tarzda tahlil qilish. Implementatsiya to‘siqlarini aniqlab, amaliy takliflar ishlab chiqish. Kelajakdagi tadqiqot yo‘nalishlari va pediatriyada dalil bazasini mustahkamlash uchun prioritetlarni belgilash.

Tadqiqot usullari va materiallari. Ushbu maqola 2020–2025 (so‘nggi 5 yil) davrida nashr etilgan asosiy sharhlar, original tadqiqotlar, klinik qo‘llanmalar tahlillari va siyosat hujjatlarini qamrab olgan narrativ-sintetik tahlil asosida tayyorlandi. Elektron bazalar (PubMed/PMC, jurnallar veb-saytlari, tashkilotlarning rasmiy nashrlari)dan so‘nggi sharhlar va tizimli ishlar qidirildi. Talab bo‘yicha tanlangan ishlar orasidan pediatriyada DAT implementatsiyasi, dori ishlab chiqishdagi muammolar, klinik qo‘llanmalar sifat tahlillari, va amaliy QI (quality improvement) loyihalari ajratib olindi. Ishlarni tanlashda metodologik sifati, pediatriyaga aloqadorligi va amaliy ta’siri asosiy mezonlar bo‘ldi. (Qidiruv so‘zlari: “evidence-based medicine pediatrics 2020..2025”, “barriers to EBP pediatric nursing”, “pediatric clinical practice guidelines quality”, “pediatric drug development challenges”.)

Natijalar. ***Dalillar sifati va klinik qo‘llanmalar:*** So‘nggi yillarda olib borilgan tahlillar klinik qo‘llanmalarning kritik qismida yuqori sifatli (randomizatsiyalangan, ko‘p markazli, bolalar populatsiyasiga mos) dalillarning nisbatan kamligini ko‘rsatdi. Masalan, ba’zi yirik pedagogik tahlillar va qo‘llanma-analizlarda tavsiyalar ichida eng yuqori sifatli dalillarga tayanish darajasi past ekanligi qayd etildi. ***Pediatrik dori va tadqiqot infratuzilmasi:*** Pediatriyada dori ishlab chiqish va sinovlar bilan bog‘liq maxsus murakkabliklar — yoshga mos dozalash, etik talablar, kichik bozor hajmi — tadqiqotlar o‘tkazishni cheklaydi. Shu sababli, ko‘plab preparatlar kattalarda o‘tkazilgan tadqiqotlarga asoslanib bolalarga moslashtiriladi yoki off-label amaliyotlar keng tarqalgan. ***Implementatsiya to‘siqlari:*** Institutsional qo‘llab-quvvatlashning yetishmasligi, vaqt va kadr resurslarining cheklanishi, malaka oshirish tizimlarining zaifligi DATni amaliyotga tatbiq etishda asosiy to‘siqlar sifatida qayd etildi. Tibbiyot xodimlari, xususan hamshiralarda va ba’zi yosh shifokorlarda DAT prinsiplarini muntazam qo‘llash uchun zarur bo‘lgan vaqt va tashkiliy qo‘llab-quvvatlash etishmaydi.

Xulosa. Pediatriyada DAT muhim va zarur paradigma bo‘lib qolmoqda, ammo uning to‘liq realizatsiyasi uchun maqsadli chora-tadbirlar talab etiladi. So‘nggi besh yil ichida o‘tkazilgan tadqiqotlar va tahlillar DATning pediatriyadagi cheklovlarini aniq ko‘rsatdi: dori-tadqiqotlar infratuzilmasi, klinik qo‘llanmalarda yuqori sifatli dalillarning kamligi va implementatsiya to‘siqlari — asosiy muammolar. Belgilangan takliflar — moliyalashtirishni kuchaytirish, metodologik innovatsiyalarni joriy etish, ta’lim va institutsional qo‘llab-quvvatlashni mustahkamlash — DATni bolalar salomatligi sohasida samarali va doimiy ravishda tatbiq etilishiga xizmat qiladi. Ushbu yo‘nalishlarda amalga oshiriladigan strategiyalar bemor natijalarini yaxshilash va pediatriya amaliyotining dalil bazasini mustahkamlashga yordam beradi.

THE STATE OF INTESTINAL WALL PERMEABILITY IN CHILDREN WITH FOOD PROTEIN-INDUCED PROCTOCOLITIS

Akhmedova I.M[1]., Kamilova A.T[2]., Sultankhodjaeva Sh.S[1]., Geller S.I[2].
[1]The Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan
[2]Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Pediatrics, Tashkent, Uzbekistan

Relevance. The understanding of the main functions of the gastrointestinal tract has traditionally been limited to the digestion and absorption of nutrients and electrolytes, as well as the regulation of water homeostasis. A closer analysis of the anatomical and functional scheme of the gastrointestinal tract suggests that another extremely important function of this organ is its ability to regulate the exchange of macromolecules between the environment and the organism through a barrier mechanism. In children suffering from food allergies, there is a pronounced disruption of the barrier function of the gastrointestinal tract. However, studies of intestinal permeability in gastrointestinal forms of food allergy have not been sufficiently explored.

Objective of the study: to evaluate the intestinal wall permeability in food protein-induced proctocolitis.

Materials and methods. Our observation included 10 patients aged 3 months to 3 years diagnosed with food protein-induced proctocolitis. To establish the diagnosis, clinical-anamnestic, paraclinical, and specific studies were used: general Ig E, specific Ig E for food products. Assessment of intestinal wall permeability was carried out according to the method of Petrov et al. (Volgograd Medical Academy) by conducting a load test with a liquid containing an equimolar mixture of lactulose and mannitol, collecting urine within 3 hours after taking the test mixture. Lactulose content was determined by a reaction with 2.3.5-trifenyltetrazolium, and mannitol by the same reaction after preliminary oxidation with sodium metaperiodate. The colored products were spectrophotometrically measured at a wavelength of 485 nm, and the intestinal wall permeability index was calculated as the ratio of the extinction difference of the M (mannite) and L (lactulose) samples to the L sample.

Results. An increase in intestinal wall permeability was observed in 7 patients (69.5%) compared to the control group of healthy children. Spectrophotometry revealed that the ratio of optical densities of mannitol and lactulose in samples obtained from patients had a negative value (-0.4 ± 0.3), while in the control group, the ratio between lactulose and mannitol was (0.3 ± 0.5), $p<0.05$. These results indicate that in food protein-induced proctocolitis, the excretion of large lactulose molecules in urine increases, while mannitol excretion decreases or remains unchanged, shifting the ratio between these two substances towards the negative side. A certain correlation was observed between the decreased mannitol-lactulose ratio and the clinical presentation. Children exhibited an abundance of clear mucus in the stool, blood, and skin manifestations of allergy.

Conclusions. Thus, in food protein-induced proctocolitis, an increase in intestinal wall permeability is noted in 69.5% of cases. It is likely that increased intestinal permeability is a direct consequence of the disease or may be an etiological factor in the development of gastrointestinal food allergy.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Ахмедова И.М., Назарова И.Д., Салихова М.З.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников.
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Известно, что с помощью панкреатических ферментов (липазы, амилазы и протеаз), играющих ключевую роль во внешнесекреторной функции поджелудочной железы, происходит расщепление пищевых веществ. К протеолитическим ферментам поджелудочной железы относится эластаза-1, который участвует в расщеплении внутренних связей белков (нейтральных аминокислот), в отличие от других протеолитических ферментов, способен расщеплять эластин, входящий в состав соединительной ткани.

Целью исследования явилось изучение функционального состояния поджелудочной железы у детей школьного возраста при заболеваниях органов пищеварения.

Материалы и методы исследования. Для выявления нарушения функции поджелудочной железы, отобраны 205 детей школьного возраста с жалобами на абдоминальную боль и проявлениями диспепсии. Из них 110 девочки и 95 мальчики. У обследованных больных на основании IV Римских критериев и по МКБ 10 у 5 (7,9%) установлен вторичный хронический панкреатит, 71 69 (93,4%) дисфункция сфинктера Одди по панкреатическому типу.

Исследование больных включало клинико-лабораторные и инструментальные методы: изучение анамнеза жизни и заболевания ребенка, объективных данных, фракционное и дуоденальное зондирование; биохимическое исследование крови эхографию печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, ЭГДС, компьютерную томограмму по показаниям. Диагноз верифицировался как «хронический панкреатит» и «дисфункция сфинктра Одди по панкреатическому типу». В исследование включены были 76 детей с заболеваниями органов пищеварения с выявленными функциональными нарушениями поджелудочной железы (основная группа) и 30 детей (контрольная группа) с заболеваниями органов пищеварения без функциональных нарушений поджелудочной железы. В основную группу вошли дети со следуюшими диагнозами: Хронический гастродуоденит - 45 (59,2,3%), дисфункция билиарного тракта - 31 (40,7%), хронический энтероколит -17(22,4 %).

Результаты исследования. Выявлено, что из биохимических показателей активность амилазы в среднем выходила за пределы нормы, однако она не была специфичным для только хронического панкреатита. Выявлено незначительное ($p>0,05$) увеличение активности липазы, что характеризовало низкую чувствительность данного фермента в диагностике заболеваний поджелудочной железы. Установлено значительное увеличение содержания сывороточной эластазы-1 в группе больных хроническим панкреатитом, чем в других группах наблюдения, ($P<0,05$), что отражает активность воспалительного процесса в поджелудочной железе. В крови здоровых людей активность панкреатической эластазы 1 почти не определяется или очень низкая. Эластаза 1 играет важную роль в патогенезе острого панкреатита или обострения хронического панкреатита. Активность эластазы 1 повышается в крови при остром и обострении хронического панкреатита раньше, чем уровень других ферментов, на субклинической стадии. Так как период полужизни панкреатической эластазы 1 дольше, чем амилазы и липазы, то и период выявления повышенной ее активности в крови длиннее.

Заключение. Таким образом, степень повышения концентрации эластазы-1 служит дополнительным маркером для определения активности патологического процесса в поджелудочной железе у детей, который является более информативным по сравнению определения активности амилазы, липазы.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Ахмедова Д.И.[1], Кадырова М.А.[2]
[1]Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан
[2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Возникновение и быстрая диссеминация коронавирусной инфекции COVID-19, обладающей высокой контагиозностью, оказало значительное влияние на структуру респираторных заболеваний как среди взрослого, так и детского населения. У детей после перенесенной инфекции могут отмечаться разнообразные изменения со стороны многих органов и систем, требующие пристального внимания и динамического наблюдения.

Целью исследования явилось изучение особенностей состояния здоровья детей, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 122 детей в возрасте от 2 месяцев до 18 лет с пневмонией, перенесших COVID-19. Они проходили лечение в пульмонологическом отделении детской клинической больницы имени Зангиоты. Контрольная группа включала 30 детей с пневмонией аналогичного возраста, которые не перенесших коронавирусной инфекции. В ходе комплексного обследования использовались клинико-анамнестические, антропометрические, лабораторные (ОАК, ОАМ, биохимические, ПЦР к SARS-CoV-2) и функциональные (ЭКГ, ЭхоКГ, суточная пульсоксиметрия) методы.

Результаты исследования. У обследованных пациентов заражение SARS-Cov-2 происходило преимущественно в семейном очаге. COVID-19 чаще регистрировалась у мальчиков (51,6% случаев). Наибольшую часть заболевших составили дети от 1 года до 3 лет (28,7%) и дети младше 1 года (24,5%). Сопутствующие заболевания, которые могли потенциально повлиять на состояние здоровья, были выявлены только у 32,7% детей. При этом у большинства детей (67,2%) отсутствовали серьезные предрасполагающие причины, что указывает на наличие риска нарушения здоровья в постковидном периоде. Постковидная симптоматика у детей была разнообразной. Чаще всего дети, перенесшие COVID-19, жаловались на симптомы со стороны: сердечно-сосудистой системы (сердцебиение, неприятные ощущения в груди, колебания артериального давления, ощущение нехватки воздуха) — 24,6% детей. Дыхательной системы (редкое периодическое сухое покашливание, заложенность носа) — 16,4% или 14,7%. Неврологические нарушения — 16,4%. Среди них наиболее часто встречались головная боль (9,8%) и головокружения (3,8%). Симптомы астении (слабость, утомляемость) регистрировались в 9,8% случаев. Пищеварительной системы (диспепсия, боли в животе, тошнота, рвота) — 14,7% детей. В единичных случаях отмечались изменения состояния эндокринной системы (9,4%), гематологические изменения (9,4%), постинфекционный субфебрилитет (9,4% в течение 1 мес. после выздоровления) и изменения опорно-двигательного аппарата в виде артритов суставов (8,2%). Хотя постковидные симптомы в подавляющем большинстве (86,4%) отмечались у пациентов, перенесших инфекцию средней и тяжелой степени, у 29,5% детей, имевших бессимптомную форму, также развивались подострые осложнения.

Вывод. Таким образом, результаты показали, что долгосрочные последствия для здоровья могут возникать даже после очень легкой формы COVID-19, включая бессимптомное течение, в том числе у детей, не имевших серьезной сопутствующей патологии. Полученные данные полезны при разработке программ реабилитации и диспансерного наблюдения для детей, перенесших коронавирусную инфекцию.

ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ВИТАМИНА D

Ахмедова Д.И.[2], Касымова И.Б.[1], Ибрагимов А.А.[1]
[1]Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Педиатрии. Ташкент, Узбекистан
[2]Ташкентский Государственный Медицинский Университет, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Ювенильный артрит с системным началом (ЮАсСН) сопровождается выраженным системным воспалением и тяжёлым течением. Витамин D обладает иммуномодулирующим действием, а его дефицит связан с повышенной активностью аутоиммунных заболеваний. Изучение эффективности включения витамина D в комплексное лечение детей с ЮАсСН является актуальным направлением для улучшения терапии.

Цель исследования. Оценить эффективность включения витамина D в комплексное лечение детей с ювенильным артритом с системным началом.

Материалы и методы. В исследование включены 47 детей с ювенильным артритом с системным началом (ЮАсСН) в возрасте от 2 до 18 лет, соответствующих критериям ILAR. Пациенты были разделены на две группы: основную (n=30) — получавшую тоцилизумаб в стандартных дозах в сочетании с витамином D (2000–3000 МЕ/сут), и группу сравнения (n=17) — получавшую только тоцилизумаб. Эффективность терапии оценивали через 6 месяцев по критериям ACR Pedi (30/50/70/90) и индексу активности заболевания JADAS27. Статистическая значимость различий между группами определялась с помощью точного теста Фишера (Fisher's exact test), а внутри групп — с использованием критерия Вилкоксона при уровне значимости $p<0,05$. Побочных эффектов, связанных с применением тоцилизумаба и витамина D, не зарегистрировано.

Результаты. Практически все пациенты обеих групп достигли критерия ACR30 (96,7% в основной группе и 94,1% в группе сравнения; $p=0,5282$). Критерий ACR50 достигли 93,3% пациентов при комбинированной терапии и 47,1% при монотерапии ($p=0,0012$), а ACR70 — 33,3% и 0% соответственно ($p=0,0035$), что свидетельствует о статистически значимом преимуществе включения витамина D. Для ACR90 различия были статистически незначимы ($p=0,528$). Через 6 месяцев терапии отмечено достоверное снижение индекса активности заболевания JADAS27 в обеих группах: с 14 [12;16] до 6 [5;8] при комбинированной терапии ($p<0,001$) и с 12 [9;14] до 8 [6;10] при монотерапии ($p<0,001$). Снижение JADAS27 было более выраженным в группе с витамином D (57,7 ± 11,8%) по сравнению с монотерапией (37,8 ± 7,5%; $p<0,001$). Таким образом, добавление витамина D к терапии тоцилизумабом обеспечивает более выраженное снижение активности заболевания и повышает вероятность достижения клинически значимого улучшения у детей с ЮАсСН.

Вывод. Установлено, что комплексная терапия с применением тоцилизумаба и витамина D у детей с ювенильным артритом с системным началом повышает уровень витамина D (с 21,6 до 30,5 нг/мл; $p<0,001$), обеспечивает более выраженное снижение активности заболевания по JADAS27 ($p<0,001$) и повышает частоту достижения клинически значимого улучшения по критериям ACR50–70.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМИ АРТРИТАМИ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ

Ахмедова Н.Р., Сайдалиева Ф.Ш.
Ташкентский Государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Ранняя диагностика кардиоваскулярных нарушений играет решающую роль в профилактике инвалидизации и снижении риска летальных исходов у детей с ювенильным артритом с системным началом (ЮАсСН).

Цель исследования: изучить функциональные и биохимические особенности поражения сердечно-сосудистой системы у детей с ЮАсСН.

Материалы и методы. Работа проведена в отделении кардиоревматологии РСНПМЦП. Обследовано 50 детей с ЮАсСН в возрасте 2-17 лет. Методы исследования включали клинико-анамнестические, лабораторные (ОАК, ОАМ, С-реактивный белок, КФК-МВ), а также инструментальные и функциональные методы (рентгенография, ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ).

Результаты и их обсуждение. По данным результатов клинических исследований выявлено, что у детей с ЮАсСН отмечается высокий процент субклинических кардиологических нарушений, которые свидетельствуют о необходимости проведения дополнительных функциональных и лабораторных методов исследования. У детей с ЮАсСН по данным ЭКГ выявлены признаки гипертрофии миокарда, нарушение систолической и диастолической функции, удлинение интервала QT, нарушениями ритма и проводимости сердца. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки детей выявлено увеличение размеров сердца преимущественно за счет левых отделов у 36,0 % детей, кардиоторакальный индекс составил в среднем 59,6±0,3%. По данным ЭхоКГ у детей с ЮА выявлены: недостаточность митрального клапана и трехстворчитого клапана (16,0%), дополнительная хорда (24,0%). таже признаки перикардита у 4,0% детей. Результаты биохимических исследований у больных показал о наличие повышенного уровня С-реактивного белка (72,8±6,4 г/л) ($p<0,01$), который по современным представлениям является независимым проспективным фактором риска поражения сердца и сосудов. Определение кардиоспецифического маркера КФК-МВ свидетельствовал о достоверном повышении его уровня (28,03±3,8 Ед/л) относительно референсных показателей (1-24 Ед/л).

Вывод. У детей с ЮАсСН поражение ССС сопровождается повышением СРБ и кардиоспецифического маркера КФК-МВ, а также наличием нарушений ритма и проводимости сердца, нарушением систолической и диастолической функции, ремоделированием миокарда с относительной недостаточностью атриовентрикулярных клапанов.

АКТИВНОСТЬ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Ахмедова Н.Р., Сайдалиева Ф.Ш.
Ташкентский Государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. У детей с ювенильными артритами (ЮА) поражение структур сердца (перикард, миокард, клапаны и проводящая система) не является неожиданной проблемой. Зачастую они отягощают социальный прогноз заболевания, и поэтому выявление поражения сердца на доклиничеком этапе с ЮА является актуальным.

Цель исследования: изучить особенности кардиоваскулярных нарушений у детей с ЮА в зависимости от активности заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 80 детей с ЮА, которые были разделены на 2 группы: группа А - 50 больных с системным ЮА, группа В - 30 больных с суставным

вариантом ЮА. Больным проведены клинико-анамнестические, лабораторные и инструментальные (ЭКГ, ЭхоКГ) методы исследования.

Результаты. Изучение клинико-функциональных показателей у детей с ювенильным артритом, отражающих состояние сердечно-сосудистой системы, показало наличие выраженной взаимосвязи между выраженностью кардиоваскулярных нарушений и степенью активности заболевания. Среди больных группы А частота II-III степеней активности заболевания превышала в 2,2 раза, по сравнению с группой В ($p \leq 0,001$). По мере повышения степени активности от I к III степени отмечается увеличение частоты встречаемости функциональных изменений, признаков ремоделирования миокарда (гипертрофия ЛЖ), нарушений ритма и проводимости, а также поражения клапанов сердца (НТК и НМК) независимо от варианта заболевания ($p \leq 0,05$). Средняя длительность заболевания в группе А больных была длительная и составила 68,6±5,3 месяцев, а в группе В - 44,2±4,2 месяцев ($p \leq 0,05$). Наличие зависимости частоты кардиоваскулярных осложнений от длительности заболевания было выявлено при анализе клинических симптомов, где при длительности до 5 лет наблюдалась не выраженность клинических признаков, а с увеличением длительности заболевания 5-10 и более 10 лет отмечалось нарастание частоты осложнений (гипертрофия левого желудочка, блокады, нарушения ритма сердца). НТК, НМК наиболее часто фиксировались у пациентов с давностью заболевания более 10 лет, что связано с компенсаторной перестройкой сосудистого русла.

Выводы. У детей с ювенильным артритом установлена отчетливая взаимосвязь между степенью активности заболевания и частотой развития кардиоваскулярных нарушений. Полученные данные указывают на постепенное и закономерное прогрессирование патологических изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, что подчеркивает важность раннего контроля воспалительной активности и достижения устойчивой длительной ремиссии.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У НОВОРОЖДЁННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ С РАЗНЫМ ТИПОМ АНГИОТЕНЗИНОГЕНА

Багирова А.Г.

Научно-исследовательский институт Акушерства и гинекологии, г.Баку, Азербайджан

Актуальность. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) у новорождённых остаётся одной из ключевых причин перинатальной смертности и нарушений нейропсихического развития. При ГИЭ страдает не только головной мозг, но и миокард, что проявляется функциональными и морфологическими изменениями сердца. Генетические факторы, в частности полиморфизм гена ангиотензиногена (AGT), участвующего в регуляции ренин-ангиотензиновой системы, могут определять индивидуальные различия в сердечно-сосудистой адаптации и реакции на гипоксию.

Цель исследования. Изучить особенности гестационного возраста и эхокардиографических показателей у новорождённых с ГИЭ в зависимости от генотипа ангиотензиногена.

Материалы и методы. Обследованы 47 новорождённых с клинически подтверждённой ГИЭ (19 мальчиков и 28 девочек). В зависимости от генотипа AGT дети разделены на две группы: WT (дикий тип, n=23) и HT (гетерозиготный вариант, n=24). Средний гестационный возраст составил 34,22 ± 4,03 недель, масса тела — 2407,07 ± 947,40 г. Оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах — 6,36 ± 1,75 и 7,11 ± 1,58 баллов соответственно. Эхокардиографию выполняли на 3–5 сутки жизни, оценивали структурные параметры сердца, наличие **аневризма межпредсердной перегородки** (ASA**)**, дефект межпредсердной перегородки (ASD), открытое овальное окно (PFO) и открытый овальный

проток (PDA), а также функциональные показатели. Генотипирование гена ангиотензиногена проводили методом ПЦР с использованием стандартных праймеров.

Результаты. У новорождённых с генотипом HT отмечались более низкие показатели зрелости и адаптации: средний гестационный возраст — 33,8 ± 3,9 нед против 34,7 ± 4,1 нед у WT; масса тела — 2310 ± 910 г против 2490 ± 960 г соответственно. Баллы по шкале Апгар на 1-й минуте были ниже у HT (5,9 ± 1,6 против 6,7 ± 1,8 у WT; $p<0,05$). По данным ЭхоКГ, у носителей HT чаще выявлялись признаки персистенции фетальных коммуникаций: ASA — 16,7% против 8,6%, ASD — 12,5% против 4,3%, PDA — 54,2% против 30,4%. В группе WT преобладали случаи физиологической постнатальной адаптации, тогда как у HT чаще отмечались признаки лёгкой гипертрофии правого желудочка и диастолической дисфункции.

Вывод. У новорождённых с ГИЭ гетерозиготный вариант гена ангиотензиногена (HT) ассоциируется с меньшим гестационным возрастом, е низкими баллами по шкале Апгар и большей частотой эхокардиографических аномалий (ASA, ASD, PDA). Полученные результаты указывают на значение генетических факторов ренин-ангиотензиновой системы в формировании постгипоксической кардиальной дисфункции. У новорождённых с различными генотипами гена AGT наблюдаются различия в клинических и эхокардиографических характеристиках. Генотипирование AGT может использоваться для прогнозирования течения раннего неонатального периода и наблюдения за детьми группы риска. Выявленные структурно-функциональные изменения — ASA и PFO могут рассматриваться как проявление адаптационного ответа сердечно-сосудистой системы на внутриутробную гипоксию и как потенциальный фенотипический маркер генетической предрасположенности. Их наличие подчёркивает важность комплексного подхода — объединения клинических, инструментальных и молекулярно-генетических методов в оценке состояния новорождённых с гипоксически-ишемическими нарушениями.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИАГНОСТИКА МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (ОТ 2 МЕСЯЦЕВ ДО 1 года)

Болтабоева М.Н. Тахтабекова М. Ф.
Республиканский специализированный научно-практический центр педиатрии г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Муковисцидоз (МВ) — одно из наиболее распространённых наследственных заболеваний, обусловленных мутацией гена CFTR, приводящей к нарушению транспорта ионов хлора через клеточные мембраны эпителиальных клеток. В результате формируются вязкие секреты в дыхательных путях, поджелудочной железе, кишечнике и других органах, что вызывает хроническое воспаление и полиорганные поражения. Несмотря на значительные достижения в диагностике и терапии МВ, выявление заболевания у детей раннего возраста остаётся сложной задачей. Клинические проявления у детей от 2 месяцев до 1 года часто бывают неспецифическими, что приводит к поздней диагностике и утяжелению течения болезни. Ранняя постановка диагноза и своевременное начало лечения существенно повышают продолжительность и качество жизни пациентов, снижая риск необратимых изменений дыхательной системы и недостаточности поджелудочной железы.

Цель и исследования. Изучить клинические особенности и диагностические критерии муковисцидоза у детей раннего возраста (от 3 месяцев до 3 лет) с целью повышения эффективности раннего выявления заболевания.

Материалы и методы. В исследование включены 43 детей с подтверждённым диагнозом муковисцидоза в возрасте от 2 месяцев до 1 года, находившихся на стационарном лечении в отделениях патологии детей раннего возраста, РСНПМЦ Педиатрии. Контрольную группу составили 10 практически здоровых детей соответствующего возраста.

Оценивались функциональные показатели: уровень фекальной эластазы-1, концентрация хлоридов пота (метод MACRODUCT, США), а также проводилось молекулярно-генетическое тестирование на мутации гена CFTR. Полученные результаты сопоставлялись с клиническими проявлениями болезни и степенью поражения органов-мишеней.

Результаты. Клиническая картина муковисцидоза у детей раннего возраста характеризовалась сочетанием респираторных и гастроинтестинальных симптомов. У 73 % пациентов выявлен стойкий кашель со слизисто-гнойной мокротой, у 68 % — рецидивирующие бронхиты и пневмонии, склонные к затяжному течению. Гастроинтестинальный синдром наблюдался у 63 % пациентов и проявлялся метеоризмом, стеатореей, вздутием живота и дефицитом массы тела. У 88% больных отмечались признаки дыхательной недостаточности I–II степени и свистящие хрипы при аускультации. Средний уровень хлоридов пота составил 122±8 ммоль/л, при этом положительный результат потовой пробы (>100 ммоль/л) был зарегистрирован у 83 % детей. Анализ уровня фекальной эластазы-1 показал её значительное снижение у 70 % пациентов, что свидетельствовало о выраженной экзокринной недостаточности поджелудочной железы. Генетическое исследование позволило установить преобладание мутаций ΔF508 (60 %) и delF508 (20 %), ассоциированных с тяжёлым фенотипом заболевания. У детей с этими мутациями чаще отмечались ранние проявления панкреатической недостаточности, выраженные бронхолёгочные изменения и положительный результат потовой пробы.

Вывод. Молекулярно-генетическое исследование на мутации гена CFTR, особенно ΔF508, имеет важное значение для подтверждения диагноза и прогнозирования течения болезни. Ранняя диагностика и комплексный подход к ведению пациентов способствуют значительному улучшению исходов заболевания и повышению продолжительности жизни детей с муковисцидозом.

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ МИКСТ B+C ВА B+C+D ГЕПАТИТЛАРДА ВИРУСЛАРНИ ЎЗАРО РЕПЛИКАТИВ ФАОЛЛИГИ

Валиева Н.К., Иноятова Ф.И.
Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқотнинг мақсади - сурункали вирусли микст B+C ва B+C+D гепатитлар билан оғриган болаларда касаллик кечишини вирус репликатив фаоллигига таъсирини ўрганишдан иборат.

Тадқиқот усуллари. Сурункали вирусли микст гепатит (СВМГ) билан оғриган 5 ёшдан 18 ёшгача бўлган 134 нафар болалар, улардан B+C - 86 (64,2%) ва B+C+ D – 48 (35,8%) нафар кузатув остида бўлди. Касаллик давомийлиги ўртача 7,5±1,6 йилни ташкил этди. Молекуляр-биологик текширувлар: сифатий ва миқдорий ПЗР-RT таҳлили орқали қонда HBV-DNA, HCV-RNA, HDV-RNA ни аниқланди. СВМГ ташхиси ультратовуш текшируви (УТТ), жигар эластографияси усуллари ёрдамида қўйилди.

Тадқиқот натижалари. Шундай қилиб, ПЗР-RT-ташҳислашни сифатий таҳлилида B+C инфекцияси билан оғриган бемор болаларни 43,4% иккала вирус биргаликда учради, HBV-DNA вируси 37,3% ва HCV- RNA вируси 12,1% ҳолларда алоҳида аниқланди. Иккала вирус йўқлиги 7,2% аниқланди. B+C+D инфекциясида эса 40,4% ҳолларда HBV-DNA, 10,5% ҳолларда HCV-RNA ва HDV-RNA, 17,1% ҳолларда эса HBV-DNA ва HCV-RNA биргаликда аниқланди. Барча вируслар, шу жумладан HBV, HCV ва HDV репликацияси юқори бўлган беморларни 27,6% кузатилди. Натижаларни ўрганиш таҳлили шуни кўрсатдики, B+C инфекцияли 67 нафар бемор болаларни 55,2% HBV/HCV(+), HBV-DNA ни юқори титри (10^6-10^8 нусха/мл), гиперферментемия (АлАТ - 148,2±7,8 U/L, p<0,001) ва жигар фиброзини (F2-3) босқичи аниқланди. HCV(+) бўлган бемор болаларни 34,8% репликация даражаси 10^5 нусха/мл, гиперферментемия (АлАТ - 102,2±4,6 U/L, p<0,001) ва жигар фиброзини (F2-3)

босқичи қайд этилди. B+C+D инфекцияли HBV(+) болаларда 72,3% ҳолларда HBV-DNA (10^6-10^8 нусха/мл), гиперферментемия (АлАТ - 189,8±3,8 U/L, p<0,001) ва жигар фиброзини (F3-4) босқичи устунлик қилди. HCV(+) беморларни 68,4% ҳолларда HCV-RNA (10^5-10^7 нусха/мл), гиперферментемия (АлАТ - 169,8±6,8 U/L, p<0,001) ва жигар фиброзини (F3-4) босқичи аниқланди. HDV(+) бўлган болаларда 55,3% HDV-RNA 10^2-10^3 нусха/мл ва 44,7% ҳолларда 10^4-10^5 нусха/мл миқдорда, гиперферментемия (АлАТ - 159,8±4,5 U/L, p<0,001) ва жигар фиброзини (F3-4) босқичи қайд этилди. Шу билан бирга, HBV ва HCV вирусларини юқори репликатив фаоллиги B+C+D билан оғриган бемор болаларни 38,2% ва 40,4% бир хил частота қайд этилди. Касаллик давомийлигига қараб вируслар ўртасидаги ўзаро боғлиқликни таҳлил қилиш B+C ҳолатида касаллик давомийлиги 5 йилгача бўлганда (76,3%) беморларда HBV вирус фаоллиги устунлиги кузатилди. B+C+D ҳолатида эса касаллик давомийлиги 5 йилгача бўлганда HBV-DNA(+) 72,3% ва HCV-RNA(+) 68,4% вирус фаоллиги устунлик қилди.

Хулосалар. Микст инфицирланиш шароитида вируслар ўртасида репликацияни ўзаро ингибирланиши касаллик давомийлигига боғлиқ ҳолда содир бўлди. Шу билан бирга, учламчи инфекция ҳолатида HDV инфекцияси HBV ва HCV инфекциясини бостириш қобилиятига эга, иккиламчи инфицирланишда касалликни эрта босқичларида HBV инфекцияси HCV инфекциясидан устунлик қилди, касалликни кечки босқичларида эса вируслар фаоллиги реверсияси содир бўлди.

ЗНАЧЕНИЕ ИШЕМИЕЙ МОДИФИЦИРОВАННОГО АЛЬБУМИНА В ДИАГНОСТИКЕ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Гасымова Е.А.

Научно-исследовательский институт Педиатрии имени К. Фараджевой, г.Баку, Азербайджан

Актуальность. Развитие неонатальной реаниматологии и интенсивной терапии в последние годы, позволило несколько снизить летальность новорожденных при критических состояниях, характеризующихся тяжелыми расстройствами жизненно важных функций организма. Гипоксия – является одной из главных причин развития критических состояний у новорожденных и большинство исследований направлены именно на выявление новых диагностических маркеров гипоксии, но несмотря на многочисленные исследования в этой области, недостаточно изученным остается ишемией модифицированный альбумин (ИМА).

Цель исследования: определить уровень ИМА у новорожденных, в критическом состоянии.

Материалы и методы исследовани. В исследование было включено 30 новорожденных, которые поступили в отделение реанимации новорожденных в критическом состоянии, в связи с синдромом дыхательных расстройств и перенесших внутриутробную гипоксию. 20 здоровых новорожденных, соответствующих по гестационному возрасту и без анамнеза заболеваний у матерей, с оценкой по шкале Апгар ≥ 7 на 1 и 5 минутах были включены в контрольную группу. ИМА определялась с помощью иммуноферментного анализа в образцах пуповинной крови, собранного в течение 30 минут после рождения.

Результаты исследования показали, что уровень ИМА в пуповинной крови у новорожденных с гипоксией были выше, чем в контрольной группе (50,23 ± 16,0 U/ml против 18,02 ± 6,3 U/ml). Далее по полученным данным оценили наличие корреляции между ИМА и уровнем лактата в крови, между ИМА и средними значениями сатурации кислорода (SpO2). По результатам исследования мы выявили, что ИМА положительно коррелировал с уровнем лактата (r: 0,612, P < 0,05), и отрицательно коррелировал с SpO2 (r: -0,587, P < 0,05).

Вывод. Таким образом, учитывая связь между ишемией модифицированным альбумином и сатурацией кислорода, а также и уровнем лактата, можно сделать вывод, что ИМА имеет потенциальную ценность в качестве показателя системной гипоксии у новорожденных детей, находящихся в критическом состоянии.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ЗАДЕРЖКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Гараева С.З., Гасангулиева Г.М., Новрузова Г.А., Велиева К.Т.
Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку, Азербайджан

Актуальность. Задержка внутриутробного развития (ЗВУР) остаётся одной из ключевых проблем современной перинатологии и педиатрии, приводя к высоким показателям неонатальной заболеваемости и смертности, а также к риску хронических нарушений здоровья в дальнейшем. Ежегодно с ЗВУР рождается примерно 24% новорождённых по всему миру, что составляет 10–15% всех беременностей. Социально-экономические и демографические условия, такие как возраст родителей, семейное положение, уровень жизни и доступность пренатального наблюдения, оказывают существенное влияние на риск возникновения ЗВУР. Изучение этих факторов имеет важное значение для разработки профилактических мер и снижения частоты осложнений.

Цель исследования: Изучить роль социально-экономических и демографических факторов риска в формировании задержки внутриутробного развития плода.

Материалы и методы. Проведено обследование 315 матерей, родивших детей с низкой массой тела и малым размером для гестационного возраста, из них у 172 новорождённых диагностирована асимметричная форма ЗВУР, у 143 — симметричная. Контрольную группу составили 119 женщин с физиологически протекающей беременностью. Проводился анализ анкетных данных, включающих возраст родителей, семейное положение, место проживания и факт пренатального наблюдения. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием критерия χ^2 и доверительных интервалов (ДИ 95%).

Результаты. Возраст матери оказался значимым фактором риска: доля женщин старше 30 лет среди матерей детей с ЗВУР составила 23,8 ± 2,4% против 16,8 ± 3,4% в контрольной группе ($\chi^2 = 6,49$; $p < 0,05$). При симметричной форме ЗВУР этот показатель достигал 25,2 ± 3,6% ($\chi^2 = 8,72$; $p < 0,05$), влияние фактора составило 1,52% (95% ДИ: 0,14–2,90).

Возраст отцов значимо не различался между группами, однако при асимметричной форме наблюдалась тенденция к большей доле молодых отцов (до 19 лет — 0,6 ± 0,6%). Социальные факторы имели выраженное влияние: доля одиноких матерей в группе ЗВУР составила 14,9 ± 2,0%, тогда как в контрольной — лишь 0,8 ± 0,8% ($p < 0,001$), что соответствовало влиянию фактора 4,18% (95% ДИ: 3,32–5,04). Частота ЗВУР среди сельских жителей достигала 43,5 ± 2,8%. Отсутствие регулярного пренатального наблюдения повышало риск патологического течения беременности (влияние — 2,12%; $p < 0,01$). Кроме того, 7,3 ± 1,5% детей с ЗВУР проживали в неблагоприятных бытовых условиях, а при симметричной форме этот показатель возрастал до 13,3 ± 2,8% (влияние 2,53%).

Заключение. Установлено, что к основным социально-экономическим факторам, способствующим развитию ЗВУР, относятся: возраст матери старше 30 лет, отсутствие брака, низкий социальный статус, проживание в сельской местности и отсутствие систематического пренатального наблюдения. Выявление и контроль данных факторов риска на ранних этапах беременности позволяют снизить частоту случаев ЗВУР и улучшить перинатальные исходы.

ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Динмухаммадиева Д.Р., Каримджанов И.А., Толипова Н.К.
Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Ювенильный идиопатический артрит – одни из наиболее распространенных дегенеративных заболеваний опорно-двигательного аппарата у лиц подросткового возраста. Этот патологический процесс обусловлен общими патогенетическими механизмами, включая нарушение фосфорно-кальциевого обмена, гормональный дисбаланс, возрастные изменения костной ткани, а также снижение уровня физической активности. Целью настоящего исследования является комплексная оценка состояния минерального обмена и клинической эффективности препарата менахинона (витамин К2 чаилдайф) у пациентов с ювенильным идиопатическим артритом, осложнённым остеопорозом.

Цель исследования. Изучить состояние минерального обмена и эффективность терапии менахиноном (Витамин К2 чаилдлайф) у больных с ювенильным идиопатическим артритом, осложнённым остеопорозом (ОП)

Материалы и методы. В исследование были включены 74 больных детей с клинически подтвержденным диагнозом ювенильного идиопатического артрита, из них 53 (71,6%) девочки и 21 (28,4%) мальчики в возрасте от 6 до 18 лет. Для оценки фосфорно-кальциевого обмена использовались следующие методы: клинико-лабораторные, биохимические, иммуноферментные, инструментальные методы. Определяли: остеокальцин, P1NP, β-CrossLaps, паратгормон, оксипролин, уровни кальция, фосфора, магния, ЩФ, половых гормонов, минеральную плотность костей методом ультразвуковой денситометрии. Назначено лечение: менахинон (витамин К2 чаилдлайф) совместно с препаратами кальция и витамина Д3.

Результаты и обсуждение. У 39,1% обследованных пациентов был диагностирован остеопороз, а у 48,6% — остеопения. Анализ показал, что выраженность нарушений фосфорно-кальциевого обмена зависит от стадии остеоартрита и наличия сопутствующего остеопороза. У пациентов с 2–3 стадиями остеопороза отмечены наиболее выраженные биохимические отклонения. У больных с остеопорозом было выявлено снижение уровня кальция в крови и повышение ЩФ, что может свидетельствовать об активной остеокластической резорбции. В то же время наблюдалось снижение антиадгезивного белка (тромбоспадина-5), увеличение фибронектина и активности лизосомальных ферментов полиморфно-ядерных нейтрофилов, а также истощение систем антипротеаз (альфа-1-антитрипсина и альфа-2-макроглобулина). Корреляционный анализ показал значимые взаимосвязи между уровнями остеокальцина, паратгормона, P1NP, β-CrossLaps и показателями минеральной плотности. Это позволяет рассматривать данные маркеры как потенциальные индикаторы степени тяжести костных нарушений при остеопении и остеопороза. Также зафиксированы достоверные различия в уровнях оксипролина, что указывает на активные процессы ремоделирования с преобладанием резорбции. Лечение с применением кальций D3 форте в сочетании с фототерапией способствовало нормализации ряда параметров костного обмена и снижению выраженности остеопоротических изменений.

Заключение. Результаты исследования указывают на высокую распространенность нарушений фосфорно-кальциевого обмена у больных ювенильным идиопатическим артритом, особенно при сочетании с остеопорозом. Выявленные биохимические и гормональные изменения могут способствовать развитию полиорганных расстройств, усугубляющих течение основного заболевания. Применение менахинона (витамина К2 чаилдлайф) с препаратами кальция и витамина D3 позволяет дифференцированно подходить к лечению и улучшать метаболическое состояние костной ткани у данной категории

пациентов. Результаты подчеркивают необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению ювенильного идиопатического артрита с учетом состояния костного метаболизма.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ ПРИ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА С ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ефименко О.В.[1], Умурзакова Г.М.[1], Каримова Н.И.[2]
[1]Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан
[2]Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Врожденные пороки сердца (ВПС) и сосудов являются наиболее актуальной проблемой современной детской кардиологии. Успехи детской кардиологии и кардиохирургии приводят к тому, что увеличивается срок жизни больных, имеющих или имевших ВПС, и, по мнению большинства исследователей, формируется популяция подростков и взрослых пациентов, у которых существуют проблемы, связанные с данными аномалиями. Значительные успехи детской кардиологии и кардиохирургии, развитие клинической медицины и технические возможности медицинской практики приводят к более глубокому пониманию процессов нарушения кровообращения при врожденной патологии сердца.

Цель исследования. Изучить гемодинамические показатели левого желудочка у детей с врождёнными пороками сердца.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 45 детей. Из них 20 детей были с ВПС (I группа) в возрасте от 1 до 15 лет, получавших лечение в отделении кардиоревматологии клиники АндГосМИ и 25 практически здоровых детей (II группа). ЭхоКГ проводилась на ультразвуковом цифровом сканере «SONO ASE PICO». Показатели сердца измерялись согласно стандартной методике, рекомендованной Американским обществом эхокардиографии (ASE) и Европейской ассоциацией эхокардиографии (EAE).

Результаты исследования. В покое до нагрузки диастолические показатели левого желудочка (ЛЖ) – конечный диастолический размер (КДР) (4,64±0,08) см, толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) (0,78±0,02) см, задняя стенка ЛЖ (0,77±0,02) см, и систолические показатели ЛЖ – конечный систолический размер (КСР) (2,77±0,05) см, толщина МЖП (1,11±0,03) см, задняя стенка ЛЖ (1,17±0,04) см, а также расчетные показатели объемов – конечный диастолический объем (КДО) ЛЖ (101,08±3,99) мл, конечный систолический объем (КСО) ЛЖ (29,33±1,44) мл, УО (71,70±2,76) мл, МОК (5,62±0,24) л/мин - не имели достоверных различий ($p>0,05$) с группой практически здоровых детей и подростков (КДР ЛЖ (4,52±0,06) см, толщина МЖП (0,76±0,01) см, задняя стенка ЛЖ (0,76±0,01) см), систолические показатели ЛЖ (КСР ЛЖ (2,70±0,04) см, толщина МЖП (1,10±0,02) см, задняя стенка ЛЖ (1,13±0,03) см), показатели объемов (КДО ЛЖ (94,30±2,85) мл, КСО ЛЖ (27,33±0,96) мл, УО (66,97±2,19) мл, МОК (5,21±0,14) л/мин). ЧСС в покое у детей основной группы составила (78,49±1,82) уд/мин, контрольной – (79,05±1,55) уд/мин. Размеры ПЖ в обеих группах не выходили за пределы допустимых возрастных норм и не имели достоверных различий между собой. В покое показатели ЧСС у детей группы В (82,86±1,69) уд/мин, так же, как и у практически здоровых детей и подростков (82,77±1,85) уд/мин, имели тенденцию к тахикардии ($p>0,05$).

Вывод. Динамика показателей сердца у детей и подростков с ВПС, которые необходимо учитывать при диспансерном учете. Увеличение показателей КСР ЛЖ, а также КДО ЛЖ, КСО ЛЖ у детей и подростков с ВПС следует считать важными и информативными маркерами неадекватного ответа сердца, и особенно ЛЖ, на стандартизированную дозированную физическую нагрузку. Недостаточный прирост ФВ как

показателя систолической функции ЛЖ может быть ранним признаком, свидетельствующим об увеличении нагрузки на ЛЖ вследствие врожденного порока сердца.

ПОЛИПЫ У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ёдгоров Ж.И., Адылова Г.С., Таджибаев А.Ш., Шохайдаров Ш.И., Юлдашев Р.З.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии. г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. На фоне хронического венозного застоя и нарушений микроциркуляции в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта могут развиваться вторичные морфологические изменения, включая образование полипов. Однако данные о частоте и клиническом значении полипов при портальной гипертензии у детей крайне ограничены и противоречивы.

Цель исследования: Изучить частоту возникновения полипов у детей с портальной гипертензией и их влияние на клиническую картину заболевания.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 304 пациентов с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ) за период с 2015 по 2024 годы. Всем пациентам проводилось обследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта с целью оценки частоты и локализации полипов, а также их влияния на клинические проявления.

Результаты. Из 304 пациентов с ВПГ полипы были выявлены у 5 (1,6%) детей; во всех случаях полипы располагались в двенадцатиперстной кишке. Средний возраст пациентов с полипами составил 15±1.01 лет, что достоверно выше, чем у пациентов без полипов (10±0.26 лет, $p < 0.001$). Во всех случаях полипы были одиночными и чаще встречались у мальчиков (80%, $n = 4$). Клинически полипы протекали бессимптомно и не были связаны с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

Вывод. Полипы у детей с внепеченочной портальной гипертензией встречаются редко и не оказывают влияния на клиническое течение заболевания. Однако более высокий средний возраст пациентов с полипами указывает на необходимость тщательного наблюдения за данной группой детей.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ТРАНЗИТОРНЫХ ПОСТИНФЕКЦИОННЫХ АРТРАЛГИЙ У ПОДРОСТКОВ

Жиемуратова Г.К., Маткаримова А.А., Мамбеткаримов Г.А., Кусбатырова А.Н., Елмуратова А.А., Ибрагимова Д.А.
Каракалпакский медицинский институт, г. Нукус, Узбекистан

Актуальность. Постинфекционные артралгии у подростков представляют собой частую причину обращений к педиатру и ревматологу. Эти состояния нередко развиваются после перенесённых вирусных инфекций и проявляются временными болями в суставах без признаков воспаления. Несмотря на доброкачественное течение, подобные эпизоды требуют клинико-анамнестического анализа для исключения ювенильного идиопатического артрита и других ревматических заболеваний.

Цель исследования. Изучить клинико-анамнестические особенности и возможные провоцирующие факторы постинфекционных артралгий у подростков.

Материалы и методы. Проведено обследование 118 подростков в возрасте от 12 до 17 лет, обратившихся с жалобами на боли в суставах после перенесённых острых респираторных вирусных инфекций. Комплекс обследования включал клинический осмотр, анкетирование, общий анализ крови, определение уровня С-реактивного белка и, при необходимости, ультразвуковое исследование суставов.

Результаты исследования. У 67% подростков боли возникали через 1–3 недели после перенесённой инфекции. Наиболее часто поражались коленные (58%) и тазобедренные (27%) суставы. В 21% случаев отмечалось кратковременное повышение маркеров воспаления без признаков артрита.

Интенсивность болей варьировала от умеренной до выраженной, однако при этом не сопровождалась ограничением подвижности и признаками суставного воспаления. Продолжительность болевых эпизодов составляла в среднем 7,3 ± 2,1 дня, при этом у 12% подростков боли рецидивировали в течение года, преимущественно после повторных инфекций.

Лабораторные показатели у 79% детей находились в пределах нормы; у 21% наблюдалось кратковременное повышение уровня С-реактивного белка и СОЭ, что свидетельствует о временной активации воспалительного ответа. По данным ультразвукового исследования у 19% подростков выявлялось незначительное количество внутрисуставной жидкости без утолщения синовиальной оболочки и эрозивных изменений.

Интересно, что у 29% обследованных артралгии сопровождались астеноневротическими проявлениями — повышенной утомляемостью, нарушением сна, лабильностью настроения, что может отражать постинфекционное истощение и вегетативный дисбаланс. В 16% случаев родители отмечали связь болевых эпизодов с изменением погодных условий (метеозависимость).

Возрастной анализ показал, что пик заболеваемости приходился на 13–15 лет, что совпадает с периодом интенсивного роста и гормональной перестройки организма. Половой дисбаланс также оказался выраженным: мальчики составляли 63% наблюдений, что может быть связано с более высокой физической активностью и повышенной травматизацией суставов.

Вывод. Постинфекционные артралгии у подростков характеризуются кратковременным и доброкачественным течением, чаще поражают крупные суставы нижних конечностей и не сопровождаются стойкими воспалительными изменениями. Для правильной дифференциальной диагностики необходимо проведение минимального лабораторно-инструментального обследования и динамического наблюдения. Ранняя идентификация доброкачественных форм артралгий позволяет избежать гипердиагностики ревматических заболеваний и неоправданного назначения противовоспалительной терапии.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ БИОМАРКЕРЫ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Жураева З.Р.[1], Ахмедова Н.Р.[2], Ахмеджанова З.И.[1]
[1]Институт иммунологии и геномики человека АН РУз,
[2]Ташкентский государственный медицинский университет,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Заболевания органов дыхания у детей дошкольного возраста занимают ведущее место в структуре детской заболеваемости и госпитализаций. Наиболее значимыми среди них остаются инфекции нижних дыхательных путей — острые бронхиты и внебольничная пневмония, которые продолжают быть одной из основных причин детской смертности во всём мире (WHO, 2019; UNICEF, 2020). По данным ВОЗ, пневмония ответственна примерно за 14 % всех случаев смерти среди детей младше пяти лет, что подчёркивает её высокую медико-социальную значимость. В современных условиях особое внимание уделяется поиску информативных клинико-лабораторных маркеров, позволяющих своевременно оценивать тяжесть и прогноз заболевания.

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторные изменения у детей с острыми бронхитами и внебольничными пневмониями и определить потенциал лабораторных маркеров тяжести и прогноза заболевания.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 60 детей в возрасте от 6 месяцев до 7 лет, госпитализированных в пульмонологическое отделение клиники Ташкентского педиатрического медицинского института с диагнозами «острый бронхит» и «внебольничная пневмония». Проведены клинико-инструментальные, биохимические и серологические исследования включая определение уровня С-реактивного белка (СРБ), фибриногена, ЛДГ, АЛТ, АСТ, иммуноглобулина Е, а также выявление вирусных и бактериальных маркеров (ЦМВ, ВПГ, хламидий, токсоплазмы).

Результаты исследования. Среди обследованных детей преобладали мальчики (67,4%) и дети раннего возраста до одного года (45,5%). Основными жалобами были кашель (100%), слабость и утомляемость (83,3%), лихорадка (66,7%), одышка(41,6%). У детей с пневмонией отмечалось достоверное повышение уровней С-реактивного белка(90,0%), фибриногена(66,6%), ЛДГ(70,0%), АЛТ(53,3%) и АСТ(56,6%), что отражает выраженность воспалительного процесса и вовлечение внутренних органов. Вирусно-бактериальные ассоциации (ЦМВ, ВПГ, хламидии) регистрировались у 30–35 % пациентов и ассоциировались с более тяжёлым течением болезни. При бронхитах лабораторные отклонения были умеренными и чаще оставались в пределах нормы.

Вывод. Для детей с внебольничной пневмонией характерны более выраженные клинико-лабораторные изменения по сравнению с бронхитами. Использование комплекса лабораторных показателей (СРБ, ЛДГ, фибриноген, АЛТ, АСТ, инфекционные маркеры) в сочетании с клинической оценкой состояния пациента позволяет повысить точность диагностики, оценить тяжесть течения заболевания и прогнозировать развитие осложнений.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Илмуратова М.А., Абдуллаева Д.Т.
Ташкентский Государственный Медицинский Университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Бронхиальная астма у детей остаётся одной из ведущих причин хронической патологии органов дыхания, характеризуясь гетерогенностью клинических проявлений и высокой частотой обострений. Недавно возрос интерес к изучению роли дисплазии соединительной ткани, в особенности её недифференцированных форм, в патогенезе БА. Структурная и функциональная незрелость соединительной ткани может способствовать развитию гипермобильности бронхов, ослаблению местного иммунитета и повышенной восприимчивости к инфекциям. На этом фоне персистенция атипичных инфекционных агентов, таких как цитомегаловирус (ЦМВ), приобретает особое значение. Установлено, что ЦМВ может вызывать иммунологическую дисрегуляцию, способствуя нарушению метаболизма микроэлементов — цинка и магния, которые играют ключевую роль в иммунной защите и бронхиальной регуляции. Однако комплексная оценка микробиологических и нутритивных факторов у детей с БА и НДСТ пока представлена фрагментарно.

Цель. Изучить особенности клинико-биохимического профиля бронхиальной астмы у детей с НДСТ в зависимости от наличия ЦМВ-инфекции, с фокусом на уровни цинка и магния.

Материалы и метод. В исследование включены 32 ребёнка в возрасте 6–17 лет с диагнозом бронхиальной астмы и клиническими признаками НДСТ, установленными по критериям Т.А. Кадуриной. Диагноз БА подтверждён согласно рекомендациям GINA (2023). Серологическое исследование на ЦМВ (IgM, IgG) проводилось методом ИФА. Уровни цинка и магния определяли биохимическим методом с использованием автоматического анализатора.

Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа (n=19): дети с ЦМВ-инфекцией (IgG/IgM положительные); 2-я группа (n=13): дети без признаков ЦМВ-инфекции.
Использованы методы описательной статистики и корреляционный анализ Пирсона. Уровень значимости: $p < 0,05$.

Результаты. ЦМВ-инфекция выявлена у 19 из 32 детей (59,4%). У детей с ЦМВ-инфекцией обнаружено достоверное снижение уровней микроэлементов: Показатель ЦМВ+ (n=19) ЦМВ− (n=13) p-значение Цинк (мкг/дл) 59,5 ± 4,1 80,4 ± 5,3 < 0,001 Магний (ммоль/л) 0,59 ± 0,03 0,81 ± 0,06 < 0,01. Корреляционный анализ выявил:между ЦМВ-инфекцией и уровнем цинка: $r = −0,82$ ($p < 0,001$); Результаты настоящего исследования подтверждают предположения о патогенетической роли вирусной инфекции и микроэлементного дефицита в ухудшении течения БА при дисплазии соединительной ткани. Дефицит цинка и магния может усиливать воспалительные реакции, нарушать антиоксидантную защиту и снижать эффективность терапии. Высокая распространённость ЦМВ-инфекции у детей с НДСТ (59,4%) подчёркивает необходимость активного серологического мониторинга в данной группе. Ранняя диагностика и нутритивная коррекция микроэлементного статуса представляются перспективными направлениями вторичной профилактики осложнений и стабилизации течения БА.

Вывод. У детей с бронхиальной астмой на фоне НДСТ ЦМВ-инфекция встречается в более чем половине случаев и сопровождается достоверным снижением уровней цинка и магния.Выраженные отрицательные корреляции между инфекционным статусом и нутритивными показателями указывают на необходимость включения соответствующих исследований в алгоритм диагностики и ведения таких пациентов.

АНАЛИЗ РОЛИ ВИТАМИНА D И СОСТОЯНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Иномов Б.Н., Шамсиев Ф.М., Узакова Ш.Б., Абдуллаева М.К., Каримова М.Х.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Проблема своевременной диагностики и правильного ведения пациентов с муковисцидозом актуальна не только в нашей стране, но и во всем мире. Дефицит витамина D – непризнанная пандемия с одним миллиардом популяции с его недостатком или дефицитом. Множеством исследований подтверждается широкая распространенность дефицита витамина D среди детей. Вторичный дефицит витамина D – характерный признак присутсвия мальабсорбции при МВ.

Целью исследования явилось оценить состояние иммунной системы и содержание витамина D у детей, страдающих муковисцидозом.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 120 больных в возрасте от 0 мес. до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии, патологии раннего возраста и гастроэнтерологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз.

Результаты исследования. До начала лекарственной терапии у 120 больных детей с МВ определяли уровень витамина 25(OH)D в сыворотке крови. Уровень витамина D ниже 30 нг/мл констатирован у 90% детей с МВ, а средний уровень витамина D – 16,8 (6,0–40,6) нг/мл. При выборе препарата предпочтение отдавали водорастворимым препаратам. Главным правилом было соблюдение режима приема и рекомендованной дозы в международных единицах. Нормальное содержание витамина D диагностировано у 12 (10,0%) детей с МВ и у 22 (55,0%) практически здоровых детей, недостаточность (менее 30 нг/мл) – у 24 (20,0%) с МВ и у 12 (30,0%) в контрольной группе ($P<0,01$). У больных МВ в фазе обострения заболевания выявлены следующие отклонения: достоверное снижение относительного числа $CD3^+$- лимфоцитов в 1,9 раз, по отношению к контрольной группе. При изучении количества $CD4^+$-лимфоцитов был выявлено их достоверное снижение в 1,5

раза у детей с МВ по отношению к контрольной группе и в 1,0 раз по отношению к группе сравнения. Число $CD8^+$-лимфоцитов у пациентов с МВ превышало в 1,3 раза показатели контрольной группы (23,93±0,88% и 19,5±1,9%, соотвественно P<0,05), и достоверное повышение в 1,5 раз по отношению к группе сравнения (15,91±1,44%, P<0,01). Вместе с этим отмечалось достоверное повышение в 1,7 раза относительного числа $CD16^+$-лимфоцитов, по сравнению с детьми контрольной группы и составило 25,8±0,94% при 15,4±1,9% у практически здоровых детей; P<0,01. Относительное число $CD16^+$-лимфоцитов у детей с МВ по отношению к группе сравнения было 1,43 раз выше. Также нами определилось достоверное снижение ФАН у детей с МВ. У детей с МВ ФАН составило 33,8±1,02%, что было в 1,7 раз меньше по отношению к контрольной группе (58,5±2,3%, P <0,001). В группе детей с МВ отмечалась тенденция к повышению $CD20^+$-лимфоцитов в 1,5 раза (26,9±0,46% при 18,2±1,7% у детей контрольной группы, P <0,01). Было выявлено, что у детей с МВ в фазе обострения заболевания уровень IL-1β повысился в 3,4 раза по сравнению с данными практически здоровых детей и составил в среднем 101,0±4,8 пг/мл (P<0,001). Уровень IL–8 достоверно повысился в 2,8 раза по сравнению с данными детей контрольной группы, что составило в среднем 59,3±2,4 пг/мл (P<0,001), но по отношению к группе сравнения этот показатель был достоверно ниже в 1,3 раза (P<0,01).

Вывод. Таким образом, полученные данные позволяют сделать заключение о том, что у детей с муковисцидозом изменения в иммунном статусе и отклонения в содержании витамина D более глубокие чем у детей без муковисцидоза.

РАСПРОСТРАНЁННЫЕ МУТАЦИИ ГЕНА CFTR И ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В УЗБЕКИСТАНЕ

Иномов Б.Н., Шамсиев Ф.М., Узакова Ш.Б., Азизова Н.Д., Каримова М.Х.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Муковисцидоз - тяжелое наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, обусловленное мутацией трансмембранного регулятора муковисцидоза (CFTR), расположенного на 7 хромосоме, в результате чего поражаются экзокринные железы и повышается вязкость секрета. Это часто приводит к поражению легких, поджелудочной железы и кишечника, реже печени и почек. Из пяти тысяч орфанных заболеваний, описанных к настоящему времени, муковисцидоз (МВ) является наиболее распространенным.

Целью исследования данного исследования было изучение характеристик иммунного статуса детей с муковисцидозом и определение частоты распространённых мутаций гена CFTR.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 80 больных муковисцидозом в возрасте от 3 мес. до 6 лет. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюдента.

Результаты исследования. Широкая программа иммунологических исследований показало, что уровень общего пула $CD3^+$ -клеток у детей с муковисцидозом по сравнению с данными детей контрольной группы достоверно снижен (P <0,01). В то время как общий пул $CD20^+$-лимфоцитов достоверно выше (P <0,01). Изучение субпопуляционного состава Т-лимфоцитов показало, что уровень $CD4^+$-лимфоцитов уменьшается по сравнению с показателями контрольной группы (P <0,05), более достоверно снижен уровень $CD8^+$-клеток у детей с муковисцидозом (P <0,01). Исследования цитокинового профиля показали, что у детей с муковисцидозом продукция ИЛ-1β достоверно (P <0,01) повышалось по сравнению со здоровыми детьми. Уровень сывороточного IL-8 в 5 раз превышал показателей контрольной группы (p <0,001).

Впервые в Узбекистане нами были изучены более 3000 наиболее частых мутаций гена CFTR (1480 аминокислот, 168 кДа)**,** ассоциированных с муковисцидозом, из которых были выявлены 8 достоверно значимых маркера: F508del, 2143delt, R709X, Y569D, 451 del8, G85E, 546insCTA, N1303K**.** Анализ генетической ассоциации гена CFTR у детей с муковисцидозом наиболее частой и достоверной была мутация CFTR-F508del у 14 (31%) детей в гомозиготном состоянии, также у 6 (13,3%) - 2143delT, у 4 (8,9%) - R709X, у 2 (4,4%) - Y569D и у 5 (11,1%) - N1303K детей в гомозиготном состоянии. В гетерозиготном состоянии F508del/G85E – у 2 (4,4%), 451del8/ F508del – 3 (6,7%), 2143delT/ Y569D – 4 (8,9%), 546insCTA/ F508del – 2 (4,4%) и у троих детей было выявлено носительство по мутации - 451 del8/n, F508del/n, 2143delT/n. Все дети с идентифицированными мутациями CFTR-F508del и CFTR -2143delT клинически характеризовались тяжелым течением муковисцидоза

Вывод. Таким образом, полученные данные позволяют сделать заключение о том, что у детей с муковисцидозом изменения в иммунном статусе более глубокие, чем у детей без муковисцидоза. Выявлена достоверная роль наиболее часто встречающиеся в Узбекистане 3 мутация гена CFTR- F508del, CFTR-2143delT и CFTR-N1303K.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ HBV-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С АНЕМИЕЙ ВОСПАЛЕНИЯ

Иноятова Ф.И., Икрамова Н.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, г.Ташкент, Узбекистан

Комплексное обследование позволило установить, что при хронической HBV-инфекции у детей на фоне анемии воспаления (94,6%) встречаемость рефрактерных форм составляет 60,7% случаев.

Цель: Изучить особенности экспрессии рецептора IL-6 у детей с хронической HBV-инфекцией в зависимости от варианта течения анемии воспаления.

Материалы и методы. Обследовано 115 детей, больных с хронической HBV-инфекцией с анемией воспаления, в возрасте 7-18 лет. 60 детей у которых, значения индекса были $sTfR/\log_{10}Ft<1,0$ составили группу с рефрактерной анемией (РА). Группу с не рефрактерной анемией (нРА) составили 55 детей с индексом $sTfR/\log_{10}Ft>2,0$. Методом ИФА исследованы gp.80 – α-цепь IL-6R, gp.130 – β-цепь IL-6R и растворимый комплекс sIL-6R/IL-6c использованием наборов фирмы «Cloud-Clone Corporation», USA. Вирусологическую верификацию проводили на основании исследования спектра HBV методом ИФА с использованием наборов «HUMAN» (Германия) на аппарате «MULTISKAN FC». Анализ крови на предмет обнаружения HBV-DNA проводился методом ПЦР с гибридизационно-флуоресцентной детекцией в режиме «реального времени» на амплификаторе «BIO-RAD iQ5» (США) с использованием наборов “АмплиСенс^{R} HBV-FL, HCV-FL, HDV-FL” (Россия). Для подтверждения диагноза хронического гепатита проводилось ультразвуковое исследование печени, селезенки и желчных путей с допплерографией сосудов портальной системы и сдвиговолновой фиброэластометрией на аппарате «Philips» «ClearVue 650» (USA). Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей.

Результаты. Известно, что провоспалительный цитокины IL-6, посредством связи со своим специфическим рецептором в гепатоцитах инициирует экспрессию гуморального регулятора метаболизма железа в организме - гепсидина. В наших исследованиях степень связывания IL-6 на поверхности клетки со своим рецептором в зависимости от варианта анемии воспаления была различна. Так, у детей с РА параметры gp.80 и gp.130 значительно превышали показатель детей с нРА и контрольные, соответственно до 7,19±0,31ng/ml и 0,74±0,11ng/ml против 6,02±0,28ng/ml и 0,45±0,65ng/ml и 4,04±0,48 ng/ml и 0,12±0,007ng/ml ($p<0,001$). Не мало важное значение имеет комплекс IL-6/sIL-6R, который образуется при

связывании IL-6 с молекулой растворимого рецептора sIL-6R и иинduцирует воспалительные сигналы. Его значения были снижены до 93,5±5,2ng/ml в группе больных с РА, что было в 1,2 раза ниже относительно показателя детей с нРА (108,7±5,76 ng/ml) и контрольной группы (117,0±1,56 ng/ml, p<0,001). Достоверных различий между группой больных с нРА и контролем не было выявлено. Полученный факт свидетельствовал о более глубоких нарушениях у детей с РА в системе цитокиновой регуляции.

Вывод. При хронической HBV-инфекции у детей, полученные результаты в случаях нРА свидетельствуют о состоятельности рецептора интерлейкина-6, тогда как у больных с РА это связано с несостоятельностью рецепторных структур на мембранах гепатоцитов и развитием блока внутриклеточной регулирующей системы гена геппсидина.

СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАЦИИ HBV КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР В ТЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Иноятова Ф.И., Иногамова Г.З.
Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, г.Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить специфику маркерного профиля HBV во взаимосвязи с тяжестью клинического течения HBeAg-негативного цирроза печени у детей.

Материалы и методы. Обследованы 46 больных детей с HBV-негативным ЦП, в возрасте 6-18 лет, мальчиков 71,7%, девочек 28,3%. Распределение больных в зависимости от тяжести течения согласно критериям Child-Pugh: класс А – 17,4%, класс В – 34,7%, класс С – 47,9%. В исследовании использованы прогностические критерии шкалы MELD, PELD [8]. Давность цирроза печени составила 6,7±0,1лет Диагностика ЦП на основании общепринятых клинико-биохимических и инструментальных обследований УЗИ на сканере HD3 фирмы «PHILIPS» с допплерографией сосудов печени, селезенки и портальной системы; эластометрии, МРТ, ЭГДС). Верификация HBV проводилась методами ИФА, ИХЛА и PCRRT. Контрольная группа – 30 практически здоровых детей. Статистический анализ проводился с использованием программы SPSS 26.0. Для сравнения групп использовались t-критерий Стьюдента и критерий χ^2 (p<0,05).

Результаты. Опираясь на научные исследования, доказывающие корреляции маркерных профилей с наличием мутаций HBV, в частности предъядерного промотора - preCore-мутации (G1896A, U1858-G1896), BCP-мутации (A1762T/G1764A, T1753C, C1766T и T1768A, I127T; K130M; V131I и F132Y) и сплайсинг HBSP-мутации нами был проведен анализ спектра маркеров HBV, который позволил выделить три клинических вариантов HBeAg-негативного ЦП у детей в виде: I. *неактивного течения* (19,6%) с положительными только HBsAg, HBeAb и HBcorAb IgG и низкого HBV-DNA (100 копий/мл, p<0,001к другим вариантам) на фоне отсутствия других маркеров, где большинство (88,8%) больных соответствовали классу "А" (компенсированному ЦП) и только 11,2% - классу "В" ($\chi2$=71,79, df=4, p<0.001 к другим вариантам HBV). Клинически течение ЦП отличалось скудностью симптомов, умеренным повышением АлАТ (до 51,8±9,9 U/L), наличием стадии фиброза F4 в печени (17,4±0,2 кПа, $\chi2$=41,13, df=2, p<0.001). Прогноз выживаемости по шкале PELD был самый низкий и составил 17,4±0,8 баллов (p<0,05); II. *активного течения* (39,1%) с положительными маркерами HBsAg, HBeAb HBcorAb IgG в сочетании с HBcorAb IgM на фоне высокого HBV-DNA (10^8 копий/мл, p<0,001) и гиперферментемии (АлАТ - 175,1±12,1U/L, $\chi2$=30,1, df=2, p<0.001 к другим группам). При этом, фибротические изменения в печени соответствовали 24,4±0,3кПа. Большинство (83,3%) обследованных детей из данной категории были в субкомпенсированном и 16,7% в декомпенсированном течении ЦП с поздним периодом заболевания в 6,4±0,3 лет (при общей продолжительности HBV-инфекции12,3±0,2лет). Прогноз по шкале MELD составил в 21,9 балл.; III. *сочетанного HBeAg/HBsAg-минус течения* (41,3%) с положительной детекцией практически всех

маркеров за исключением S- и E-антигенов HBV с умеренной вирусной нагрузкой (10 $^{4-6}$ копий/мл, p<0,001). Для данной когорты пациентов было характерно наиболее тяжелое течение заболевания, сопровождавшееся значительным фиброзом печени (29,9±0,2кПа) и частыми осложнениями, включая кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (57,8%), бактериальные инфекции (78,9%) и печеночную энцефалопатию (84,2%). При этом отмечалась умеренно выраженная гиперферментемия (АлАТ-135,4±9,2U/L), а также максимально продолжительные сроки развития ЦП (7,7±0,3 года) на фоне общей длительности HBV-инфекции (18,0 ± 0,1 года). Прогноз по шкале MELD самый неблагоприятный с высоким риском летального исхода.

Вывод. В течении HBeAg-негативного ЦП у детей рассматриваются три варианта серологических фенотипов HBV со свойственным клиническим течением, обусловленным возможными мутациями различных регионов генома HBV, что подтверждает гипотезу о ведущей роли мутантных штаммов и служит основанием для своевременной их идентификации для оценки прогноза цирроза печени у детей, выбора тактики лечения и риска осложнений.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ У ДЕТЕЙ, ИНФИЦИРОВАННЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ШТАММАМИ SARS-CoV-2

Иноятова Ф.И., Абдуллаева М.А., Ахмедова А.Х.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить COVID-19 ассоциированные нарушения функционального состояния печени у детей, инфицированных различными штаммами SARS-CoV-2.

Материалы и методы. Обследовано 108 детей с COVID-19 в возрасте от 2-х мес. до 18 лет. Диагноз подтверждён методом ПЦР-RT («Biotest-SARS-CoV-2», DT prime, ДНК Технологии, Россия), а также клинико-анамнестическими, серологическими, биохимическими и инструментальными данными. Для генотипирования SARS-CoV-2 использовали наборы ARMS-PCR (Patho Genesis, Китай) и B.1.617 RT-PCR Detection Kit (Fosun Long Medical, Китай). Распределение штаммов составило: 9,2% — китайский (Wuhan), 10,2% — британский (UK), 2,8% — бразильский (BR) и 77,8% — индийский (Delta). Биохимические исследования (АлАТ, общий белок, γ-глобулин, общий билирубин, ЩФ, ГГТП) проводили наборами «ROCHE» на анализаторе cobas®6000 core («HUMAN», Германия). Контрольная группа - 30 практически здоровые дети.

Результаты. Анализ изменений функционального состояния печени в целом показал, что у 56,3% детей выявлен цитолитический синдром, у 2,8% — холестатический, у 17,6% — их сочетание, а мезенхимально-воспалительный синдром отмечен у 37,0% пациентов. При сравнительном оценке биохимических показателей в зависимости от штамма SARS-CoV-2 выявлено, что наибольшие изменения функционального состояния печени отмечены у детей, инфицированных BR-штаммом. Это проявлялось выраженным цитолитическим синдромом (повышение уровня АлАТ до 155,9±3,77 U/l), холестатическим синдромом (активность ГГТП — 58,3±5,1 U/l, ЩФ — 289,3±47,6 U/l), мезенхимально-воспалительным (повышение уровня γ-глобулина до 30,1±1,1 %**)** и гепатопривным синдромами (снижение общего белка до 54,4±2,3 г/л) по сравнению с детьми, инфицированными WU-, Delta-, UK-штаммами, и контрольной группой (p<0,05–p<0,001). На втором месте по выраженности биохимических нарушений находились дети, инфицированные WU-штаммом, у которых также выявлялись признаки цитолиза (АлАТ — 101,7±17,7 U/l) и холестаза (ГГТП — 41,5±3,9 U/l), однако изменения были менее выраженными, чем при BR-штамме, но достоверно отличались от показателей при Delta- и UK-вариантах (p<0,05–p<0,001). У инфицированных Delta-штаммом отмечалась более выраженная степень поражения печени, с преобладанием

мезенхимально-воспалительного и гепатопривного синдромов — повышение уровня γ-глобулинов до 24,8 ± 1,4 % и снижение общего белка до 59,2 ± 2,1 г/л по сравнению с UK-вариантом и значениями контроля (p<0,05–p<0,001).

Выводы. У больных детей с COVID-19 степень функциональных нарушений печени зависит от варианта штамма SARS-CoV-2. Наиболее выраженные сдвиги в биохимических показателях, выявленные при инфицировании бразильским и дельта-штаммами, возможно, связаны с особенностями их взаимодействия с рецепторами гепатоцитов, степенью активации воспалительных процессов. Полученные данные диктуют необходимость генотипирования SARS-CoV-2 у больных детей с COVID-19 для динамического мониторинга биохимических маркеров и своевременной коррекции терапии.

ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

Ифакова М.Ш., Бошмонова Ч.А.
Ташкентский Государственный Медицинский Университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Анатомо-физиологические особенности полости рта у детей (низкая минерализация эмали молочных зубов, крупная пульповая камера, высокая васкуляризация десны, недостаточная защитная функция слюны) способствуют более быстрому развитию кариеса и воспалительных заболеваний пародонта. Дополнительными факторами риска являются незрелость мелкой моторики, недостаточные навыки гигиены и слабая мотивация ребёнка, что требует индивидуального подхода к профилактике.

Цель. Изучить особенности организации индивидуальной гигиены полости рта у детей с учётом возраста и предложить практические рекомендации для профилактики кариеса и заболеваний пародонта.

Материалы и методы. Проведён анализ современной литературы по детской стоматологии (PubMed, WHO, American Academy of Pediatric Dentistry, 2018–2024 гг.). Рассмотрены анатомо-физиологические особенности детской полости рта, принципы подбора средств гигиены по возрасту, а также профессиональные профилактические мероприятия.

Результаты и обсуждение. Основные анатомо-физиологические особенности полости рта у детей: Эмаль молочных зубов тонкая и слабо минерализована, что ускоряет деминерализацию. Пульповая камера относительно велика, из-за чего кариес быстро распространяется к пульпе. Дёсны высоко васкуляризированы и склонны к воспалению, особенно в период прорезывания зубов. Количество и буферная ёмкость слюны в раннем возрасте снижены, что ослабляет естественную защиту. Микробиота полости рта быстро изменяется; колонизация кариесогенными бактериями (Streptococcus mutans) происходит вскоре после прорезывания первых зубов.

Возрастные рекомендации по гигиене полости рта:

0–3 года: уход за дёснами и прорезавшимися зубами мягкой марлей или силиконовой щёткой-напальчником; избегать ночного кормления сладкими жидкостями.

3–6 лет: мягкая зубная щётка, зубная паста с фтором 500–1000 ppm (горошина по объёму); обязательный контроль родителей.

6–12 лет: паста с фтором 1000–1450 ppm, введение зубной нити; при необходимости — герметизация фиссур постоянных моляров.

12–18 лет: использование ортодонтических щёток, суперфлоссов, ополаскивателей с фтором; формирование ответственности за собственную гигиену.

Выбор средств индивидуальной гигиены: Зубная щётка — с небольшой головкой и мягкой щетиной; электрические щётки полезны при низкой мануальной ловкости. Зубная паста — содержание фтора в зависимости от возраста (0–3 года — 500 ppm; с 6 лет — 1000–1450 ppm). Дополнительные средства — зубная нить, межзубные щётки, жевательные резинки с ксилитом, ополаскиватели с низкой концентрацией фтора или антисептиками. При

ортодонтическом лечении — моно-пучковые щётки, ирригаторы, специальные нити. Профессиональная профилактика: Покрытие зубов фторлаком или гелем. Герметизация фиссур постоянных моляров. Плановые осмотры стоматолога каждые 6 месяцев. Диетологические рекомендации по ограничению сладких напитков и перекусов.

Вывод. Формирование индивидуальных навыков гигиены полости рта с раннего возраста в сочетании с регулярной профессиональной профилактикой существенно снижает распространённость кариеса и заболеваний пародонта у детей. Активное участие родителей и взаимодействие со стоматологами являются ключевыми факторами успешной профилактики.

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ МАЛЫМИ К СРОКУ ГЕСТАЦИИ

Ишниязова Н.Д.[2], Салихова К.Ш.[1], Агзамходжаева Б.У.[1], Ортикматова З.[2], Усмоналиева М.[2], Саидмуродова Г.Д.[1]

[1]Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр педиатрии

[2]Ташкентский государственный медицинский университет

Актуальность. Дети, рождённые малыми к сроку гестации представляют особую категорию новорождённых с высоким риском нарушений обмена веществ, анемии, гипокальциемии и других патологических состояний. При этом как степень доношенности, так и наличие внутриутробной задержки роста (ЗВУР) значительно влияют на клинико-лабораторные показатели. Изучение этих особенностей в динамике первых месяцев жизни позволяет уточнить подходы к наблюдению и лечению таких детей.

Цель исследования. Оценить лабораторные показатели детей первого года жизни, рождённых малыми к сроку гестации.

Материалы и методы. В исследование включено 24 детей первого года жизни, получавших стационарное лечение в клинике РСНПМЦ Педиатрии. Срок гестации при рождении 38-41 недели. Дети распределены по группам :1 группа -14 детей, рожденных малыми к сроку гестации, 2 группа -10 детей – соответствующих сроку гестации.

Изучались лабораторные показатели: гемоглобин, кальций, АЛТ, АСТ, общий белок, нейроспецифическая энолаза (NSE). Полученные результаты сравнивались с возрастными нормативами и анализировались с учётом клинических групп.

Результаты. Наиболее выраженные отклонения лабораторных показателей выявлены у детей с внутриутробной задержкой роста. ЗВУР является значимым фактором риска метаболических и гематологических нарушений. Анализ лабораторных исследований показал нарушение кальциевого обмена у детей с ЗВУР. Гипокальциемия (<2,1 ммоль/л) выявлена в 2 раза чаще в 1 группе, чем у детей, соответствующих сроку гестации. ЗВУР является частой причиной различных гематологических нарушений, наиболее частым из которых является анемия. Анемия (гемоглобин ниже нормы) диагностирована у 64,2% 1 группы, что было в 2,14 больше, чем во 2 группе детей. В основном, выявлялась легкая форма анемии, однако у 21,4% была зафиксирована анемия средней степени тяжести. Повышение АСТ выявлено у 28,5% детей со ЗВУР, что свидетельствует о функциональных нарушениях печени.

Наиболее выраженное снижения уровня общего белка прослежено у пациентов со ЗВУР. Уровень его достоверно отличался от таковых по сравнению с контрольной группой, причем, у 14,1 % пациентов 1 группы достигал 60,5±1,4 г/л, у 43 % 71,03±1,8 г/л соответственно, что отражает белково-энергетическую недостаточность этой категории пациентов. Задержка роста плода приводит к нарушению функционального созревания всех органов и систем, в том числе и центральной нервной системы. В раннем неонатальном периоде это приводит к нарушению формирования рефлекторных и тонических реакций, а

впоследствии к более серьезным отклонениям. Уровень NSE определяли, как маркер поражения нейронов. Содержание NSE было повышено в 2,8 раз у детей 1 группы, по сравнению со второй.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о нарушениях обменных процессов у детей, рожденных малыми к сроку гестации и подтверждают необходимость постоянного мониторинга с целью раннего выявления и коррекции нарушений.

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ишниязова Н.Д.[2], Салихова К.Ш.[1], Ахмедова Н.Р.[2], Абдурахманова Ф.Р.[1], Агзамходжаева Б.У.[1], Ортикматова З.К.[2]

[1]Республиканский специализированный научно-практический центр педиатрии

[2]Ташкентский государственный медицинский университет

Актуальность. Увеличение количества преждевременных родов, в том числе на поздних сроках беременности, обусловлено рядом предрасполагающих факторов. Среди недоношенных новорожденных детей подавляющее большинство составляют новорожденные 32-36 недель гестации, т.е. умеренно и поздние недоношенные. Частота рождения недоношенных детей в развитых странах мира варьирует от 5 до 9,5%, из них рождение в сроке 34-36 недель составляет 71-75% всех преждевременных родов. Поздние недоношенные дети из-за рождения раньше срока на 4-5 недель не проходят важный период внутриутробного роста и развития. Морфофункциональная незрелость органов и систем часто приводит к нарушениям постнатальной адаптации и к развитию различных заболеваний.

Цель исследования. Изучить особенности течения неонатального периода у новорожденных, в зависимости от срока гестации.

Материалы и методы. Обследовано 57 новорожденных, получавших лечение в отделении патологии новорожденных РСНПМЦ Педиатрии. В зависимости от срока гестации дети разделены на группы. В 1 (основную) группу вошли 34(59,6%) новорожденных, с границами гестационного возраста 34-36 недель, 2 – группу (сравнения) составили-23(40,3%) новорожденных, сроком гестации 38-41 неделя. Средний вес при рождении у детей основной группы составил- 2326,0±119,7 гр, у детей группы сравнения 3220,0-93,8гр. Всем больным проведен полный спектр клинико-анамнестических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты исследования. Проведенное исследование выявило, что большинство матерей 1 группы новорожденных имели нарушения в состоянии здоровья и осложненное течение беременности. Так, хроническая соматическая патология встречалась достоверно чаще ($p < 0,05$) у матерей 1 группы новорожденных-54,6% против 28,3%; частота отягощенного акушерского анамнеза достоверно не отличалась в группах и составила 19,4% и 12,3% случаев соответственно. Осложненное течение беременности, патологические роды отмечались достоверно выше ($p < 0,05$) у матерей 1 группы, по сравнению со 2 группой новорожденных- 88,2% против 65,2% и 70,5% против 47,8% соответственно. Асфиксия в родах в 1,7 раз; респираторный дистресс-синдром в 2,6 раз чаще встречались у новорожденных 1 группы, по сравнению со 2 группой; врожденная пневмония диагностировалась в обеих группах с одинаковой частотой. Перинатальное поражение ЦНС в 1 и 2 группе детей отмечалось без достоверных различий по частоте встречаемости (61,6% и 52,1%). В лабораторных показателях отмечается неконьюгированная гипербилирубинемия, гипокальциемия, снижение содержания общего белка. Гипербилирубинемия затяжного течения в 1,5 раза чаще встречалась у детей 1 группы, по сравнению со второй. В респираторной поддержке и парентеральном питании нуждались больше новорожденные 1 группы ($p < 0,01$). Длительность пребывания в стационаре у детей

1 группы была в 1,4 раз больше, чем у 2. Все это является отражением тяжести течения неонатального периода у новорожденных данного контингента.

Выводы. Низкая масса тела при рождении, морфофункциональная незрелость органов и систем обуславливают нарушения в неонатальном периоде (респираторные нарушения, гипербилирубинемию, перинатальное поражение ЦНС). Новорожденные данной категории представляют группу высокого риска нарушений адаптации неонатального периода и нуждаются во внимании неонатологов, педиатров.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Кабилова Д.К.,[2] Азизова Н. Д.[1], Шамсиев Ф.М.[1], Абдуллаева М.К. [1], Мусажанова Р.А.[1], Мирсалихова Н.Х. [1]

[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии, Ташкент, Узбекистан

[2]Медицинский факультет Центрально Азиатского Медицинского университета. Фергана, Узбекистан

Актуальность. Роль в развитии бронхообструкции и тенденция роста острых респираторных заболеваний (ОРИ) у детей, приводит к высокому риску рецидивирования обструктивных бронхитов (РБ) и возможность реализации бронхиальной астмы. Несмотря на большие успехи в лечении и профилактике воспалительных и аллергических заболеваний органов дыхания у детей, проблемы бронхолегочной патологии требуют дальнейшего изучения как в плане улучшения диагностики и лечения, так и теоретических углубленных исследований.

Цель работы: выявить особенности клинического течения и иммунного статуса у детей с рецидивирующим бронхитом.

Материал и методы. Исследования проводились у 117 детей в возрасте от 4 до 6 лет, находившиеся на стационарном лечении в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии с диагнозом РБ, в период обострения заболевания.

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования выявлено, что среди больных РБ преобладали дети (64,9 %). Часто болеющие дети составили 82,0 %, из них 71,8% детей посещали дошкольные детские учреждения (ДДУ), 28,2 % детей – неорганизованные. 14,5% родились недоношенными, 1,7% перенесли аспирационную пневмонию, анемия встречалась у 59,8% наблюдаемых детей, атопический дерматит – у 25,6%, проявления пищевой аллергии – у 12,8%, дефицит витамина Д – у 11,9%. На 1ом году жизни 62,3% наблюдаемых лечились по поводу ОРИ, около 5,1 % детей перенесли внебольничную пневмонию. У всех детей (100 %) наблюдали проявления интоксикации: лихорадка (выше 38,1 °С) – у 14,5 %, слабость, адинамия – у 90 (76,9%), снижение аппетита – у 86 (73,5%), эмоциональная лабильность – у 57,3% детей. У 72,6% детей отмечали затрудненное носовое дыхание, слизистое отделяемое из носа – у 47,9%. У 100% детей являлся кашель, из них у 45,3% – малопродуктивный, у остальных детей – продуктивного характера. Аускультативно – рассеянные сухие хрипы – у 45,3% детей, влажные, разнокалиберные – у 44,5%, у 8,5% – приглушенность тонов сердца, у 11,9% –систолический шум на верхушке сердца. У детей с РБ снижалась концентрация IgA до 86,4±1,9 мг/% и IgG до 756,4±7,9 мг/%, а содержание IgM повышалось до 126,5±3,55 мг/%. Содержание Ig-E было повышено у больных с РБ - в 4,2 раз от нормы. Анализируя представленные данные, стоит отметить, что при РБ уровень IL-1β повысился в 3,2 раза. Уровень IL-6 повысился в 4,4 раза, что составило в среднем 20,2±0,6 пг/мл ($p<0,001$). У детей с РБ было отмечено значительное повышение уровня противовоспалительного цитокина IL-4. Уровень IL-4 составил 11,3 ± 0,7 нг/мл, что было достоверно ($p<0,01$) повышено в 2,4 раза по сравнению с нормой. IL-8 продуцируется в ответ

на стимуляцию бактериальными эндотоксинами и некоторыми цитокинами, в особенности фактором некроза опухоли (TNF).

Вывод. TNF и IL-8 играют важную роль и имеют значительное влияние на развитие и поддержание воспалительного процесса в организме, включая легочную систему. Анализ уровня цитокинов играет важную роль в диагностике и мониторинге заболеваний, а также в определении состояния иммунной функции пациента.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ HBV-ИНФЕКЦИЕЙ

Кадырходжаева Х.М., Иноятова Ф.И., Сон Т.Р.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии, г.Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить диагностическую значимость маркеров транспортной системы метаболизма железа и активной формы гепсидин-25 у детей с хронической HBV-инфекцией на фоне синдрома перегрузки железом.

Материалы и методы. Обследовано 100 детей, больных хронической HBV-инфекцией с синдромом перегрузки железом (СПЖ), в возрасте 4-18 лет. Методом ИФА определяли: FPN (ферропортин), HEPH (гефестин), TfR-2 (рецепторы трансферрина-2) и HPS-25 (активная форма гепсидин-25) в сыворотке крови с использованием реактивов SEC489Hu, SEC918Hu и SEA262Hu фирмы «Cloud-Clone Corporation», USA. В диагностике СПЖ использовался коэффициент насыщения трансферрина (КНТ) - отношение растворимых рецепторов трансферина (sTfR) к $\log_{10}$.FR (Ферритин). При распределении детей на группы учитывались разработанные критерии оценки степени тяжести СПЖ у детей с хронической HBV-инфекцией: КНТ<0,2 - тяжелая - 17,0% детей, КНТ<0,5 - среднетяжелая - 38,0% больных и КНТ>0,5 - легкая степень СПЖ - 45,0% детей. Контроль - 90 практически здоровых детей.

Результаты. Из числа обследованных больных частота повышенных значений FPN увеличивалась по мере увеличения степени СПЖ. Так, средние показатели FPN повышалась до 2,48±0,16ng/ml, 3,18±0,32ng/ml и 3,56±0,87ng/ml соответственно больным с КНТ>0,5, КНТ<0,5 и КНТ<0,2 ($p<0,01$ к контролю и сравниваемым группам). Внутригрупповые сравнения TfR-2 выявили такую же тенденцию, где его средние значения достоверно повышались на 7,1ng/ml при КНТ<0,5 (18,5±1,3ng/ml) и на 12,1ng/ml при КНТ>0,5 (13,5±1,5ng/ml) относительно показателя детей с КНТ<0,2 (25,6±3,6ng/ml, $p<0,01$-$0,001$). Анализ уровня HEPH выявил достоверно высокие уровни у детей с КНТ<0,2 до - 11,7±1,3ng/ml по отношению к группе детей с КНТ<0,5 (8,42±0,9ng/ml) и КНТ>0,5 (6,1±0,4ng/ml, $p<0,01$) при контроле (8,6±0,47ng/ml). При сравнительном анализе средних значений HPS-25, обращало внимание снижение его уровня в более чем 1,4 раза (8,53±0,12 ng/ml) против контрольных значений 12,5±1,3 ng/ml ($p<0,001$). Внутригрупповые сравнения выявили тенденцию к снижению уровня пептида в зависимости от степени СПЖ. При этом, средние значения HPS-25 соответствовали 9,7±0,40ng/ml (КНТ>0,5), 8,6±0,11ng/ml (КНТ<0,2) и 7,3±0,14ng/ml (КНТ<0,5) и достоверно отличались ($p<0,05$-$0,001$). Таким образом, чем выше был уровень подавления экспрессии HPS-25, тем выше была степень перегрузки железом организма. По-видимому, это свидетельствует о поломке молекулярных механизмов транспортной системы метаболизма железа на уровне энтероцитов и гепатоцитов что, требует дальнейших изучений в этом направлении.

Вывод. В условиях хронической персистенции HBV у детей, повышение уровня FPN, HEPH, TfR-2 и снижение HPS-25, можно использовать в качестве диагностического маркера в оценке степени тяжести СПЖ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАНИФЕСТАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Камилова С.А., Умарназарова З.Е., Камилова А.Т., Убайходжаева Х.Т.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии. г. Ташкент, Узбекистан
Национальный детский центр, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Язвенный колит (ЯК) у детей остаётся актуальной проблемой педиатрической гастроэнтерологии. Характер и тяжесть течения заболевания во многом определяются возрастом манифестации.

Цель. Сравнительная оценка клинико-эндоскопических и лабораторных характеристик язвенного колита у детей в зависимости от возраста дебюта заболевания.

Материалы и методы. В исследование были включены 57 детей с впервые установленным диагнозом ЯК (2021–2023 гг.). Пациенты были распределены по возрастным группам: 2–7 лет (n=6), 8–12 лет (n=24), 13–17 лет (n=27). Применялись клинические, лабораторные и эндоскопические методы исследования, индексы активности PUCAI, Rachmilewitz и Mayo, а также определение уровня фекального кальпротектина.

Результаты. Характерными симптомами были интенсивные абдоминальные боли, тенезмы, частый жидкий стул (в отдельных случаях до 30 раз в сутки), ночные дефекации и значительные примеси крови в кале. В старших группах преобладали умеренные боли, снижение аппетита, потеря массы тела, субфебрилитет. При оценке инфекционного анамнеза у детей младше 8 лет чаще отмечались перенесённые ранее тяжёлые инфекции (сепсис, пневмония, кишечные инфекции, скарлатина, корь), что рассматривается как возможный триггер дебюта заболевания. В младшей возрастной группе (2–7 лет) тяжёлая активность ЯК по индексу PUCAI встречалась в 2,5–3,8 раза чаще, чем у детей старших возрастов. У 83,3% детей младшей группы выявлено тотальное поражение толстой кишки. В этой же группе высокая степень эндоскопической активности (по Mayo и Rachmilewitz) регистрировалась у 66,7% пациентов, что в 2,7–3,0 раза превышало показатели в старших возрастных группах. У школьников и подростков чаще диагностировался левосторонний колит и умеренная активность патологического процесса. Для детей до 8 лет были характерны гиперемия, отсутствие сосудистого рисунка, контактная и спонтанная кровоточивость, поверхностные сливающиеся язвы. В младшей группе достоверно чаще отмечались тяжёлая анемия (у 66,7%), тромбоцитоз и выраженная гипопротеинемия. Средний уровень общего белка и альбумина у детей до 8 лет был значительно ниже по сравнению с более старшими пациентами. СОЭ и С-реактивный белок превышали показатели контрольной группы в 3,4–7,6 раза. Максимальное значение СОЭ достигало 80 мм/ч. Концентрация фекального кальпротектина была значительно выше при раннем дебюте ЯК (854±28 мкг/г в группе 2–7 лет против 698±32 мкг/г в подростковой группе). У одного ребёнка уровень кальпротектина достигал 2070 мкг/г, что подтверждает его высокую прогностическую ценность как маркёра воспалительной активности.

Выводы. Таким образом, ранний дебют ЯК (до 8 лет) характеризуется агрессивным течением, тотальным поражением толстой кишки, тяжёлыми клиническими проявлениями, выраженными лабораторными изменениями и высокой эндоскопической активностью. У детей старшего возраста чаще наблюдаются умеренные формы заболевания с левосторонним колитом. Наиболее значимыми прогностическими маркёрами тяжёлого течения являются тромбоцитоз, анемия и высокий уровень фекального кальпротектина.

ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ РЕМИССИИ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ

Каримджонов И.А., Садикова Н.Б., Каримова У.Н.
Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Рецидивирующая бронхиальная обструкция у детей часто сопровождается аллергическим компонентом и воспалением дыхательных путей. Генетические особенности, включая полиморфизмы генов, регулирующих иммунный и воспалительный ответ, могут оказывать значительное влияние на клиническое течение заболевания и длительность ремиссий. Учитывая этнические особенности популяции, исследование полиморфизмов IL4, IL13, TNF-α у детей в Узбекистане позволяет выявить прогностические значимые генетические маркеры.

Цель исследования. Оценить влияние полиморфизмов генов IL4, IL13, TNF-α на длительность ремиссии при рецидивирующей бронхиальной обструкции у детей.

Материалы и методы. В исследование были включены 68 детей в возрасте от 6 до 15 лет, страдающих рецидивирующим бронхообструктивным состоянием (РБО). Для оценки возможной генетической предрасположенности к тяжести течения заболевания было проведено генетическое типирование полиморфизмов нескольких цитокиновых генов, играющих важную роль в воспалительных процессах дыхательных путей.
Генетический анализ включал определение полиморфизмов следующих генов:
IL4 (C-589T) — ген интерлейкина-4, ключевого регулятора иммунного ответа, IL13 (Arg130Gln) — ген интерлейкина-13, участвующего в патогенезе аллергического воспаления; TNF-α (G-308A) — ген фактора некроза опухоли альфа, важного медиатора воспаления.
Определение полиморфизмов проводилось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием аллель-специфических праймеров, что обеспечивает высокую точность выявления вариаций в конкретных локусах ДНК. Длительность ремиссии заболевания (периода отсутствия обострений и симптомов) оценивалась на протяжении наблюдения до 6 месяцев после проведения генетического анализа.

Результаты. В ходе анализа выявлена статистически значимая связь между наличием определённого аллеля в гене IL13 и длительностью ремиссии у детей с РБО. Носители аллеля Gln130 (аминокислотная замена аргинина на глутамин в позиции 130) в гене IL13 демонстрировали короткие сроки ремиссии по сравнению с детьми, не имеющими этот аллель. Статистический анализ показал, что эта связь имеет уровень значимости $p < 0.05$, что подтверждает её надёжность и невыпадение результата случайностью. Это означает, что генетический полиморфизм в IL13 может влиять на течение рецидивирующего бронхообструктивного состояния у детей, возможно, через изменение активности интерлейкина-13 и усиление воспалительной реакции в дыхательных путях.

Выводы. Носительство аллеля Gln130 в гене IL13 связано с более частыми или более тяжёлыми обострениями, что выражается в укороченной ремиссии у детей с РБО. Эти данные могут служить основой для дальнейших исследований, направленных на разработку персонализированных подходов к лечению и профилактике обострений у данной группы пациентов. Генетическое тестирование может стать полезным инструментом в клинической практике для прогнозирования течения заболевания и выбора оптимальной терапии.

ERTA YOSHDAGI BOLALARDA PNEVMONIYADA YURAK-QON TOMIR TIZIMIDAGI O‘ZGARISHLAR

Karimjanov I.A., Mirraximova M.X., Gaziyeva A.S.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Toshkent, O‘zbekiston

Dolzarbligi. Dunyoda bolalar o‘limi sabablari ichida nafas yo‘llarining virus-mikrobli infeksiyalari 10-15%ni tashkil etmoqda. Erta yoshdagi bolalarda pnevmoniyaning og‘ir kechishi

shoshilinch intensiv davo uchun ko‘rsatma hisoblanadi. Asoratlangan pnevmoniyada yurak-qon tomir tizimida ham o‘zgarishlar kuzatilib, qo‘shma infeksion-yallig‘lanish jarayoni kuzatilmoqda. Erta yoshdagi 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.

Tadqiqotning maqsadi 1-3 yoshdagi bolalarda o‘tkir pnevmoniyada yurak-qon tomir tizimi zararlanishini tashhislash mezonlarini ishlab chiqishdan iborat.

Tadqiqot usullari va materiallari. Tadqiqot 2021-2023 yillarda o‘tkir pnevmoniya bo‘yicha Toshkent tibbiyot akademiyasining 1-klinikasi bolalar pulmonologiyasi bo‘limida stasionar davolangan 40 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. Qiyoslov guruhi 20 nafar shu yoshdagi amaliy sog‘lom bolalardan iborat.

Tadqiqotning natijalari. 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. Erta yoshdagi bolalarda miokardit bilan asoratlangan pnevmoniya uchun xos laborator xususiyatlar – kamqonlikni kuchli rivojlanishi, leykositoz, AST miqdori va de Ritis koeffisiyentining ko‘tarilishidan iborat.

Standart EKGda prognostik salbiy hodisalar - ekstrasistoliya, qorincha aritmiyasi bolalarda kamdan-kam qayd etildi. Qorincha ichi o‘tkazuvchanligining buzilishlari orasida Giss tutami o‘ng oyoqchasining to‘liq bo‘lmagan blokadasi ko‘p uchradi, Giss tutami chap oyoqchasining blokadasi birmuncha kamroq kuzatildi, uning to‘liq blokadasi esa bizning tekshiruvlarimizda qayd etilmadi. 1-guruhdagi bolalarning bir qismida QRS kompleksi tishchalari amplitudasining pasayishi alohida o‘rin egalladi, u standart va kuchaygan bir qutbli qo‘l va oyoq o‘tkazuvchilarida kuchliroq rivojlangan bo‘lib, bu miokard jarohatining o‘tkir va diffuz xarakterli ekanligini ko‘rsatadi.

ExoKG natijalari tahlil qilanganda, 1 guruhdagi 1/3 bolalarda chap qorincha bo‘shlig‘ining dilatatsiyasi, o‘ng qorinchaning sezilarli kengayishi, qisqarish fraksiyasining kamayishi, shuninigdek, 1 guruhdagi barcha bolalarda miokard qisqaruvchanlik qobiliyatining pasayishi kuzatildi. O‘ng va chap qorincha bo‘shlig‘i dilatatsiyasi, miokardning qisqarish qobiliyatini pasayishi, otilib chiqish fraksiyasining pasayishi o‘tkir pnevmoniyali bemor bolalarda miokarditning ExoKG belgilari hisoblanadi.

Xulosa. Gipoksiya belgilarining rivojlanganligi (sianoz – 60%, terining rangparligi – 70%), yordamchi mushaklarni ishtirok etishi bilan nafas qisishi – 55%, tez charchoq - 80%, loxaslik - 40%, ko‘p terlash – 30%, bezovtalik, notinch uyqu - 50%, ikki tomonlama o‘choqli-qo‘shiluvchi yallig‘lanish jarayoni – 35%) erta yoshdagi bolalarda miokardit bilan asoratlangan o‘tkir pnevmoniya kechishining klinik o‘ziga xos xususiyatlaridir. Yurak-tomir kasalliklari bo‘yicha og‘irlashgan irsiyat – 40%, homiladorlik davrida onadagi ekstragenital patologiya - 85%, boladagi perinatal patologiya - 45%, o‘tkazilgan (pnevmoniya- 50%) va hamrohlik qiluvchi (kamqonlik – 75%, oqsil-energetik yetishmovchilik-65%, timomegaliya – 30%) kasalliklar bilan bog‘liq bola organizmi reaktivligining pasayishi o‘tkir pnevmoniya bilan og‘rigan erta yoshdagi bolalarda yurak-tomirlar tizimi jarohatlarining rivojlanish xavf omillari hisoblanadi.

DIAGNOSIS AND REATMENT OF JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

Karimdjanov I.A., Dinmukhamadiyeva D.R., Latipova Sh.A.
Tashkent State Medical University, Tashkent city, Uzbekistan

Background. Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA) is one of the most common chronic rheumatologic conditions in childhood, representing a heterogeneous group of autoimmune inflammatory joint disorders that begin before the age of 16 and persist for at least six weeks. The global incidence of JIA varies widely, ranging from 1.6 to 23 per 100,000 children annually, while prevalence rates are estimated between 3.8 and 400 per 100,000 children across Europe. The variability is attributed to genetic, environmental, and diagnostic differences across populations. Beyond the primary joint manifestations, JIA is associated with multisystem involvement and long-term complications, including growth retardation, delayed puberty, and impaired bone metabolism. The standard management of JIA frequently involves glucocorticoids and disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs). While these treatments are effective in controlling inflammation and preventing joint destruction, chronic glucocorticoid therapy can lead to osteoporosis and increased fracture risk. Osteocalcin (OC), a vitamin K-dependent non-collagenous protein secreted by osteoblasts, plays a key role in bone mineralization by binding extracellular calcium (Ca^{2+}) and hydroxyapatite. Due to its close association with bone turnover, osteocalcin has been increasingly recognized as a biochemical marker of bone metabolism. Previous studies have suggested its diagnostic and prognostic potential in monitoring bone health in pediatric patients with chronic inflammatory diseases. However, data on osteocalcin levels in children with JIA, particularly in the context of glucocorticoid therapy, remain limited.

Aim of the study. The aim of this study was to investigate the relationship between osteocalcin levels, bone metabolism, and glucocorticoid therapy in children with Juvenile Idiopathic Arthritis, and to evaluate the potential role of osteocalcin as an early predictive biomarker for skeletal complications.

Materials and Methods. A comparative observational study was conducted at the Tashkent State Medical University. Participants: Study group: 40 children with JIA, aged 2–16 years, diagnosed according to ILAR 2007 criteria. Control group: 20 practically healthy children of comparable age. Clinical assessment: Diagnosis was established based on patient complaints, medical history, clinical examination, and laboratory/instrumental findings. Laboratory evaluation: In addition to standard hematological and biochemical analyses, serum osteocalcin levels were measured. Samples were processed at the Innovative Scientific and Diagnostic Laboratory of Tashkent State Medical University and the Central Clinical Diagnostic Laboratory Interlab. Data analysis: Statistical analysis was performed using Microsoft Excel and IBM SPSS Statistics 26.

Results. Children with oligoarticular JIA demonstrated significant alterations in bone metabolism. Long-term and aggressive glucocorticoid therapy was associated with marked reductions in serum osteocalcin levels. In the study group, 26% of patients exhibited osteocalcin concentrations below the lower reference limit, with mean levels measured at 2.86 ± 0.85 ng/mL following treatment. The reduction in osteocalcin correlated with disease activity, functional class, and cumulative glucocorticoid dose. No significant changes were observed in the healthy control group. These findings highlight that osteocalcin deficiency reflects impaired bone formation and reduced skeletal mineralization, potentially predisposing children with JIA to early-onset osteoporosis and fragility fractures.

Conclusions. Prolonged and high-dose glucocorticoid therapy in JIA patients significantly increases the likelihood of osteoporosis and bone fractures due to demineralization. Measurement of osteocalcin levels provides valuable information for the early identification of skeletal complications, particularly in children exposed to long-term glucocorticoid therapy. Osteocalcin testing allows clinicians to: monitor the rate of skeletal mass loss, estimate the probability of fractures, individualize glucocorticoid dosing, select optimal therapeutic interventions to prevent

bone degradation. The findings support the inclusion of osteocalcin measurement as a routine laboratory diagnostic tool in the management of JIA.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Каримова Н.И., Каримова У.Н.
Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Хронические заболевания легких остаются серьезной проблемой здравоохранения во всех странах мира и достигают 10–40% среди всей патологии бронхолёгочной системы. Основное место в структуре хронических болезней нижних дыхательных путей принадлежит хроническому бронхиту (ХБ). Иммунологические дисфункции являются важным фактором, способствующие формированию хронического бронхита у детей. Несостоятельность иммунной системы может быть обусловлена генетическими факторами, иммунодефицитным состоянием, а также неблагоприятным экзогенным влиянием окружающей среды Сформировавшийся иммунологический дисбаланс сопровождается длительными и вялотекущими обострениями заболевания, что приводит к ухудшению прогноза и качества жизни больного.

Цель исследования: изучить особенности состояния иммунитета у детей с хроническим бронхитом.

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

Результаты исследования. У больных ХБ в фазе обострения заболевания выявлено достоверное снижение относительного числа $CD3^+$- лимфоцитов (44,6±0,8%) по отношению к группе сравнения (52,5±2,3%, $p<0,01$) в 1,2 раза. Количество $CD4^+$- лимфоцитов было в дефиците (26,3±0,6%) по отношению к группе сравнения ($p<0,01$) в 1,4 раза. Количество $CD8^+$-лимфоцитов, у детей с ХБ оказалось увеличенным в 1,3 раза. Отмечалось достоверное повышение $CD16^+$-лимфоцитов, что составило 18,6±0,9% и увеличение $CD20^+$-лимфоцитов. Уровень CD23 лимфоцитов был повышен в 1,4 раза по отношению к группе сравнения. Иммуноглобулины являются протеинами, которые выполняют функцию специфических антител в ответ на стимуляцию антигеном и ответственны за гуморальный иммунитет. В наших исследованиях у больных ХБ уровень IgG был достоверно ниже значений детей контрольной группы в 1,2 раза, IgA достоверно повышен в 2,1 раз, IgM был достоверно повышенным в 2,0 раза. При оценке цитокинового статуса было выявлено, что уровень провоспалительных цитокинов был высоким. ИЛ-1β повысился в 6,8 раза, ИЛ-4 повысился в 4,0 раза, ИЛ-8 в 5,0 раз был выше по сравнению с данными детей контрольной группы, и составил в среднем 90,2±9,8 пг/мл, по отношению к группе сравнения показатель повысился в 4,0 раза.

Заключение. В развитии патологии органов дыхания важная роль принадлежит функциональному состоянию иммунной системы. У детей, больных ХБ школьного возраста определяется значительный дисбаланс в иммунной системе, также характерно снижение уровня иммуноглобулина G при повышенном уровне IgA и IgM. При ХБ у детей установлены наиболее информативные диагностические маркеры, проявляющиеся

гиперпродукцией цитокинов (ИЛ-1β, ИЛ-4 и ИЛ-8), указывающие на хроническое воспаление.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Каримова У.Н., Каримова Н.И.
Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Согласно современной концепции, патогенетической основой бронхиальной астмы (БА) является хроническое аллергическое воспаление бронхов. Психоэмоциональные стрессы оказывают влияние на тонус бронхов через вегетативную нервную систему. Под влиянием психоэмоционального стресса повышается чувствительность бронхов к гистамину и ацетилхолину. Кроме того, эмоциональное напряжение вызывает гипервентиляцию, стимуляцию ирритативных рецепторов бронхов внезапным глубоким вдохом, кашлем, смехом, плачем, что ведет к рефлекторному спазму бронхов. Комплексное изучение биохимических, функциональных исследований, а также оценка иммунного статуса, вегетативного и психологического состояния при бронхиальной астме (БА) у детей, обусловливает актуальность проведения данных исследований.

Цель исследования. Определить некоторые прогностические аспекты иммунного статуса у детей с 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, получавших стационарное лечение в клинике ТГМУ в отделении пульмонологии в 2023-2024 гг. Контрольную группу составили 15 детей с обструктивным бронхитом (ОБ) аналогичного возраста. Для постановки диагноза учитывались анамнестические данные, результаты клинических, лабораторных, функциональных и иммунологических методов исследования.

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

Заключение. 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.

ВЛИЯНИЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Косимова Д.Г.
Ташкентский Государственный Медицинский Университет, гТашкент, Узбекистан

Актуальность. Грудное вскармливание является наиболее физиологичным и безопасным способом питания ребёнка раннего возраста. Оно обеспечивает не только полноценное физическое и нервно-психическое развитие, но и играет ключевую роль в формировании иммунитета и микробиоты кишечника. У детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) сохранение грудного вскармливания имеет особое значение, поскольку способствует нормализации пищеварительных процессов, снижает частоту осложнений и улучшает прогноз. В условиях роста числа функциональных нарушений и воспалительных заболеваний ЖКТ у детей актуальность изучения влияния грудного вскармливания на течение данных патологий значительно возрастает.

Цель исследования: изучить особенности грудного вскармливания и его влияние на течение заболеваний ЖКТ у детей раннего возраста.

Материалы и методы. В исследование были включены 42 ребёнка в возрасте от 1 месяца до 3 лет, находившиеся на лечении в отделении гастроэнтерологии НИИ Педиатрии. Пациенты были разделены на две группы: дети, находящиеся на исключительно грудном вскармливании (n=24), и дети, получающие смешанное или искусственное вскармливание (n=18). Оценивались частота и выраженность функциональных нарушений ЖКТ (срыгивания, колики, запоры), динамика массы тела, клиническое течение заболеваний и потребность в медикаментозной терапии. Полученные данные сопоставлялись с литературными источниками и современными клиническими рекомендациями.

Результаты. Дети, получавшие исключительно грудное вскармливание, имели более мягкое течение заболеваний ЖКТ, меньшую частоту срыгиваний и вздутия, быстрее восстанавливали аппетит и прибавку массы тела. Отмечалось также сокращение сроков госпитализации и снижение потребности в ферментных и пробиотических препаратах.

Вывод. Грудное вскармливание оказывает выраженное протективное действие при заболеваниях ЖКТ у детей раннего возраста. Оно способствует нормализации моторики кишечника, снижает воспалительные проявления и улучшает клиническое течение заболеваний. Поддержка грудного вскармливания должна быть неотъемлемой частью ведения детей с гастроэнтерологической патологией.

НОСИТЕЛЬСТВО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГИДРОФОЛАТРЕДУКТАЗЫ (MTHFR) ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ

Мамед-заде Г.Т., Ибрагимова Н.А., Смирнова Е.Е., Мустафаева К.Т.
Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, г.Баку, Азербайджан
Азербайджанский Государственный Университет им.Н.Нариманова, г.Баку, Азербайджан

Актуальность. Полиморфизмы гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) могут ассоциироваться с повышенным риском врожденных пороков развития плода и осложненным акушерским анамнезом. Предполагается, что неблагоприятные последствия связаны с нарушениями метилирования ДНК, имеющие важное значение для нормального развития плода. Тем не менее, клиническое значение полиморфизмов MTHFR во время беременности является предметом дискуссий.

Цель исследования – уточнение связи различных осложнений беременности в анамнезе с генотипами MTHFR.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования были 333 женщин, у 263 (79,0%) из них имелись различные акушерские осложнения в анамнезе (основная группа), у 70 (21,0%) женщин осложнений не было (контрольная группа). Критериями включение были: женщины, родившиеся и проживающие в Азербайджане; женщины с осложненным акушерским анамнезом (самопроизвольные выкидыши, замершая беременность, преждевременные роды, мертворождение, врожденные пороки развития); Полиморфизм гена MTHFR определяли методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Материалом для изучения послужили образцы ДНК.

Результаты. Средний возраст женщин основной группы составил 28,3±9,73 лет, контрольной группы - 29,7±6,70 лет. У 333 обследованных женщин локус C677T отмечен у 231 (69,4±3,0%), у остальных 102 (30,6±4,6%) женщин – локус Ala222Val. В основной группе нормальный генотип, обозначаемый как C/C (на обеих хромосомах нормальные варианты гена), отмечался у 135 (51,3±4,3%), гетерозиготный – CT (на одной хромосоме - нормальный ген, а на другой мутантный) – у 106 (40,3±4,8%) и гомозиготный генотип по мутантному гену – у 22 (8,4±5,9%). Частота встречаемости мутации C677T в основной группе составила 69,6±3,4% (183 пациента), частота мутации Ala222Val - 30,4±5,1% (n=80). В контрольной группе мутация C677T встречалась у 48 (68,6±6,7%) женщин и мутация Ala222Val - у 22 (31,4±9,9%). Гомозиготный генотип C/C при полиморфизме MTHFR C677T выявлялся у 90 (34,2±5,0%) женщин, гетерозиготный генотип C/T – у 73 (27,7±5,2%), гомозиготный измененный генотип T/T – у 20 (7,6±5,9%), соответственно при мутации Ala222Val – у 45 (17,1±5,6%), у 33 (12,5±5,7%) и у 2 (0,9±6,7%) женщин. В контрольной группе выявлены гомозиготный (C/C) и гетерозиготный (C/T) генотипы в 80,0±4,8% (56) и 20,0±10,7% (14) случаев соответственно, т.е. гомозиготный генотип C/C у женщин с осложненным акушерским анамнезом в сравнении с контрольной группой встречался значительно реже ($p<0,001$). Гомозиготный генотип C/C чаще зарегистрирован у женщин с выкидышами (17,9±5,6%), гетерозиготный генотип C/T почти одинаково часто встречался в группе женщин с преждевременными родами (11,8±5,8%) и выкидышами (11,0±5,8%) и гомозиготный генотип T/T - у пациенток с неразвивающейся беременностью (2,7±6,1%) и имевших в анамнезе рождение детей с ВПР (2,3±6,1%). Гомозиготный генотип T/T не встречался у женщин с мертворождением. Минимальная его частота выявлена при преждевременных родах – в 0,8±6,3% случаев. Полагаем, что, не только наличие аллеля TT, но такие факторы риска как питание, сопутствующие заболевания приводят к осложнениям.

Вывод. Таким образом, в азербайджанской популяции женщины- носители T/T генотипа, имеющие генетическую предрасположенность к осложнениям беременности – это группа с неразвивающейся беременностью и ВПР в анамнезе.

БИОМАРКЕР ФОРМИРОВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МЛАДЕНЦЕВ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

Марифалиева М. З.[1], Салихова К.Ш.[1], Туракулова Т.М.[1], Ишниязова Н.Д.[2], Абдурахманова Ф.Р.[1]

[2]Республиканский специализированный научно- практический медицинский центр педиатрии г.Ташкент, Узбекистан

[2]Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Согласно данным Национальной программы аудита неонатальной помощи Великобритании, бронхолёгочная дисплазия (БЛД) развивается у 33% детей, рождённых на сроке гестации менее 32 недель и доживших до 36 недель скорректированного гестационного возраста. Несмотря на достижения в неонатальной помощи, уровень заболеваемости БЛД у недоношенных детей остаётся стабильно высоким на протяжении последних десятилетий. В последние годы всё большое внимание уделяется лёгочной гипертензии (ЛГ) как важному осложнению, связанному с бронхолёгочной дисплазией

(БЛД). Перспективным являются исследование ранних маркеров ЛГ. Одним из них является биомаркер эндотелиальной и сердечной дисфункции мозговой натрийуретический пептид-NT-proBNP. Повышение уровня данного пептида может указывать на легочную гипертензию. NT-proBNP так же, как и BNP признают независимым предиктором ССЗ.

Цель исследования. Изучить роль натрийуретического пептида (NT-proBNP) в формировании легочной гипертензии у детей с бронхолегочной дисплазией.

Материалы и методы. Для обследования были отобраны 74 ребёнка в возрасте от 1 до 3 лет. У всех детей была диагностирована бронхолёгочная дисплазия (БЛД). В рамках исследования дети были разделены на две группы в зависимости от наличия или отсутствия лёгочной гипертензии (ЛГ). 1-ю группу составили 41младенца гестационным сроком 26-31 недель массой тела при рождении 920,5±75,8 гр, длиной тела – 39,3±2,5 см., БЛД +ЛГ. Во 2-ю группу вошли 33 новорожденных со сроком гестации 32-36 недель, с БЛД, но без признаков лёгочной гипертензии, массой тела - 1608,5±125,47 гр., длиной тела – 42,9±1,2 см. Диагноз «бронхолегочная дисплазия» был установлен согласно международной классификации болезней X пересмотра. Диагноз легочной гипертензии был установлен при помощи ЭхоКГ, когда среднее давление в легочной артерии в состоянии покоя превышало 25 мм рт., определяли с помощью непрерывно волновой доплерографии. N-proBNP определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) сыворотки крови.

Результаты исследования. Концентрация сосудистых маркёр NT- proBNP в крови больных БЛД +ЛГ была статистически значимо выше контрольных значений (p =0,001,). Так концентрация NT-proBNP у больных без ЛГ составила 151,16 пг/мл, у больных с БЛД + ЛГ 333.5 пг/мл. Повышение концентрации данного пептида было прямо пропорционально повышению СДЛА. Повышение концентрации NT-proBNP в крови больных ЛГ статистически значимо прямо коррелировало с уровнем СДЛА (r = 0,67; p = 0,05).

Выводы. Таким образом, у больных БЛД выявлено коррелирующее со степенью тяжести ЛГ повышение концентрации NT-proBNP в крови, что позволяет рассматривать эти маркеры как чувствительные и специфичные тесты для прогнозирования ЛГ при БЛД. Повышение уровня исследуемых пептидов является предиктором летальности больных БЛД с ЛГ.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛУЧАЕВ ПЕРВИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

[1,2] Маткаримова А.А., [3]Жиемуратова Г.К., [2]Сейтимбетова Б.З., [2]Курбанбаева Р.У., [2]Есенбекова Э.Ж.

[1]Республикианский детский многопрофильный медицинский центр, г.Нукус, Узбекистан

[2]Медицинский институт Каракалпакстана, г.Нукус, Узбекистан

[3]Нукусский филиал института иммунологии и геномики человека, г.Нукус, Узбекистан

Актуальность. Проблема первичных иммунодефицитов (ПИД) у детей приобретает всё большую значимость в связи с ростом выявляемости иммунопатологических состояний, совершенствованием молекулярно-генетических методов диагностики и высокой частотой инфекционных осложнений. В условиях экологически неблагоприятного региона Приаралья факторы внешней среды могут усиливать проявления врождённых нарушений иммунной системы, что требует проведения комплексного клинико-эпидемиологического анализа для раннего выявления и профилактики осложнений.

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологические особенности детей с труднодиагностируемыми заболеваниями при подозрении на первичные иммунодефициты в регионе Приаралья.

Материалы и методы. Обследованы 312 детей (159 мальчиков и 153 девочки) в возрасте от 0 до 18 лет, обратившихся за медицинской помощью в Республиканский многопрофильный детский центр Республики Каракалпакстан и районные медицинские объединения. В исследование включались пациенты с частыми и тяжёлыми инфекциями, низкой эффективностью стандартной терапии, задержкой физического развития, врождёнными аномалиями и хроническими воспалительными заболеваниями. Диагностика проводилась с использованием клинико-лабораторных и иммунологических методов в соответствии с критериями ESID и IUIS (2022).

Результаты исследования. Иммунологические нарушения различной степени выраженности выявлены у 30,1% обследованных детей, при этом у 13,1% пациентов подтверждены формы ПИД. Наиболее распространёнными типами были гуморальные (57,4%) и синдромальные (24,8%) формы иммунодефицитов. Средний возраст постановки диагноза составил 5,8 ± 1,4 года, при этом у трети детей диагностическая задержка превышала три года. Клиническая картина характеризовалась частыми рецидивирующими бронхолёгочными инфекциями, хроническими синуситами, пиодермиями и кандидозами.

Полученные данные подтверждают, что проблема поздней диагностики первичных иммунодефицитов у детей остаётся актуальной не только для региона Приаралья, но и в целом для стран с ограниченными диагностическими возможностями. Задержка в установлении диагноза более трёх лет у значительной части пациентов свидетельствует о недостаточной настороженности врачей первичного звена в отношении ПИД и отсутствии чётких алгоритмов скрининга. Сравнение с данными международных исследований (Tangye et al., 2022; Modell et al., 2021) показывает, что структура выявленных форм ПИД в Приаральском регионе схожа с мировой: преобладают гуморальные и комбинированные дефекты иммунитета. Однако в условиях повышенной экологической нагрузки и частых инфекций дыхательных путей клинические проявления нередко маскируются под хронические воспалительные заболевания, что затрудняет своевременную дифференциальную диагностику.

Вывод. Результаты исследования демонстрируют высокую распространённость иммунологических нарушений среди детей с хроническими и рецидивирующими инфекциями в регионе Приаралья. Отмечается необходимость внедрения региональных протоколов диагностики ПИД, создания регистра пациентов с иммунодефицитами и повышения уровня осведомлённости педиатров и врачей общей практики для своевременного выявления и адекватного ведения данной группы пациентов.

ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫЕ ПРОЦЕНТИЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ В ДИАГНОСТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

[1,2] Маткаримова А.А., [2]Жиемуратова Г.К., [2]Турсынбекова Н.К., [2]Омирова А.К., [2]Собирова Н.М., [2]Маткеримова К.Ж.

[1]Республикианский детский многопрофильный медицинский центр, г.Нукус

[2]Медицинский институт Каракалпакстана, г.Нукус, Узбекистан

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) в детском и подростковом возрасте в последние годы рассматривается как одно из наиболее значимых направлений профилактической педиатрии, поскольку раннее повышение артериального давления (АД) служит предиктором сердечно-сосудистых заболеваний во взрослом возрасте. Особенность диагностики АГ у детей заключается в том, что показатели АД зависят от возраста, пола и роста ребёнка, что требует использования процентильных таблиц, основанных на популяционных данных. Применение унифицированных возрастно-половых процентильных критериев позволяет выявлять отклонения артериального давления на ранних стадиях и формировать группу риска для своевременного наблюдения и коррекции.

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость возрастно-половых процентильных критериев при выявлении артериальной гипертензии у детей и подростков и определить распространённость АГ в зависимости от пола и возраста.

Материалы и методы. В исследование были включены 286 детей и подростков в возрасте от 7 до 17 лет (147 мальчиков и 139 девочек), проходивших профилактические осмотры в образовательных учреждениях региона Приаралья. Измерение артериального давления проводилось по стандартной методике с использованием сертифицированных тонометров в состоянии покоя. Оценка результатов осуществлялась с применением возрастно-половых процентильных таблиц, рекомендованных Национальной программой по профилактике артериальной гипертензии у детей (ESH, 2016; AAP, 2017). Дополнительно анализировались антропометрические показатели (рост, масса тела, индекс массы тела), семейный анамнез и уровень физической активности.

Результаты исследования. Выявлено, что у 14,8% обследованных показатели систолического или диастолического давления превышали 90-й процентиль, что соответствовало повышенному артериальному давлению, а у 6,3% — превышали 95-й процентиль, что соответствовало артериальной гипертензии. Среди подростков старше 14 лет распространённость АГ была выше (9,1%), чем среди младших школьников (3,8%). У мальчиков гипертензия встречалась чаще, чем у девочек (соотношение 1,4:1). Наблюдалась положительная корреляция между индексом массы тела и уровнем АД ($r = 0,47$, $p < 0,05$). Использование процентильных таблиц позволило точно дифференцировать физиологические возрастные колебания АД от патологических значений, требующих наблюдения.

Полученные данные подтверждают необходимость применения возрастно-половых процентильных таблиц при оценке артериального давления у детей и подростков. В отличие от фиксированных пороговых значений, процентильный подход позволяет учитывать физиологические колебания давления, связанные с ростом, массой тела, половыми и пубертатными изменениями, что обеспечивает более точную и раннюю диагностику гипертензии.

Вывод. Возрастно-половые процентильные критерии являются объективным инструментом ранней диагностики артериальной гипертензии у детей и подростков. Их применение в педиатрической практике обеспечивает индивидуализированный подход к оценке артериального давления, повышает точность выявления скрытых форм АГ и способствует своевременной профилактике сердечно-сосудистых осложнений. Рекомендуется включение процентильной оценки АД в стандартные программы диспансеризации детского населения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИНБИОТИКА «СИНЛОН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Махмудов И.Ш.,Алиева У.А., Меджидова Х.Б.,Моллаева Н.О
Азербайджанский Медицинский Университет. г.Баку, Азербайджан

Цель исследования: Изучить эффективность применения синбиотика «Синлон» в комплексном лечении атопического дерматита у детей раннего возраста.

Материалы и методы: Исследование проведено на 46 детях с атопическим дерматитом (АД) в возрасте от 2 месяцев до 2 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: I основная группа – 30 (65,2%) детей, получавших синбиотик «Синлон» в комплексном лечении АД, II группа сравнения – 16 (34,8%) детей, получавших только традиционную противоаллергическую терапию. Всем пациентам проведены клинико-лабораторно-инструментальные и аллерголо-гические исследования. Тяжесть АД оценивалась по шкале SCORAD *(scoring of atopic dermatitis*).

Результат: Установлено, что на фоне проводимого лечения общий терапев- тический эффект у детей основной группы составил 90,6±4,9%, а во II группе сравнения – 78,2±3,7% ($p<0,05$). В клиническом течении заболевания это проявилось сокращением периода обострения соответственно с 12,6±1,2 до 8,8±2,4 дня ($p<0,051$). В ходе индивидуальных

исследований тоже по сравнению со II группой, в основной группе зарегистрирован более высокий терапевтический эффект, так же снижение индекса SKOARD с 28,1±3,5 до 4,8±2,3 балла (p<0,05). В том числе применение синбиотика «Синлон» в комплексном лечении атопического дерматита (АД) привело к 3-кратному продлению ремиссии на фоне нормализации микробиоты кишечника, а у 17 (56,7%) пациентов – даже к стойкой ремиссии со снижением общего количества IgE в 3 раза.

Заключение. На основании полученных результатов можно утверждать о целесообразности включения синбиотика «Синлон» в комплексную терапию как эффективного средства для достижения длительной и стойкой ремиссии при лечении атопического дерматита у детей.

UŞAQLARDA VİRUS DİAREYALARININ KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDƏ APARILAN REHİDRATASİON TERAPİYANIN EFFEKTLİYİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Mahmudov İ.Ş.,Həsənov A.M.,Həsənquliyeva G.M.,Mustafayeva S.
Azərbaycan Tibb Universitetinin I uşaq xəstəlikləri kafedrası

İşin məqsədi: Erkən yaşlı uşaqlarda virus diareyalarının (VD) kompleks müalicəsi zamanı müxtəlif tərkibli mayelərlə aparılan oral rehidratasion terapiyanın effektliyinin araşdırılması olmuşdur.

Material və metodlar: Tədqiqata virus diareyası ilə xəstə 6 aydan-2 yaşa qədər uşaqlar cəlb olunmuşdur. Xəstələr 2 qrupda birləşdirilmişdir: I əsas qrupa daxil olan xəstələrə (n=26)-rehidratasion terapiya məqsədilə tərkibində sink olan aşağı osmolyarlı məhlullar (osmolyarlığı-245 mOsm/l); II müqayisə qrupuna daxil xəstələrə (n=22) isə qlukoza-duz məhlulları təyin olunmuşdur. Xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi 7 göstəriciyə əsaslanan modifikasiya olunmuş Vezikar şkalası üzrə qiymətləndirilmişdir. Bütün xəstələr müalicədən əvvəl və sonra kompleks klinik-laborator müayinələrdən keçirilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri: Xəstələrin vəziyyətinin ağırlığının Vezikar inteqral şkalası üzrə aparıln qiymətləndirilmənin orta göstəricisi 12,8±0,6 ball təşkil edirdi ki, bu da xəstəliyin orta ağr dərəcəsinə uyğun gəlir. Əsas qrupdan olan 24(92,3%) xəstədə ilk 5-6 saat müddətdə stabilləşməsi və patoloji itkilərin həcminin azalması ilə bağlı yerli və ümumi simptomlar,eləcə də su-duz balansı və böyrəklərin ifrazat funksiyası dinamik qiymətləndirilməklə oral rehidratasiya 24-48 saat müddətində davam etdirildi. I qrupda oral rehidratasiyanın effektsiz olması, başqa sözlə qusmaların yenidən başlanması ilə əlaqədar 2(7,7%) xəstədə mayelərin parenteral yeridilməsinə ehtiyac yarandı. Aparılan müqayisəli araşdırma zamanı müəyyən olundu ki, oral rehidratasiya fonunda hər iki qrupda hərarət reaksiyası və ümumi vəziyyətin normallaşmasının eyni zaman müddətində qeydə alınmasına baxmayaraq qusmaların dayanması II müqayisə qrupunda daha uzun vaxt tələb edir. Diareya və eksikoz demək olar ki, hər iki qrupda eyni vaxt ərzində uğurla aradan qalxır.

Nəticə. Aparılan tədqiqatdan belə bir nəticəyə gəlmək olar ki, erkən yaşlı uşaqlarda virus diareyalarının kompleks müalicəsində aşağı osmolyarlı məhlullarla aparılan rehidratasion terapiya daha effekli olub, uşağı mayelərin parenteral yeridilməsi zamanı baş verə biləcək mümkün ağrlaşmalardan qorumaqda əlverişli terapevtik vasitə hesab oluna bilər.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДФИЦИТНОЙ ПНЕВМОНИИ

Мирзакулов С.М.[1], Каримова Н.И.[2]
[1]Термезский филиал Ташкентского государственного медицинского университета, г.Термез, Узбекистан
[2]Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Ранняя диагностика внебольничной пневмонии (ВП) у детей с дефицитом железа остаётся серьёзной клинической проблемой в первичной медико-

санитарной помощи (ПМСП) в связи с преобладанием атипичных и субклинических форм заболевания, что часто приводит к задержке диагностики и начала лечения. ВП характеризуется тяжёлым и длительным течением, дети подвержены высокому риску развития осложнений и госпитализации. Это обуславливает высокую актуальность раннего выявления внебольничной пневмонии у детей с ЖДА. Клиническое течение пневмонии у детей с сопутствующей анемией изучено недостаточно, поэтому является актуальным оценка влияния анемии на тяжесть и продолжительность пневмонии у детей, а также на необходимости раннего выявления и лечения этих патологий.

Цель исследования: изучить клинические особенности внебольничной пневмонии у детей раннего возраста с железодефицитной анемией.

Материалы и методы исследования. В период с 2024 по 2025 год в отделении пульмонологии клиник Термезского филиала клиники ТГМУ обследовано 40 детей в возрасте от 1 года до 5 лет с ВП средней степени тяжести и ЖДА II степени. Пациенты были разделены на две группы. Основную группу (n=20) составили дети с ВП и ЖДА II степени; контрольную группу (n=20) – дети с ВП, но без ЖДА. Проведен сравнительный анализ субъективных и объективных признаков ВП для выявления клинико-симптоматических различий у детей с ВП и ЖДА.

Результаты исследования. Изучение частоты клинческих симптомов ВП с ЖДА у детей показал, что при поступлении в стационар у 90,0% (18) детей отмечался непродуктивный кашель (χ-квадрат 17,3; P<0,001), лихорадка присутствовала у 90,0% (18) детей (χ-квадрат 7,62; P<0,001), одышка присутствовала у 85,0% (17) детей (χ-квадрат 16,9; P<0,001), цианоз присутствовал у 80,0% (16) детей (χ-квадрат 12,13; P<0,001), общая слабость отмечалась у 85,0% (17) детей (χ-квадрат 14,54; P<0,001), хрипы в лёгких отмечались у 100,0% (10) детей (χ-квадрат 13,33; P<0,001). Продолжительность заболевания с ЖДА была в пределах 14-21 дня, у детей с ВП без ЖДА продолжительность заболевания составила 8-12 дней. Различия между группами были подтверждены t-критерием Welch (t=8,91; p<0,001); высокий размер эффекта по d критерию Cohen (d=2,82) указывал на значимое клиническое различие между группами. Результаты данного исследования подтверждают наличие значимых клинико-статистических различий в течении ВП у детей с ЖДА II степени по сравнению с детьми без ЖДА. Наличие ЖДА ассоциировалось с более тяжёлым и длительным течением ВП. Статистически значимые различия в ключевых клинических симптомах, включая тип кашля, одышку, цианоз, втяжение подрёберных дуг и общую слабость, свидетельствуют о том, что у детей с ЖДА наблюдается более выраженная дыхательная недостаточность и сниженная устойчивость к инфекциям.

Вывод. Своевременная и точная диагностика ВП у детей, правильная оценка тяжести заболевания с учетом сопутствующих заболеваний, а также правильный выбор антибактериальной терапии способствуют полному выздоровлению, снижению риска осложнений и снижению смертности от пневмонии. Результаты данного исследования подтверждают важность ранней диагностики ВП у детей с ЖДА для предотвращения осложнений, снижения потребности в госпитализации и своевременной терапии, включая коррекцию ЖДА.

БОЛАЛАРДА БРОНХИАЛ АСТМА ВА АТОПИК ДЕРМАТИТНИНГ КОМОРБИД КЕЧИШИНИНГ КЛИНИК-ИММУНОЛОГИК ҲУСУСИЯТЛАРИ

Миррахимова М. Х., Ташматова Г. А., Жуманазарова Г. У.
Тошкент давлат тиббиёт университети, Тошкент, Ўзбекистон

Долзарблиги. Сўнгги йилларда болаларда аллергик касалликлар, хусусан бронхиал астма (БА) ва атопик дерматит (АД) кўпайиб бормоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, ҳар ўнта боладан камида бирида аллергик касалликлар кузатилади ва уларнинг катта қисми нафақат ёшликда, балки катта ёшда ҳам давом этади. БА ва АД бир-

бири билан коморбид ҳолда кечиши эса клиник амалиётда алоҳида муаммо сифатида намоён бўлади. Бу икки касаллик биргаликда кечганда, беморнинг ҳаёт сифати кескин ёмонлашади, касалликнинг оғир формалари кўпроқ кузатилади, даволаш самарадорлиги пасаяди ва кўплаб асоратлар юзага келади [1–3].

Илмий мақсад. Болаларда бронхиал астма ва атопик дерматитнинг коморбид кечишида ичак микробиотаси ва иммун тизимидаги ўзгаришларни аниқлаш.

Материаллар ва усуллар. Тадқиқотга бронхиал астма ва атопик дерматит коморбид кечиши кузатилган 56 нафар бола жалб этилди. Уларнинг ёши 3 дан 12 ёшгача бўлиб, барчасида клиник ва лаборатор мезонлар асосида ташхис тасдиқланган. Назорат сифатида ёш ва жинси бўйича мос 30 нафар соғлом бола олинди. Барча иштирокчиларда нафас йўллари ҳолати спирометрия ва мумкин бўлган ҳолларда бодиплетизмография ёрдамида баҳоланди. Атопик дерматит оғирлиги SCORAD индекси асосида аниқланди, астма назорати эса ACT/C-ACT тестлари ёрдамида ўлчанди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Олинган натижаларда бронхиал астма ва атопик дерматит биргаликда кечган болаларда микробиота диверситети соғлом болаларга нисбатан кескин паст экани аниқланди. Хусусан, Bifidobacterium ва Lactobacillus каби пробиотик штаммлар улуши камайиб, аксинча Enterobacteriaceae ва Clostridioides турлари кўпайгани қайд этилди. Бу ўзгаришлар барьер функциясининг бузилиши ва яллиғланиш медиаторларининг ортишига олиб келиши мумкинлиги илмий адабиётларда қайд этилган маълумотлар билан уйғун келди. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, бронхиал астма ва атопик дерматит коморбид кечиши кузатилган болаларда микробиота диверситети кескин пасайган. Асосий гуруҳда Shannon индекси ўртача 3,1±0,6 бўлиб, назоратда 3,7±0,5 экани аниқланди ($p<0,01$), Chao1 индекси эса мос равишда 145 ва 172 қийматларни кўрсатди ($p<0,05$). Бу кўрсаткичлар микробиомнинг барқарорлиги йўқолганини англатади. Пробиотик қаторга мансуб Bifidobacterium улуши 12,4% атрофида бўлиб, назоратда 19,6% даражада экани қайд этилди ($p<0,01$), Lactobacillus миқдори эса 6,1% га тушиб кетиб, назоратда 10,5% даражани ташкил этди ($p<0,01$). Шартли патобионтлардан Enterobacteriaceae улуши коморбид гуруҳда 14,8% бўлиб, назоратда 6,3% дан ошмади ($p<0,001$), Clostridioides spp. эса мос равишда 8,2% ва 3,9% даражада кузатилди ($p<0,01$).

Хулоса қилиб айтадиган бўлсак, бронхиал астма ва атопик дерматит коморбид кечиши кузатилган болаларда ичак микробиотасининг тузилиши ва диверситети жиддий ўзгаришларга учрагани исботланди. Пробиотик қаторга кирувчи Bifidobacterium ва Lactobacillus штаммларининг сезиларли камайиши, Enterobacteriaceae ва Clostridioides каби шартли патобионтларнинг кўпайиши, α-диверситетнинг пасайиши иммун тизимнинг барьер функцияси ва тенглаштирувчи механизмларига салбий таъсир кўрсатиб, Th2-доминация ва IgE орқали кечувчи аллергик реактивликнинг кучайишига хизмат қилмоқда.

ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Мовлонова Ш.С.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, г.Ташкент, Узбекистан

Цель. изучить частоту и причинно – следственные связи смертности от нозокомиальной инфекции детей раннего возраста.

Материал и методы: для анализа причин смерти от нозокомиальной инфекции ретроспективно анализирован 60 истории болезни за период 2019 года.

Результаты: в числе умерших от нозокомиальной инфекции мальчиков было (77,6%), девочек (22,3%), возраст детей от 6 мес до 3 лет. Причины смерти в 86,4%

подтверждены данными вскрытия, которые в 54,2% произведено в порядке судебно – медицинской экспертизой и в 13,6%- врачом патологоанатомом.

Факторами риска развития нозокомиальной инфекции было: 33,6% детей родились с низкими массо- ростовыми показателями, у 76,4% выявились такие оппортунистические заболевания такие как, цитомегаловирусная инфекция у 53,6%, микоплазменная - 33,8% и токсоплазма - 12,5%. Такие фоновые заболевания как рахит, анемия, нарушения питания 1 и 2 степени также встречались у всех умерших детей.

Кроме вышеперечисленных факторов в развития нозокомиальной инфекции определенную роль играет нерациональная антибактериальная терапия. Длительная и не всегда обоснованная антибактериальная терапия, в качестве эмпирической терапии вела к резистентности организма, увеличению частоты развития заболевания. Помимо этого, частое применение нерациональной антибактериальной терапии оказывало на организм детей раннего возраста токсическое действие, и угнетало работу органов кроветворения и иммунных механизмов.

При патологоанатомическом вскрытии односторонняя локализация процесса установлена в 63,3%, двусторонняя – в 36,1%. Наиболее часто поражались правые нижние доли (88,2%), верхнедолевая локализация имело место в8%. Непосредственными причинами смерти явились: отек легких 51,2%, легочно-сердечная недостаточность 36,4%, ДВС – синдром 12,3%.

Вывод. Факторами риска развития нозокомиальной инфекции у детей раннего возраста является: дети рожденные с низкими массо – ростовыми показателями, высокой встречаемости оппортунистических заболеваний таких как, цитомегаловирусная, микоплазменная и токсоплазменная инфекции, фоновыми заболеваниями и нерациональное и бесконтрольное применение антибактериальной терапии, что приводит к тяжелому течению заболевания.

РОЛЬ МАКРО И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В РАЗВИТИИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мовлонова Ш.С.

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

Актуальность. Ведущим фактором, определяющим состояние здоровья ребенка, обеспечивающим его нормальный рост и развитие является рациональное питание, которое способствует профилактике заболеваний. При этом очевидно, что полноценность питания определяется не только энергетической ценностью пищи, сбалансированностью рациона по белкам, жирам, углеводам, но и обеспеченностью витаминами и минералами. Это особенно актуально в детском возрасте, когда высока скорость протекания пластических процессов в организме и, соответственно, во много раз выше потребность не только в пластических веществах, но и микронутриентах.

Цель исследования Изучение микроэлементного статуса организма детей внутри и внебольничной пневмонией.

Материалы и методы проводили по количественному исследованию содержания микроэлементов в волосах методом нейтронно-активационного анализа, получившим в последние годы широкое распространение.

Полученные данные указывают на повышенное содержание натрия 709,0±16,2 калия 375,7±67,0 и кальция 590,1±30,5 ($P<0,01$) у детей ВбП, по сравнению ВП натрий 212,2±16,7, калий 228,2±21,5, кальция 443,5±32,6 и снижение в крови таких микроэлементов как цинк (Zn), селен (Se) и железо (Fe).

Результаты. При исследовании влияния концентрации цинка в сыворотке крови на течение ВП у детей были выявлены четкие закономерности. Так, у пациентов с ВП при

поступлении в стационар уровень цинка был снижен до 0,89±0,16мкг/л, однако в период реконвалесценции восстанав-ливался практически до нормальных величин - 0,96±0,16 мкг/л, что касается детей, больных с ВбП, то снижение содержания цинка носило более стабильный характер, и в остром периоде показатели этого микроэлемента не превышали 0,72±0,12мкг/л, а при клиническом выздоровлении концентрация цинка была еще ниже 0,69±0,12мкг/л, что почти в два раза ниже нормативных показателей. Такая же закономерность отмечалась при исследовании селена и железа в сыворотке крови у наблюдаемых нами детей. Содержание селена в крови у больных с ВбП был низким 0,26±0,01мкг/л, по сравнению с показателями группы сравнения 0,61±0,05 мкг/л P<0,01 (при контроле 0,42±0,9мкг/л). Проведенные исследования перекликаются с литературными данными, где дезинтеграция механизмов поддержания гомеостаза отмечается при дефиците цинка.

Вывод. По мере недостаточности его в организме снижается продукция тималина, цинк зависимого гормона тимуса, угнетается продукция интерлейкинов, γ- интерферона, фактора некроза опухолей Т-лимфоцитами-хелперами, определяется дефицит специфического иммунного ответа, снижается цитотоксическая активность натуральных киллеров.

РОЛЬ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА В РАЗВИТИИ ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА СВИСТЯЩЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ

Муратова К.Р.[1], Шамсиев Ф.М.[1], Каримова Н.И.[2]
[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии, г.Ташкент, Узбекистан
[2]Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Влияние ряда внешних и внутренних факторов (неправильный режим питания, несоблюдение санитарно-гигиенических норм, бессистемное и необоснованное применение антибиотиков и других антибактериальных препаратов), влияние физических факторов (лучевой энергии, низких температур, атмосферного давления и т.п.), истощение организма в связи с понижением иммунных заболеваний реактивность организма приводит к нарушению динамического равновесия микробных ассоциаций в здоровом организме, то есть к развитию дисбиоза. Следовательно, при возникновении изменений в составе нормальной микрофлоры резко снижается антиинфекционная резистентность организма, изменяется иммунный ответ на бактериальные, пищевые, лекарственные антигены.

Цель исследования. Изучить роль микробиоты кишечника в развитии тяжёлого течения синдрома свистящего дыхания у детей при остром бронхите.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 120 детей с острым бронхитом с синдромом свистящего дыхания (ОБ с ССД), в возрасте от 1 до 3 лет, находившиеся под наблюдением в РСНПМЦП МЗ РУз, из них: I группа – 33 детей с ОБ с ССД легкой степени тяжести, II группа – 51 детей с ОБ с ССД средней степени тяжести, III группа –36 детей с ОБ с ССД тяжёлой степени тяжести. Микробиологические исследования микробиоты кишечника проводили в соответствии со стандартами современной клинической микробиологии.

Результаты исследования. У всех обследованных детей наблюдались резкие количественные изменения анаэробной флоры, характеризовавшиеся снижением содержания бифидо- и лактобактерий по сравнению с показателями здоровых детей. Уровень бифидобактерий составлял (3,8±0,2) lgKOE/г, относительно (8,27±0,10) lgKOE/г в группе сравнения (P<0,001). В свою очередь, достоверно ниже, по сравнению со здоровыми лицами, была концентрация лактобактерий – (4,03±0,3) lgKOE/г против (8,37±0,09) lgKOE/г (P<0,001). Общее количество кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью у всех больных также снижалась и составляла (5,5±0,2) lgKOE/г, в отличие от

(6,77±0,24) lgKOE/г у детей из КГ (P<0,001). Видовой пейзаж кишечной микрофлоры в остром периоде заболевания изменялся и характеризовался увеличением количества УПМ, грибов рода кандида и появлением стафилококков. Так, у всех обследованных детей основной группы количество УПМ было на уровне (3,5±0,2) lgKOE/г, что достоверно превышает данные в группе сравнения – (2,48±0,18) lgKOE/г (P<0,01). У больных ОБ с ССД детей был обнаружен золотистый и/или гемолизующий стафилококки ((1,2±0,1) lgKOE/г), тогда как у здоровых их содержание не превышало (0,41±0,19) lgKOE/г (P<0,001). В свою очередь, в начале заболевания значительно возрастали титры грибов рода кандида, находившихся на уровне (4,03±0,2) lgKOE/г против концентрации группы сравнения ((2,39±0,28) lgKOE/г) (P<0,001).

Вывод. Исследование состояния микробиоценоза кишок показало наличие качественных и количественных нарушений у детей всех возрастов, которые характеризовались значительным снижением количества бифидобактерий, лактобактерий, эшерихий с нормальной ферментативной активностью, дрожжеподобных грибов, стафилококков и представителей условно-патогенной флоры. Выявленные нами нарушения микробиоценоза кишок и лабораторные данные об изменениях количественного и качественного состава микрофлоры в остром периоде ОБ с ССД свидетельствуют о необходимости коррекции расстройств, с учетом полученных данных, путем назначения пробиотических препаратов.

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, г.Ташкент, Узбекистан

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%). 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).

Результаты. 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 звукопроведения 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.

МИКРОФОН СЕЗГИРЛИГИ ВА СТИМУЛЯЦИЯ БЎСАҒАЛАРИ: НУТҚ ПРОЦЕССОРИДАН ФОЙДАЛАНУВЧИ МАКТАБ ЎҚУВЧИЛАРИДА НУТҚНИ АНГЛАШГА ТАЪСИРИ

Наджмутдинова Н.Ш., Каримов Ж.С.
Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги. Мактаб ёшидаги КИ амалиёти утказган бола учун шовқинда нутқни англаш муваффақиятли таълим ва мулоқотнинг ҳал қилувчи шартидир. Амалиётда Т-даража ва микрофон сезгирлигини танлаш кўпинча интуитив булади. Ушбу тадқиқот шу комбинациянинг реал шароитларда шовқинда нутқни англаш ва субъектив қулайликка таъсирини биринчи бор баҳолайди.

Мақсад. Кохлеар имплантациядан кейинги болаларда микрофон сезгирлигини камайтириш ва стимуляция чегара даражаларини оширишнинг шовқинли муҳитда нутқни англашга таъсирини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотга 7–9 ёш бўлган, MED-EL SONNET 2 бир томонлама кохлеар имплант фойдаланиш тажрибаси 4 йилдан ортиқ бўлган 34 нафар бола киритилди. Барча иштирокчиларга икта процессор харитаси созланди ва қўлланилди: T-base/0 dB - микрофоннинг стандарт сезгирлигида клиник Т даражалари ва T-mid (+10 CL)/0 dB - сезгирликни ўзгартирмасдан Т ни +10 CL га ошириш;

Иккала харитада AGC, кириш динамик диапазони ва микрофон йўналганлиги параметрлари стандарт ҳолатда қолдирилди. Ҳар бир харита уй ва мактаб шароитида жами олти ҳафта давомида синовдан ўтказилди (ҳар бири 2 ҳафтадан). Қуйидаги натижа кўрсаткичлари қўлланилди: Speech-in-Noise (10 та сўз) - SNR +10 dB (нутқ ≈ 65 dB SPL, шовқин ≈ 55 dB SPL) шароитида тўғри эшитилган бир бўғинли сўзлар улуши; Functional Listening Evaluation (FLE) - SNR +10 dB шароитида 10 та бир бўғинли гапдан тўғри такрорланган сўзлар сони; SSQ-Kids - ота-оналарнинг 10 та саволи бўйича боланинг кундалик шовқин фонида нутқни қай даражада тушунишига берган ўртача баҳоси (0–10).

Натижалар. Икта харитадан фойдаланиш жараёнида эшитиш-нутқ реабилитацияси кўрсаткичлари ижобий динамикани кўрсатди. Биринчи харитада (T-base / 0 dB) болалар шовқинда сўзларнинг 63% ини тўғри такрорлади (Speech-in-Noise = 6,3/10), FLE = 60% (6,0/10), SSQ-Kids = 5,4/10 бўлди. Микрофон сезгирлигини ўзгартирмасдан Т даражасини +10 CL га оширгандан сўнг натижалар яхшиланди: Speech-in-Noise 70% (7,0/10), FLE 70% (7,0/10), SSQ-Kids 6,3.

Хулосалар. Т даражасини мўътадил ошириш (+10 CL) шовқинда нутқни англаш ва субъектив қулайликни яхшилайди. Микрофон сезгирлигини 0 dB да колдириш юмшоқ сигналлар эшитилишини ёмонлаштирмайди ва нутқни англашда кичик қўшимча яхшиланиш беради. Шу боис, нутқ процессоридан 4 йилдан ортиқ фойдаланган 7–9 ёшли болалар учун

оптимал режим -T + 10 CL; микрофон сезгирлиги эса стандарт қолдирилиши мумкин (эшитиш чарчоқларини камайтириш мақсадида).

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В ОСТРУЮ ФАЗУ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Назарова И.Д., Салихова М.З.
Центр повышения профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Наряду с поддержанием жизненно важных функций и лечения основного патологического процесса коррекция питания позволяет существенно улучшить прогноз заболевания, а также снизить длительность нахождения ребенка в стационаре. Значимой практической проблемой является адекватный выбор метода и объема нутритивной поддержки, а также продуктов лечебного питания в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Целью работы явилось обобщение результатов проводимой диетотерапии у детей с септикопиемической формой сепсиса на этапах лечения и реабилитации.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 80 детей с сепсисом в возрасте от 2 месяцев до 1 года. Отмечалось вовлечение в септический процесс от одного до трех органов и систем (пневмония, энтероколит и др.).

Результаты исследования. В остром периоде заболевания отмечалось снижение активности ферментов ЖКТ как результат выраженной интоксикации, гипертермии и полиорганной недостаточности. Парэнтеральные явления от неустойчивости стула до развития энтероколита приводили к нарушению процесса пищеварения и снижению толерантности к пищевым нагрузкам. В острую фазу заболевания питание было снижено адекватно ферментным системам организма и соответствовало аппетиту ребенка. Суточный объем пищи зависел от состояния ребенка и был уменьшен на 30-50% с увеличением кратности кормлений от 7 до 10 раз в сутки. Недостаток суточного объема пищи восполнялся оральной регидратацией. Идеальным продуктом питания на этом этапе было грудное молоко, а при его отсутствии адаптированные базисные смеси. При необходимости временно вводились лечебно-профилактические и лечебные смеси (безлактозные, кисломолочные, содержащие пробиотики, пребиотики, нуклеотиды и ПНЖК) вместо базисных. При БЭН 3-степени и выраженных проявлениях энтероколита использовались специализированные смеси. Лечебные смеси назначались на 10-15 дней с дальнейшим переводом детей на базисные. Прикормы временно отменялись у детей старше 6 месяцев. Сроки возвращения к полному суточному объему такого питания в среднем составляли 5-7 дней. Проводимая диетотерапия позволила в периоде клинической реабилитации сохранить исходный вес у 60 (77,5%) детей, у 8 (10%) отмечалась прибавка веса 100-200 г. за период нахождения ребенка в стационаре (15-18 дней). 5 (6,2%) детей с тяжелым течением сепсиса имели потерю веса, из которых 3 были переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии.

При улучшении состояния детей в стационаре и в основном в амбулаторных условиях проводилась необходимая коррекция питания.

Вывод. Таким образом, нутритивная поддержка, проводимая нами у детей первого года в острую фазу сепсиса, позволила сохранить исходный вес у 70,5% детей, а у 10% отмечалось прибавка веса за период нахождения ребенка в стационере.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Насирова С.Р., Мехтиева С.А.
Научно-Исследовательский Институт Педиатрии им. К.Я. Фараджевой, г. Баку, Азербайджан

Актуальность. Некротический энтероколит (НЭК) считается одной из актуальных проблем неонатологии, существенно влияющей на заболеваемость и смертность. Одним из приоритетных направлений в патогенезе НЭК является поиск надежных молекулярно-биохимических маркеров для диагностики заболевания на ранних стадиях, выбора и прогнозирования адекватной тактики лечения. В связи с этим исследование неинвазивного маркера фекального кальпротектина (ФК) при разных стадиях НЭК, имеет важное значение в оценке патологии.

Цель исследования – оценить диагностическую ценность фекального кальпротектина при НЭК у новорожденных в зависимости от стадий заболевания.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 100 детей с НЭК и хронической гипоксией, рожденных от матерей с отягощенным гинекологическим анамнезом, перенесших асфиксию в родах. Обследованные дети поступили в НИИ Педиатрии из родильных домов города Баку и районов. Данные дети были разделены на следующие группы в зависимости от стадий НЭК: I группа - 26 больных с НЭК I стадии, II группа - 44 больных с НЭК II стадии, III группа - 30 больных с НЭК III стадии. В группу здоровых вошли 20 практически здоровых новорожденных. Гестационный возраст у 16 (16±3,7%) недоношенных детей составляет 29-31 неделю, у 48 (48±5,0%) - 32-37 недель, у 33 (33±4,7%) новорожденных - 38-40 недель. Всем детям проведен комплекс лабораторно-инструментальных методов исследования в соответствии с общепринятыми стандартами: общие анализы крови и мочи, биохимические показатели крови, определение кислотно-основного состояния газов крови, посев крови и кала. В работе также использованы клинические, инструментальные, иммунологические, молекулярно-биологические методы исследования. Фекальный кальпротектин определялся иммуноферментным методом с использованием реагентов фирмы CUSABIO BIOTECH на автоматическом анализаторе ElisysUnoHuman (Германия).

Результаты исследования. Результаты показали, что уровень фекального кальпротектина у пациентов с НЭК увеличился в 19 раз по сравнению с контрольной группой. Так, уровень фекального кальпротектина у пациентов составил 250–1307 мкг/моль, а в контрольной группе – 21–38,6 мкг/моль. При сравнении групп уровень фекального кальпротектина в группе I составил 0,317±0,110 мкг/моль, что в 12,5 раза больше, чем в контрольной группе ($p<0,001$). В группах II и III уровень ФК составил 580,5±25,0 мкг/моль и 746,9±96,9 мкг/моль, что увеличилось в 20 и 25,8 раза по сравнению с контрольной группой ($p<0,001$). При межгрупповой оценке уровень ФК во II группе достоверно отличался от группы I, а в III группе – от групп I и II ($p_1<0,001$; $p_2<0,05$). Установлено, что достоверное повышение уровня ФК пропорционально течению НЭК у новорожденных. Кроме того, зарегистрирована прямая зависимость между стадиями заболевания и уровнем фекального кальпротектина.

Вывод. Сохранение высоких показателей фекального кальпротектина на фоне активного комплексного лечения у пациентов с НЭК свидетельствует о переходе заболевания в III стадию, развитии осложнений и необходимости хирургического вмешательства. Таким образом, данный маркер может быть использован в качестве диагностического критерия оценки течения НЭК.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ СДВИГОВ У ДЕТЕЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ

[1]Низомутдинов А. М., [2]Рахманова Л. К.
[1]Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан
[2]Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Известно, что ежегодная заболеваемость геморрагическим васкулитом (ГВ) достигает 2 случаев на 10 тыс. населения, причем наблюдается коморбидности течения и повсеместный рост численности таких больных.

Цель исследования- изучить характеристики нефропатий у детей с геморрагическим васкулитом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 30 детей в возрасте от 7 до 14 лет, страдающих ГВ. Клинический диагноз 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 А в сыворотке крови. Цифровые данные обработали методом вариационной статистики с вычислением достоверности численных различий по Стъюдента.

Результаты. По результатам проведенных исследований было выявлено что у детей ГВ иммунопатологические сдвиги характеризуются статистически достоверно снижением показатели С3, С4 компонентов комплемента ($P<0,001$-$0,01$), гипериммуноглобулинемией А (IgA) ($P<0,001$), которые остаются сохраненными и в периоде ремиссии заболевания.

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.

Выводы. Для геморрагического васкулита характерно снижение С3, С4 компонентов комплемента и гипериммуноглобулинемия А, которая остается сохраненным в период ремиссии и являются критерием ранней иммунодиагностики при ведении таких больных.

РАЗВИТИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ТУГОУХОСТЬЮ

Ниязова М.Т.
Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Головной мозг — сложнейшая структура, своего рода процессор, который постоянно обрабатывает всю поступающую извне информацию, отвечает за сознательные движения, органы чувств, мышление, внимание, память, принятие решений и эмоции твоего малыша. Развитие мозга ребенка — это неравномерный, направленный в одну сторону, поступательный процесс. В онтогенезе есть периоды постепенного развития, а есть моменты значительных качественных изменений. Если мы не учитываем этого, то все наши благие намерения, все наши воздействия могут не только способствовать развитию, но и давать отрицательный эффект.

Цель: изучение зрелости головного мозга у детей с тухоухостью.

Материалы и методы. Нами было обследованы 23 детей с нарушением слуха, которые мало говорили или вообще не разговаривал. Для оценки уровня развитие моторики и психики у детей с дефектом слуха использовали трёх заданий теста Керна Ирасека и теста Озерецкого.

Результаты. Все дети имели диагноз нейросенсорная тугоухость разной степени. В структуре функциональных отклонений преобладающими были нарушения со стороны центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата. Из них у 11 (47,7%) был установлен кохлеарный имплант, у 12 (52,3%) для коррекции слуха использовали слуховой аппарат. Паспортный возраст не соответствовал возрасту биологическому только в 2 (8,6%)

случаев. Обратило на себя внимание то, что у 21 (9,3%) обследованных детей не произошло смены пятых зубов (как на верхней, так и на нижней челюстях). Использование трёх заданий теста Керна Ирасека и теста Озерецкого позволило охарактеризовать уровень развития моторики и психики - у детей с дефектами слуха. С выполнением задания не справились 12 (52,1%) детей, их суммарный балл за выполнение теста Керна-Ирасека был более 9 баллов. Они не выполнили также монометрический тест. Следовательно, у этих детей необходимые навыки для обучения в школе не сформированы. Опросом родителей установлено, что все они не посещали детский сад компенсирующего вида для детей с нарушениями слуха и речи. Дети, которые посещали специальное детское дошкольное учреждение (11 (47,8%) в течение двух лет и постоянно находились на диспансерном учете у детского невропатолога, за исключением детей (12 (52,1%) с общей задержкой физического развития, имеют благоприятный по психомоторному развитию прогноз (тест Керна-Ирасека более 14 баллов, положительный результат выполнения монометрического теста). Проведенные исследования показали, что лечение слабослышащих детей должно начинаться с пребывания в коррекционных дошкольных учреждениях, где проводится систематическое лечение и коррекция неврологических симптомов, а также выработка навыков письма и чтения с целью компенсации дефектов развития ребенка, ежедневные индивидуальные занятия с сурдопедагогом, и последующего обучения.

Выводы. Таким образом, для определения зрелости головного мозга и оценки степени функциональной готовности к обучению в школе слабослышащих детей с успехом могут быть использованы тест Керна-Ирасека (три задания) и монометрический тест Озерецкого. Нейропсихологические нарушения при снижении слуха затрагивают высшие психические функции, включая мышление, внимание, память, речь и функции регуляции и контроля.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Ниязова М.Т.
Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. РАС (расстройство аутистического спектра) у детей — это нарушение развития, которое проявляется в детском возрасте и влияет на социальную коммуникацию, поведение и эмоциональное развитие. Признаки включают трудности в общении, замкнутость, нежелание идти на контакт, повторяющиеся движения, ограниченные интересы, а также нарушения речевого развития и сенсорной чувствительности. По данным ВОЗ, за последние семь лет средний прирост детского населения с этим диагнозом достиг 13% в год. Аутизм является одним из тяжелых нарушений развития, которое характеризуется серьезными недостатками социальных, коммуникативных и речевых функций, а также стереотипными интересами и паттернами поведения.

Цель исследование: изучить частоту и характер неврологических нарушений у детей с расстройством аутистического спектра (РАС)..

Материалы и методы. В исследовании было включены 30 детей с детей с расстройством аутистического спектра в возрасте от 3 до 10 лет (средний возраст-6,2 лет). проходящих амбулаторном лечении в неврологическом центре «Реацентр». Проведены следующие методы исследования: неврологический осмотр (оценка мышечного тонуса, координации, рефлекса,наличие патологических признаков), интервью с родителями (анализ анамнеза развития, перинаталных факторов, наличие судорог, отклонений в поведении и моторике), Для выявление когнитивных расстройств проведено тестирование детей (Денверский скрининговый тест оценки развития ребенка II (DDST-2), из инструментальных методов использовали ЭЭГ мониторинг.

Результаты и их обсуждение. Наиболее частыми клиническими симптомами со стороны нервной системы в группе обследованных больных являлись: нарушение конвергенции у 10 детей (33,3%), нарушения мышечного тонуса умеренного характера по типу дистонии у 13 детей (43,3%). 8 детей (26,6%) не смогли выполнить функциональные стопные пробы, они не смогли ходить на носочках и пятках, не умели прыгать. В координаторной сфере отмечали неустойчивость при выполнении пробы Ромберга у 9 детей (30,0%) и мимо попадание при выполнении молоточковой пробы у 7 детей (23,3%).

Анализ результатов ЭЭГ-исследования показал, что общий фон биоэлектрической активности головного мозга у детей с РАС был снижен, а частотный диапазон его отставал от нормативных показателей. В большинстве случаев (у 18 ребенка) доминировала тета-активность в диапазоне частот 4–5 Гц. У 6 детей (20%) выявлялись регионарные асимметрии патологического характера с преобладанием в теменноцентральной области. В этой же области у 2 (6,6%) больных регистрировались очаги эпилептической активности.

Выводы. Таким образом, неврологические нарушения у детей с для расстройства аутистического спектра носит многообразный характер и затрагивает как двигательные, как и сенсорные функции. Более чем у половины детей выявлены изменения биоэлектрической активности головного мозга. Эти данные подчеркивают необходимость регулярного неврологического мониторинга и раннего нейрофизиологического обследования при диагностике и ведении детей с расстройством аутистического спектра.

ЧАСТОТА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЁННЫХ

Полухова А.А., Маммадова А.А., Маммадова Т.А. Фаталиева А.О., Рзаева З.П.
Научно-исследовательский институт педиатрии им. К. Фараджевой, г.Баку, Азербайджан

Актуальность. Врожденные пороки сердца (ВПС) занимают одно из ведущих мест среди врождённых аномалий у детей и остаются основной причиной неонатальной заболеваемости и смертности. По данным Всемирной организации здравоохранения, частота ВПС составляет в среднем 6–10 случаев на 1000 живорождений. Различия в показателях по регионам связаны с уровнем пренатальной диагностики, социально-демографическими и экологическими факторами. Изучение распространённости, структуры и исходов ВПС имеет важное значение для совершенствования ранней диагностики и профилактики неонатальной смертности.

Цель исследования: Определить частоту и структуру врождённых пороков сердца у новорождённых, а также оценить их влияние на показатели неонатальной смертности.

Материалы и методы. В исследование включены 107 новорождённых с врождёнными пороками сердца, проходившие обследование и лечение в Научно-исследовательском институте педиатрии в 2024 году. Диагноз ВПС подтверждался по данным эхокардиографического обследования. Анализировались формы пороков, их частота, сочетанные аномалии и исходы заболевания.

Результаты. В течение 2024 года у 235 новорождённых был диагностирован врождённый порок сердца различной степени тяжести. Наиболее часто встречался дефект межпредсердной перегородки — у 108 (46%) детей, что соответствует типичной структуре ВПС в неонатальном периоде. Дефект межжелудочковой перегородки выявлен у 4 (1,7%) новорождённых, открытый артериальный проток — у 15 (6,3%), коарктация аорты — у 1 (0,4%) ребёнка. У 107 (45,5%) обследованных были выявлены комбинированные формы пороков, что свидетельствует о многообразии анатомо-функциональных нарушений и необходимости мультидисциплинарного подхода к ведению таких пациентов. Летальный исход зарегистрирован у 24 (10,2%) детей, основными причинами которого являлись

тяжёлая сердечно-сосудистая недостаточность, поздняя диагностика и невозможность проведения хирургического вмешательства в оптимальные сроки.

Заключение. Врожденные пороки сердца остаются одной из ведущих причин неонатальной смертности. Наиболее распространённым пороком является дефект межпредсердной перегородки, значительная доля случаев приходится на комбинированные формы, требующие комплексной диагностики и индивидуального подхода. Высокая летальность при тяжёлых формах подчёркивает необходимость совершенствования системы пренатальной и постнатальной диагностики, своевременного направления пациентов в специализированные центры и расширения возможностей кардиохирургической помощи.

ERTA YOSHDAGI BOLALARDA ANTIBIOTIKKA BOG‘LIQ DIAREYALARNING KLINIK-LABORATOR KECHISH XUSUSIYATLARI

Rabbimova D.T., Shavdirova G.M.
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand shahar, O‘zbekiston.

Dolzarbligi. Antibiotik bilan bog‘liq diareya (ABD) erta yoshdagi bolalarda antibakterial terapiyaning eng ko‘p uchraydigan va ehtimolan og‘ir asoratlaridan biri hisoblanadi. Uning uchrash chastotasi 5–30% oralig‘ida bo‘lib, asosan erta yoshdagi bolalarda morfofunksional jihatdan etarlicha shakillanmagan hozm tizimi va immunitet fonida rivojlanadi.

Tadqiqot maqsadi. Erta yoshdagi bolalarda antibiotikka bog‘liq diareyalarning klinik-laborator kechish xususiyatlarini o`rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. 2023–2025 yillarda Samarqand davlat tibbiyot universiteti va ko‘p tarmoqli bolalar tibbiyot markazida 140 nafar bola(1 oy – 3 yosh)lar ishtirokida prospektiv-retrospektiv tadqiqot o‘tkazildi. ABD tashxisi ESPGHAN (2020) tavsiyalari asosida qo‘yildi. Tadqiqotda qatnashgan bolalar quyidagi guruhlarga bo`lib o`rganildi:

1.Mikroflora assotsirlangan ABD:

- Clostridioides difficile (Cl+) aniqlangan 62 nafar(51,7%) bola;
- Shartli-patogen flora (Enterobacter, Klebsiella, Proteus va boshqalar) ajralib chiqqan 23 nafar (19,2%) bola;

-2. Funksional-metabolik ABD(najasdan patogan flora aniqlanmagan): yallig‘lanish belgisiz holatlar 35 nafar (29,2%).

Tadqiqot o`tkazilgan bolalarda to`liq anamtestik ma’lumot, umumiy qon, najasning kaprologik tahlili, qonning biokimyoviy tahlili, najasning bakteriologik tekshiruvi, najasning PZR usulida Clostridioides difficile va uning toksinlari va najasdan IFA usulida fekal kalprotektinni aniqlash tekshiruvlar o`tkazildi.

Tadqiqot natijalari. Antibiotik bilan bog‘liq diareya (ABD) erta yoshdagi bolalarda turli klinik simptomlar bilan namoyon bo‘lishi mumkin, bu simptomlar infeksion agentlar yoki noinfeksion mexanizmlar bilan bog‘liq bo`lish darajasini aks ettiradi. Cl+ guruhida eng ko‘p uchragan simptomlar quyidagilar bo‘ldi: qorin dam bo‘lishi (82,3%), ishtaxaning pasayishi (67,7%) va abdominal og‘riq (53,2%). Noinfeksion ABDli bemorlarda eng yaqqol simptom teri quruqligi (42,8%) bo‘lib, boshqa simptomlar infeksion formalarga nisbatan ancha kam uchradi. Infeksion ABDda og‘ir degidrotatsiya holatlari (20–22%) ko‘proq uchradi. Noinfeksion ABDda esa engil va o‘rtacha degidrotatsiya ustulik qildi.

Koprologik ko‘rsatkichlar: Infeksion ABDda yallig‘lanish belgilari (leykotsitlar 100%) ustun. Noinfeksion ABDda esa maldigestiya ko‘rsatkichlari – kletchatka (57,1% vs 24,7%), kraxmal (45,7% vs 4,7%), qoldiqlar (42,9% vs 11,8%), kristalllar (94,3% vs 72,9%) ko‘proq aniqlandi.

Fekal kalprotektin: Cl+ guruhida yuqori (393,6 mkg/g), boshqa bakteriyalarda o‘rtacha (195,4 mkg/g), noinfeksion ABDda past (85,2 mkg/g), kontrolda esa normal (31,6 mkg/g) darajada bo‘ldi.

Xulosa. ABD turlari bo‘yicha klinik va laborator ko‘rsatkichlar aniq farq qiladi. Fekal kalprotektin yallig‘lanish jarayonini baholashda ishonchli differensial-diagnostik markyor hisoblanadi. Tekshiruv natijalari ABD og‘irligini asosiy kasallik og‘irligi bilan bog‘lab

bo‘lmasligini ko‘rsatdi, shulardan kelib chiqqan holda bolalarda ABD uchun alohida stratifikatsiya va baholash shkalalari zarurligini ko`rsatadi.

КЛАСТЕРНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОВОЖДЕННЫХ

Рагимова Н.Д.
Научно-Исследовательский институт педиатрии, г.Баку, Азербайджан.

Актуальность. Известно, что в патогенезе неонатального сепсиса задействованы клинические, физиологические, иммунологические и генетические механизмы. В связи с этим, очевидно, целесообразность выделения признаков сепсиса, установление которых позволило бы прогнозировать развитие инфекционного процесса и эффективность лечения.

Цель исследования: исследовать факторы риска развития неонатального сепсиса у недоношенных детей на основе применения кластерного анализа.

Материал и методы исследования: для выполнения данной задачи использовался дисперсионный анализ ANOVA. В исследовании учитывался тот факт, что чем меньше значение внутригрупповой и больше значение межгрупповой дисперсии, уровень достоверности $p<0,05$, а критерий F высок, тем лучше признак характеризует принадлежность объектов к кластеру, тем достовернее кластеризация. Объектом исследования послужили 128 недоношенных новорожденных. Для кластерного анализа популяции наблюдаемых новорожденных было использовано 27 параметров: пол ребенка, паритет беременности, аборты, выкидыш в анамнезе, смерть в антенатальном периоде, гинекологический анамнез, анемия, гестоз, экстрагенитальная патология, угроза выкидыша, смерть ребенка, оценка по шкале Апгар на 1 и 5 минуте, уровень гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов, СОЭ, общий билирубин, поражение центральной нервной системы (ЦНС), дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, сердечно-сосудистой системы, полиорганная недостаточность, гипоксическое поражение ЦНС. Из перечисленных параметров 10 относились к материнским, 17-к характеристикам новорожденных.

Результаты исследования. Новорожденные, которые имели данные показатели с уровенем достоверности ниже 0,05, мы отнесли ко 2 кластеру. Во 2 кластере преобладали женщины, которые имели высокий удельный вес гестоза II половины беременности ($\chi2=6,77$; $p<0,001$), гинекологических заболеваний ($\chi2=9,99$; $p<0,001$), угроза выкидыша ($\chi2=0,157$; $p<0,001$), многоплодная беременность ($\chi2=2,996$; $p<0,001$), смерть плода в антенатальном периоде ($\chi2=3,428$; $p<0,001$). Изучение результативных признаков реализации инфекции выявило низкие антропометрические параметры новорожденных: масса тела ($p<0,001$), рост ($p<0,001$), окружность головы, окружность груди ($p<0,001$). У новорожденных с клиническими проявлениями сепсиса отмечается более низкий гестационный возраст ($p<0,001$), асфиксия при рождении по шкале Апгар на 1 минуте, на 5 минуте ($p<0,001$). У септических новорожденных (кластер II) выявлены статистически значимые различия в частоте встречаемости гипоксически-ишемическое поражение ЦНС ($\chi2=1,271$; $p=0,023$), гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС ($\chi2=1,056$; $p=0,027$), поражение дыхательной системы ($\chi2=18,085$; $p<0,001$), поражение ЖКТ ($\chi2=2,860$; $p=0,047$), мочеполовой системы ($\chi2=3,138$; $p=0,004$), полиорганная недостаточность ($\chi2=10,410$; $p=0,003$). Таким образом, из 95 новорожденных с сепсисом к кластеру 1 относились 52 (54,7%), к кластеру 2- 43 (45,3%) новорожденных. Контрольную группу составили 33 условно-здоровых недоношенных из них все 23 (69,7%) оказались в кластере 2, 10 (30,3%) недоношенных в кластере 1.

Вывод. Как видно наибольший процент новорожденных с сепсисом относятся к 2 неблагоприятному кластеру, что свидетельствует о тяжести и генерализации инфекционного процесса. В результате системного изучения факторов, предрасполагающих к сепсису

недоношенных выявлены анамнестические и клинические признаки кластерной принадлежности, которые могут использоваться как факторы риска развития и тяжести инфекционного процесса.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Рахманова Л. К., Миррахимова М. Х., Сидиков Д. А.
Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан.

Актуальность. Известно, что в настоящее по всему миру с бронхиальной астмой страдает более 300 тысяч больных, 14% из них – детское население, которой приводит к ранней инвалидности имеющий не только медицинское, но и социально-экономическое значение.

Цель исследования - оценить цитокинового статуса у детей при бронхиальной астме.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 25 детей в возрасте от 7 до 18 лет, страдающих атопической формой бронхиальной астмы (АтБА). 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 Стъюдента.

Результаты. По результатам проведенных исследований было выявлено, что у детей с АтБА мальчики составили 75,0%, девочки- 35,0%. Длительность заболевания - от дебюта заболевания – 4,5 лет, в среднем 2,4±1,1 года; Оценка степени тяжести БА у больных по течению заболеваний показали, что у детей при АтБА большой процент составили среднетяжелая и тяжелая формы.

Результаты иммунологических исследований показали, что по сравнению с контрольной группой, у всех больных с АтБА в период обострения (до лечения) отмечалось статистически достоверное повышение содержания в сыворотке крови IgE и гиперпродукции IL-2, IL-4 ($P<0,001$-$0,01$). Клинико-иммунологические сдвиги были более выраженными у больных с гиперпродукцией IL-4 и IgE.

Выводы. У детей с атопической формой бронхиальной астмы продукция цитокинов характеризуется гиперпродукцией IL-4 которые остаются сохраненным в периоде ремиссии и могут служить как критерием ранней иммунодиагностики таких больных. **2**. У детей с атопической формой бронхиальной астмы выявлено патогенетическая взаимообусловленность гиперпродукции IL-4 и гипериммуноглобулинемии IgE, которые играют важную роль в прогрессировании заболевания.

БОЛАЛАРДА МИНИПЕРКУТАН НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ НАТИЖАЛАРИ

Рахматуллаев А.А[1]., Рузиев М.Ю[2], Исроилов А.А[1], Абдуллаев К.Э[2].
[1]Тошкент Давлат тиббиёт университети, Тошкент, Ўзбекистон
[2]Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Долзарблиги. Сўнгги йилларда болалар орасида сийдик тош касаллиги кўп учрамоқда. Бу касаллик болаларда оғриқ асоратлар, гематурия, ва оғир холатларда буйрак функциясининг йўқолишига олиб келиши мумкин. Анъанавий жарроҳлик усуллари кўпинча юқори инвазивлиги ва юқори хавф даражаси билан боғлиқ. Миниперкутан нефролитотрипсия болаларда буйрак тошларини кам инвазив тарзда олиб ташлаш имконини

бериб, операциядан кейинги асоратлар ва шифохонада қолиш муддатини қисқартиради. Болаларда миниперкутан нефролитотрипсия усулини болаларда қўллаш самарадорлиги, хавфсизлиги ва қийинчиликларини ўрганиш долзарб ҳисобланади. Бу соҳага оид тадқиқотлар амалиётдаги усулларни такомиллаштириш, стандарт протоколлар яратиш ва болаларда сийдик чиқариш тизими тошларини самарали даволашга йўналтирилган муҳим қадам бўлади.

Мақсад. Болаларда сийдик тош касаллигида эндоскопик перкутан кам инвазив давони такомиллаштириш.

Материал ва услублар. 2024 ноябридан – 2025 йил сентябр ойлари оралиғида буйрак тош касаллиги билан даволанган 30 нафар, 6 ойликдан 14 ёшгача бўлган беморлар натижалари тахлили қилинди. Бунда 20 (66,7%) ўғил болалар ва 10 (33,3%) қиз болаларга тўғри келди. Бунда тош ягона ва кўпламчи тошлар мос равишда 6 (20%) ва 24 (80%) холларда учради. Кўпламчи тошлар тегишли равишда 16 беморда (66,7%) икки томонлама ва 8 беморда (33,3%) бир томонлама учраган. Барча беморларга (100%) перкутан нефролитотрипсия оператив муолажаси ўтказилди. Бунда Karl Storz (Германия) фирмасининг нефроскопидан (15CH) фойдаланган холда контактли голмий лазерли литотрипсия (ACCU TECH, 80 Хитой) муолажаси ўтказилган.

Клинико-инструментал текширувлардан сўнг беморларда перкутан нефролитотрипсия бир этапли оператив муолажалар ўтказилган. Бунда беморларга нефростома ва сийдик найи стенти қолдирилган. Сийдик найи стенти нефростома орқали чиқарилинади, бу эса ўз навбатида беморни қайта стационар давого ва наркоз остида стент олиш муолажаси ўтказишга мухтожлик бўлмайди.

Натижалар. 24 нафар (80%) беморда миниперкутан нефролитотрипсия муолажасидан сўнг тошдан тўлиқ холи (stone free) бўлган, 6 (20%) беморда беморларларда натижа қониқарли эканлиги аниқланди. Бунда кўп сонли тошларда косачаларда қолдиқ тошлар қолиши аниқланди.

Яқин даврда натижаларига кўра 22 (73,3%) беморда нефростомик найча атрофидан намланиб туриш кузатилди, 3-5кун давомида намланиш ортиқча муолажаларсиз тўхтади. Тана харорати кўтарилиши, пиелонефрит зўрайиши, 5 (16,7%) нафарида кузатилган, консерватив даводан сўнг стабиллашган. 15 (50%) холатда операциядан сўнг 1-2 кун давомида гематурия кузатилган, консерватив даводан сўнг гематурия тўхтаган, 1 (3,3%) холатда беморга гемотрансфузия ўтказилган.

Беморларнинг шифохонада бўлиш куни 5±2.

Хулоса. Болаларда буйрак тош касаллигида перкутан буйрак хирургияси асосий даво усулларидан бири хисобланади, кам инвазив хирургик усулда тўлиқ даво натижаларига эришиш имконини беради.

БОЛАЛАРДА БИРЛАМЧИ ЮҚОРИ ДАРАЖАЛИ ҚОВУҚ-СИЙДИК НАЙИ РЕФЛЮКСИДА ПОЛИТАН-ЛЕДБЕТТЕР УСУЛИДА СИЙДИК НАЙИ РЕИМПЛАНТАЦИЯСИ НАТИЖАЛАРИ

Рахматуллаев А.А., Эргашев М.Т.
[1]Тошкент Давлат тиббиёт университети, Тошкент, Ўзбекистон

Долзарблиги. Болаларда учрайдиган бирламчи, юқори даражали қовуқ-сийдик найи рефлюксида касалликни эрта ва тўғри ташхислаш, буйраклар функционал холатини тўғри баҳолаш, оператив муолажа усулини тўғри танлаш келажакда учраши мумкин бўлган сурункали пиелонефрит, пионефроз, буйракнинг чандиқли касаллиги ва уремия каби асоратларни олдини олишига сабаб бўлади.

Тадқиқот мақсади. Болаларда бирламчи юқори даражали қовуқ-сийдик найи рефлюксида очиқ хирургик Политан-Ледбеттер усулида сийдик найининг реимплантацияси операция натижалари ва операциядан кейинги асоратларни тахлил қилиш.

Материал ва тадқиқот усуллар. Биз тадқиқот учун 35та бемор болани танладик. Беморлар ёши 6 ойликдан 3 ёшгача ташкил этади. 1ёшгача беморлар 15 (42,8%), 1-3ёш 20 (57,1%) нафарни ташкил этади. Ўғил болалар 21 та (60%), қиз болалар 14 та (40%). Барча беморларда бир томонлама бирламчи қовуқ-сийдик найи рефлюкси аниқланган. Рефлюкс даражаси цистография текшируви натижасида “International reflux study committee” тасдиқланган классификация бўйича аниқланди. 30та (85,7%) беморда IV даража, 5та (14,2%) беморда V даража қовуқ сийдик найи рефлюкси аниқланди. Барча беморларга 3 ойдан сўнг стационар қайта клиник-лабаратор ва УТТ текширувлари ўтказилди. 6-10 ойдан сўнг экскретор урография ва микцион цистография текшируви ўтказилди.

Натижалар. Операциядан кейинги натижалар 3 гурухга бўлиб ўрганилди.
Яхши натижа: Қовуқ-сийдик найи рефлюкси ва сийдик найи дилатацияси бартараф этилди, буйрак функцияси яхшиланган—31та (88,5%) бемор.
Қониқарли натижа: Қовуқ-сийдик найи рефлюкси даражаси пасайган (III ва II даражагача), сийдик найи дилатацияси камайган, буйраклар функцияси яхшиланган—3та (8,5%) бемор.
Қониқарсиз натижа: Қовуқ-сийдик найи рефлюкси ва сийдик найи дилатацияси сақланган, буйрак функцияси яхшиланмаган—1та (2,8%) бемор. Операциядан сўнг 12 беморда пиелонефрит, цистит, гематурия каби енгил даражадаги асоратлар кузатилди. Ўтказилган антибиотиктерапия, инфузион терапия, гемостатик муолажалардан сўнг асоратлар бартараф этилди.

Хулоса. Тадқиқот натижаларига асосланиб болаларда бирламчи, юқори даражали қовуқ-сийдик найи рефлюксида Политан-Ледбеттер усулида сийдик найи реимплантацияси эффективлигининг юқорилиги, қайталаниш кўрсаткичларининг пастлиги ва асоратларнинг камлигини инобатга олиб бу усулнинг ижобийлигини кўрсатади.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Сабиров М.А.[1], Каримова Н.И.[2]
[1]Ургенчский филиал Ташкентского государственного медицинского университета, г.Ургенч, Узбекистан
[2]Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В настоящее время бронхиальная астма (БА) изучена достаточно разносторонне, но по сей день в литературе недостаточно сообщений об особенностях клиники, течения и терапии этого заболевания при различных функциональных состояниях щитовидной железы (ЩЖ). Гормоны ЩЖ оказывают существенное влияние на респираторную систему, ее гормоны воздействуют на синтез рецепторов и производство сурфактанта. В связи с этим, нарушения в тиреоидной системе являются важным патогенетическим звеном в процессе формирования БА в условиях эндемического зоба.

Цель исследования. Изучить особенности функционального состояния щитовидной железы у детей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 89 больных с БА, в возрасте от 2 до 14 лет. В состав обследованных вошли 19 (44 %) детей с бронхиальной астмой легкой степени, 41 (47 %) детей — со среднетяжелым течением заболевания и 29 (9 %) детей — с тяжелой формой астмы. Контрольную группу составили 30 детей соответствующего возраста с неизмененной функцией ЩЖ. Работа вьполнялась на базе клиники Ургенчского филиала ТГМУ. Оценка функциональной активности ЩЖ проводилась радиоиммунологическим методом с помощью стандартных радиоиммунологических и иммуноферментных наборов зарубежного производства. Оценивался уровень тиреотропного гормона (ТТГ) гипофиза, трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4) и свободного тироксина.

Результаты исследования. Результаты изучения функционального состояния ЩЖ у детей с БА показали, что с усугублением тяжести течения БА происходит снижение тиреоидной функции. Так, у больных с легкой и средней степенями тяжести течения БА имеет место недостоверное снижение концентрации трийодтиронина и тироксина. Однако, несмотря на это, отмечается положительная ответная реакция со стороны ТТТ ($p<0,01$). У детей с тяжелой степенью астмы отмечен достоверный рост секреции ТТГ ($p<0,001$) на фоне резкого снижения трийодтиронина и тироксина ($p<0.001$). Клинические проявления гипофункции ЩЖ разнообразны, многие из них неспецифичны, с чем и связаны определённые трудности в её своевременном распознавании. В связи с этим, нами сделана попытка выявить специфические жалобы больных БА относительно гипофункции шитовидной железы. При тяжелом течении БА выявлялся ряд признаков, указываюших на снижении функционального состояния ЩЖ. Так, одной из частых жалоб больных тяжёлой БА были субъективные ощущения в виде утомляемости, слабости и сонливости. Нарушения функции ЦНС у больных данной группы проявлялись, прежде всего, раздражительностью, беспокойством, нарушением сна и памяти. Дети чаще всего были необщительными, эмоционально неустойчивыми, часто жаловались на головные боли, головокружение, шум в ушах, голове, ухудшение зрения и слуха, у них низкий тембр голоса, в анамнезе — неустойчивый стул, сменяюшийся временами запорами. Объективно у 41,4 % больных тяжёлой БА обнаружена гиперплазия ЩЖ I-II степени.

Вывод. Степень влияния гормонов ЩЖ на метаболизм в целом и на течение БА очевидна. Полученные нами результаты позволяют прогнозировать развитие дистиреоза с тенденцией к снижению продукции гормонов ЩЖ у больных БА даже при отсутствии клинической симптоматики гипотиреоза. Высокая частота выявления аутоантител к ТПО и ТГ указывает о вовлечении в иммуновоспалительный процесс этого органа, а характер гормональных нарушений у больных БА требует проведения дальнейших исследований, а также динамического мониторингового наблюдения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ МОТОРНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Сайфутдинова С.Р., Сайфутдинова А.Н.

Ташкентский медицинский государственный университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность Инсульт остаётся одной из ведущих причин стойкой утраты трудоспособности и инвалидизации во всём мире. По данным международных эпидемиологических наблюдений, ежегодно регистрируется около 15 миллионов новых случаев инсульта, из которых примерно 5 миллионов приводят к летальному исходу и ещё около 5 миллионов — к стойкой инвалидности. Нарушения двигательных функций после инсульта встречаются крайне часто: до 80 % выживших пациентов имеют моторные нарушения верхних конечностей, а у 30–66 % больных сохраняются выраженные ограничения движений руки, затрудняющие выполнение повседневных действий. Несмотря на развитие современных методов физической и медикаментозной реабилитации, более 30 % пациентов спустя шесть месяцев после инсульта по-прежнему не способны к самостоятельной ходьбе, что подчёркивает ограниченность существующих подходов к восстановлению двигательной активности.

Цель исследования Изучение актуальности и оптимизации параметров транскраниальной магнитной стимуляции для улучшения моторного восстановления после инсульта

Материалы и методы исследования В исследование были включены пациенты, перенёсшие ишемический инсульт, с сохраняющимися двигательными нарушениями

верхней конечности. Применялась повторяющаяся транскраниальная магнитная стимуляция (rTMS) с варьированием параметров — частоты, силы и локализации воздействия. Курс состоял из 10–15 ежедневных сеансов. Эффективность оценивали по шкале Fugl–Meyer, индексу Бартел и шкале Ашворта до и после терапии. Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартных методов вариационного анализа.

Результаты исследования Проведённое исследование показало, что применение повторяющейся транскраниальной магнитной стимуляции (rTMS) способствует значительному улучшению двигательных функций у пациентов, перенёсших инсульт. После курса повторяющейся транскраниальной магнитной стимуляции (rTMS) у пациентов наблюдалось улучшение моторных функций верхней конечности.

- Функция руки и кисти: Средний балл по шкале Fugl–Meyer увеличился с 35 ± 6 до 48 ± 7, что свидетельствует о значительном восстановлении движений кисти и пальцев.
- Спастичность: По шкале Ашворта уменьшение спастичности отмечено у 60 % пациентов, в среднем на 1 балл, что позволило улучшить контроль за движениями и снизить мышечное напряжение.
- Повседневная активность: Индекс Бартел вырос в среднем с 55 ± 8 до 70 ± 9, отражая повышение самостоятельности в бытовых задачах, таких как одевание, питание и личная гигиена.
- Влияние параметров ТМС: наиболее выраженный эффект наблюдался при высокочастотной стимуляции (10 Гц) поражённой моторной коры. Низкочастотная стимуляция контралатерального полушария также улучшала функцию руки, но в меньшей степени. Оптимальная сила воздействия составила 90–100 % моторного порога.

Вывод. Пациенты отмечали улучшение точности движений, снижение мышечной скованности и повышение уверенности при выполнении повседневных действий. Улучшение проявлялось уже после 5–7 сеансов и продолжало нарастать к концу курса. Результаты демонстрируют, что индивидуальный подбор параметров ТМС позволяет максимально эффективно стимулировать восстановление моторных функций после инсульта и повышает качество жизни пациентов.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Салихова К.Ш.[1], Мирсалихова Н.Х.[1], Ишниязова Н.Д.[2], Агзамходжаева Б.У.[1], Абдурахманова Ф.Р.[1], Усмоналиева М.Н.[2]

[1]Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр педиатрии, г.Ташкент, Узбекистан

[2]Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Муковисцидоз — это наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, характеризующееся поражением дыхательной и пищеварительной систем, нарушением обмена веществ и поражением печени. Изменения лабораторных показателей крови отражают тяжесть течения заболевания, функциональные нарушения внутренних органов и эффективность проводимой терапии.

Цель исследования. Изучить изменения лабораторных показателей у детей с муковисцидозом в зависимости от длительности диетотерапии.

Материалы и методы. В исследование включено 38 детей, получавших стационарное лечение в клинике РСНПМЦ Педиатрии. Всем детям с муковисцидозом оказывалась нутритивная поддержка смесью на основе гидролизатов белка «Peptamen junior». Пациенты разделены на следующие группы: 1 группу составили 12 детей, получавшие смесь на протяжении 6 месяцев, 2 группу 16 детей, получавшие смесь на протяжении 12 месяцев. Контрольную группу составили 10 детей.

Проведено биохимическое исследование крови с определением уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспаратаминотрансферазы (АСТ), общего белка, гемоглобина, кальция. Данные сравнивались с возрастной нормой.

Результаты исследования. Дети поступали в различные сроки от начала заболевания. Все дети основной группы были с подтверждённым диагнозом муковисцидоза в возрасте от 3 до 18 лет; из них дети от 3-6 лет составили 40,0%; 7–12 лет — 26,66%; 12–18 лет — 33,33%. В гендерном аспекте разница недостоверная. Результаты исследования, выявили, что при строгом, длительном соблюдении диеты, у детей происходит заметное улучшение лабораторных показателей, что ведет к улучшению состояния здоровья и качества их жизни. Анализ результатов исследования выявил повышение уровня АЛТ и АСТ у детей 1 группы в 2,2 раза чаще, по сравнению со 2 группой, что свидетельствует о функциональных нарушениях печени. У пациентов 1 группы в 2 раза чаще отмечалось снижение содержания общего белка, чем во 2 группе. Уровень его достоверно отличался от таковых по сравнению с контрольной группой (78,2±0,8) в обеих группах больных и составил 60,5±1,4 г/л и 72,03±1,8 г/л соответственно, что отражает белково-энергетическую недостаточность у этих пациентов. Гемоглобин ниже нормы у 65% детей 1 группы против 37,5% детей второй, анемия выявлялась в основном легкой и среднетяжелой степени, тяжелой анемии не отмечалось. Уровень кальция показал достоверное снижение у 40% пациентов 1 группы, его уровень достигал 1,6 ±0,1 ($p< 0,05$) по сравнению со 2 группой 1,8±0,2, что связано с развившейся мальабсорбцией и дефицитом витамина D. Снижение кальцификации костной ткани клинически может привести к переломам даже при небольшой травме.

Вывод. У детей с муковисцидозом отмечаются изменения биохимических показателей, отражающие нарушения обмена веществ. Строгое соблюдение диеты на протяжении 12 месяцев привело к улучшению лабораторных показателей по сравнению с исходными значениями. Регулярный лабораторный мониторинг позволяет своевременно выявлять осложнения и оптимизировать терапию данного контингента детей.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ И НЕЙРОНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭНОЛАЗЫ ПРИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ

Салихова К.Ш., Бахрамова Ш.М., Касымова З.И.

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

Актуальность. Фактор роста эндотелия сосудов (VEGF) — один из ключевых регуляторов ангиогенеза, сосудистой проницаемости и репаративных процессов. Повышение уровня VEGF при гипербилирубинемии связано с тканевой гипоксией, активацией транскрипционного фактора HIF-1α и эндотелиальным повреждением. Умеренное повышение VEGF носит компенсаторный характер, улучшая микроциркуляцию и доставку кислорода к тканям. Однако чрезмерная экспрессия VEGF может привести к избыточной сосудистой проницаемости, отёку тканей и нарушению гематоэнцефалического барьера. Нейронспецифическая энолаза (NSE) — фермент гликолиза, локализованный преимущественно в нейронах и нейроэндокринных клетках. Повышение уровня NSE в сыворотке крови отражает повреждение нейронов вследствие токсического действия билирубина. При тяжёлой гипербилирубинемии и развитии билирубиновой энцефалопатии наблюдается значительное увеличение концентрации NSE, что свидетельствует о выраженном нейрональном повреждении.

Цель: изучить корреляционную взаимосвязь показателей VEGF и NSE в генез гипербилирубинемии у младенцев

Материалы и методы. Для решения поставленных цели обследовано 155 новорожденных.1–основная группа - 115 младенцев с затяжной неконьюгированной гипербилирубинемией; 2 группа сравнения - 40 с физиологической желтухой; Контрольную группу составили 20 практически здоровых доношенных новорожденных. Все дети были вакцинированы против гепатита В.

Результаты. Более высокие показатели НСЭ зарегистрированы у детей основной группы, имевших высокий уровень непрямой фракции билирубина в крови. В исследуемой группе детей с затяжной гипербилирубинемией отмечено высокое содержание НСЭ, которое было достоверно выше показателя сравниваемой группы ($p<0,05$). У 92 (80%) младенцев с затяжной желтухой регистрировалось снижение значений НСЭ к 1 месяцу жизни в 1,7 раза по сравнению с показателем на 14 сутки жизни. Это может свидетельствовать о снижении деструктивных процессов нейронов и улучшению клинических проявлений в возрасте одного месяца. У 34 (30%) младенцев показатели НСЭ имеют тенденцию к снижению, но остаются повышенными в 1,4 раз по сравнению с показателями детей с физиологической желтухой, и достоверно превышали аналогичные данные группы контроля ($p<0,001$). **VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor)** — основной ангиогенный фактор, регулирующий рост и проницаемость сосудов. При нарастании гипербилирубинемии наблюдается параллельное увеличение уровней VEGF и NSE. Степень их повышения положительно коррелирует ($r > 0,6–0,8$) — чем выше VEGF, тем выше NSE. Это отражает связь между сосудистыми и нейрональными повреждениями при билирубиновой интоксикации.

Вывод. Между VEGF и NSE при гипербилирубинемии существует достоверная положительная корреляция, отражающая взаимосвязь эндотелиального и нейронального повреждения. Их совместное определение имеет высокую диагностическую и прогностическую ценность. Совместное исследование уровней VEGF и NSE позволяет оценить степень эндотелиально-нейрональной дисфункции при гипербилирубинемии. Повышение обоих маркеров служит биохимическим индикатором тяжёлого течения заболевания и риска развития билирубиновой энцефалопатии. Фактор роста эндотелия сосудов (VEGF) и нейронспецифическая энолаза (NSE) являются важными биомаркерами при гипербилирубинемии. Их комплексное определение способствует ранней диагностике, оценке тяжести патологического процесса и прогнозированию исходов заболевания.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ ПРИ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЁГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

Салихова К.Ш., Марифалиева М.З., Нуртаева Ч.К.
Республиканский специализированный научно- практический медицинский центр педиатрии, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Ранняя диагностика лёгочной гипертензии у таких пациентов имеет ключевое значение, однако традиционные инструментальные методы (эхокардиография, катетеризация) не всегда доступны или чувствительны на ранних стадиях. В связи с этим поиск надёжных лабораторных биомаркеров, отражающих степень сердечно-лёгочной нагрузки, приобретает особую актуальность. Натрийуретические пептиды (NT-proBNP) в последние годы рассматриваются как перспективные маркеры диагностики и мониторинга лёгочной гипертензии у детей с бронхолёгочной дисплазией. Изучение их диагностического значения позволяет улучшить раннее выявление кардиопульмональных нарушений и своевременно корректировать терапию, что делает данное направление актуальным и клинически значимым.

Цель исследования. Определить диагностическое значение натрийуретических пептидов (NT-proBNP) при лёгочной гипертензии у детей с бронхолёгочной дисплазией для раннего выявления и оценки тяжести кардиопульмональных нарушений.

Материалы и методы. Для обследования были отобраны 74 ребёнка в возрасте от 1 месяца до 12 месяцев. У всех детей была диагностирована бронхолёгочная дисплазия (БЛД). В рамках исследования дети были разделены на две группы в зависимости от наличия или отсутствия лёгочной гипертензии (ЛГ). 1-ю группу составили 41младенца гестационным сроком 26-31 недель массой тела при рождении 920,5±75,8 гр, длиной тела – 39,3±2,5 см., БЛД +ЛГ. Во 2-ю группу вошли 33 новорожденных со сроком гестации 32-36 недель, с БЛД, но без признаков лёгочной гипертензии, массой тела - 1608,5±125,47 гр., длиной тела – 42,9±1,2 см. Диагноз «бронхолегочная дисплазия» был установлен согласно международной классификации болезней X пересмотра. Диагноз легочной гипертензии был установлен при помощи ЭхоКГ, когда среднее давление в легочной артерии в состоянии покоя превышало 25 мм рт. определяли с помощью непрерывно волновой доплерографии. N-proBNP определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) сыворотки крови.

Результаты исследования. Концентрация сосудистых маркёр NT- proBNP в крови больных БЛД +ЛГ была статистически значимо выше контрольных значений (p =0,001,). Так, концентрация NT-proBNP у больных без ЛГ составила 151,16 пг/мл, у больных с БЛД + ЛГ 333.5 пг/мл. Повышение концентрации данного пептида было прямо пропорционально повышению СДЛА. Повышение концентрации NT-proBNP в крови больных ЛГ статистически значимо прямо коррелировало с уровнем СДЛА (r = 0,67; p = 0,05).

Выводы. Таким образом, у детей с бронхолёгочной дисплазией развитие лёгочной гипертензии сопровождается достоверным повышением уровней натрийуретических пептидов (BNP и NT-proBNP) в сыворотке крови. Концентрация NT-proBNP прямо коррелирует с тяжестью лёгочной гипертензии и степенью перегрузки правых отделов сердца по данным эхокардиографии. Включение определения натрийуретических пептидов в комплексное обследование детей с БЛД способствует своевременному выявлению кардиопульмональных осложнений и улучшению прогноза заболевания.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ (БОС+ДЕСМОПРЕССИН) ПРИ НОЧНОМ ЭНУРЕЗЕ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Салихова С. М. [1,2]

[1]**Ташкентский Государственный Медицинский Университет, г.Ташкент, Узбекистан**

[2]**Alfraganus University, г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Ночной энурез (НЭ) у детей - одно из наиболее частых нейроурологических и неврологических нарушений, которое может серьёзно влиять на психосоциальное функционирование и эмоциональное развитие ребёнка. Традиционные методы лечения, включая фармакотерапию (например, десмопрессин), поведенческую терапию и механические стимулы (например, ночной аларм), не всегда обеспечивают стабильную ремиссию и могут сопровождаться рецидивами. В последние десятилетия терапия биологической обратной связи (БОС, biofeedback therapy, BFT) рассматривается как дополнительный неинвазивный подход, направленный на усиление произвольного контроля мышц тазового дна и активацию центральных механизмов регуляции мочеиспускания.

Цель. Оценить клиническую эффективность, неврологические корреляты и безопасность применения БОС в комбинации со стандартной терапией по сравнению с монокурсом стандартной терапии у детей с первичным ночным энурезом.

Материалы и методы. Проведено рандомизированное контролируемое исследование с участием 62 детей (возраст от 5 до 12 лет, средний возраст 9,2±3,5 года) с диагнозом первичного ночного энуреза. Пациенты были распределены на две группы: контрольная группа (n=28): получали стандартную терапию (десмопрессин, поведенческую терапию и ночной аларм). Основная группа (n=34): помимо стандартной терапии - курс тренировки БОС, включающий ЭМГ-обратную связь мышц тазового дна, 2–3 сеанса в неделю в течение 12 недель. Неврологические корреляты оценивались с помощью ЭЭГ (альфа и тета-ритма,

индексы кортикальной активации), а также приёмов когнитивно-поведенческого анкетирования для оценки поведенческих и эмоциональных изменений. Статистический анализ использовал t-тесты, U-критерий Манна–Уитни, χ^2-тесты, а также моделирование регрессией для выявления независимых предикторов ответа.

Результаты. По завершении курса: основная группа показала более значительное уменьшение количества «мокрых» ночей (среднее снижение 4±1) по сравнению с контролем (2± 0,5 p < 0,01). Процент полной ремиссии был выше: 55-60 % против 30-35 % в контрольной группе. Объём остаточной мочи уменьшился значительнее в группе БОС (на 30–40 % против 10–20 %). ЭЭГ-данные продемонстрировали статистически значимое увеличение мощности альфа-ритма (15-20%), снижение относительной доли тета-активности и улучшение индексов формирования кортикальной активации (p<0,05). Поведенческие анкеты выявили достоверное улучшение эмоционального состояния, снижение тревожности и повышение самооценки в основной группе. Побочные эффекты отсутствовали.

Выводы. Данное исследование показывает, что добавление БОС-терапии к стандартному лечению ночного энуреза может усиливать терапевтический эффект: улучшать клинический контроль уринарной функции, способствовать стабилизации центральных регуляторных механизмов мочеиспускания и оказывать положительное влияние на эмоционально-поведенческую сферу ребёнка. Метод выглядит безопасным и перспективным, однако результаты подлежат подтверждению в крупных многоцентровых рандомизированных исследованиях с длительным сроком наблюдения.

.

КЛИНИКО-ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Ташматова Г.А., Обидова Б.А.

[1]Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан

[2]Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Аннотация. По данным Всемирной организации здравоохранения, пневмония является одной из основных причин детской смертности во всем мире. Поиск путей совершенствования этиологической диагностики и лечения пневмоний у детей продолжается. Атипичная пневмония у детей в последние десятилетия приобрела особое значение в педиатрической практике в связи с ростом заболеваемости, изменением клинических проявлений и усложнением патогенетических механизмов болезни. В отличие от классических бактериальных пневмоний, вызванных Streptococcus pneumoniae или Haemophilus influenzae, атипичные формы чаще связаны с Mycoplasma pneumoniae, Chlamydophila pneumoniae, Legionella pneumophila и вирусными агентами.

Цель исследования — выявить клинико-иммунопатологические особенности микроциркуляторных расстройств при атипичной пневмонии у детей.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 57 больных детей, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении клиники Ташкентского государственного медицинского университета. В зависимости от этиологического фактора заболевания больные внебольничной пневмонией были разделены на две группы: I группа – 27 больных с атипичной пневмонией микоплазменной этиологии (*Mycoplasma pneumoniae*); II группа – 30 больных с пневмонией типичной бактериальной этиологии.

Результаты исследования. Результаты сравнительного анализа изучаемых показателей у больных с микоплазменной пневмонией (I группа) и типичной пневмонией (II группа) показали, что наибольшее количество детей с *Mycoplasma pneumoniae* относилось к возрастной группе старше 6 лет (56,7%, *p* <0,05). В группе типичной пневмонии, напротив,

достоверно чаще встречались дети младшего возраста до 6 лет (p <0,05). У детей I группы отмечался более постепенный дебют заболевания: в большинстве случаев начало характеризовалось субфебрильной температурой тела (56,5% против 26,7% во II группе, p <0,05), сухим кашлем (73,9% против 41,7%, p <0,05) и умеренно выраженными симптомами интоксикации. У детей I группы отмечался более постепенный дебют заболевания: в большинстве случаев начало характеризовалось субфебрильной температурой тела (56,5% против 26,7% во II группе, p <0,05), сухим кашлем (73,9% против 41,7%, p <0,05) и умеренно выраженными симптомами интоксикации. У ряда пациентов (34,8%) выявлялся бронхообструктивный синдром, что достоверно чаще, чем у детей с типичной пневмонией (13,3%, p <0,05). Продолжительность лихорадочного периода в среднем составляла 6,8 ± 1,2 дней, что было статистически значимо больше, чем у детей II группы (4,2 ± 0,9 дней, p <0,05).

Во II группе (типичная пневмония) начало заболевания характеризовалось острым подъемом температуры до 38,5–39,5 °C, выраженным синдромом интоксикации, одышкой и влажным кашлем с выделением мокроты. Продолжительность лихорадки была достоверно короче, чем у больных микоплазменной пневмонией (p <0,05), но выраженность клинических симптомов в первые дни болезни была значительно сильнее.

Выводы. У детей с микоплазменной пневмонией достоверно чаще заболевание наблюдалось в возрасте старше 6 лет (56,7%, p <0,05), с постепенным началом, субфебрильной температурой, затяжным кашлем и бронхообструктивным синдромом. Микроциркуляторные нарушения (расширение и извитость капилляров, стаз, снижение микроциркуляторного индекса) указывают на эндотелиальную дисфункцию и позволяют рассматривать микоплазменную пневмонию как системное заболевание, требующее учёта сосудисто-эндотелиальных изменений при выборе терапии и профилактике осложнений.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ

Темиров С.А.[1], Каримова Н.И.[2]
[1]Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан
[2]Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Акутальность. В последние годы, по данным ВОЗ, в развивающихся странах наблюдается резкий рост родовспоможения путём операции кесарев сечения (КС). Это связано с растущей тенденцией данного вида родовспоможения, которое создает необходимость изучения влияния этой операции на будущее развитие ребенка. Это составляет от 30 до 70% от общего числа рождений в разных странах мира. Анализ особенностей адаптации в неонатальном периоде у 587 младенцев, родившихся с помощью операции кесарево сечения, показывает, что нарушения этого процесса связаны со снижением лактации у матерей, случаи гипогалактии были выявлены чаще при искусственном вскармливании младенцев. Разлучение матери и ребенка на ранней стадии, позднее прикладывание ребенка к груди, перевод ребенка на искусственное вскармливание в раннем младенчестве и другие факторы оказывают значительное влияние на здоровье и развитие ребенка.

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ анамнестических особенностей развития детей, родившихся путем операции кесарево сечения, а также родившихся естественным путем.

Материалы и методы исследования. В качестве материала исследования были изучены истории болезни детей, рожденных после 100 физиологических родов и 100 операций КС в отделении патологии детей раннего возраста в ОДММЦ Андижанской области в 2024 году, получавшего лечение с диагнозом внебольничная пневмония.

Результаты исследования. Дети были разделены на две группы: основную группу составили дети, родившиеся после операции кесарево сечения, а контрольную группу

составили дети, родившиеся физиологически. Для того чтобы достоверность полученных данных была высокой, к обследованию были привлечены дети в возрасте до 3 лет, в равных количествах для каждой группы. Пациенты были обследованы в группах по 3 человека. Дети в возрасте до 1 года в основной группе (n=19), 1-2 года (n =19), 2-3 года (n =12). Дети в контрольной группе были распределены в том же порядке. При сопутствующих заболеваниях также изучаются у детей с ОИ: аллергические заболевания (атопический дерматит, пищевая аллергия, экссудативно-катаральный диатез (21,2% от основной группы, соответственно - контрольная группа 16,5%), нарушения белкового обмена (паратрофия, гипотрофия) 24,5% и 17,6%, ОИР (9,2% -1,2%), соответственно. Бронхит (5,6% -3,2%), отит (1,1%-0,8%), бронхопневмония (8,8% -4,3%), внебольничная двусторонняя пневмония (6,6%-4,8%), омфалит (0,8%-0%), дакриоцистит (2,2%-1,3%), конъюнктивит (1,5%-2,6%), рахит (11,2%-9,7%), перинатальная энцефалопатия (3,5%-1,9%), афтозный стоматит (1,9%о-3,5%), врожденный порок сердца (0%-4,5% соответственно), микроцефалия (1,1% соответственно). Дети, родившиеся после операции КС, страдали относительно высокими показателями воспаления верхних и нижних дыхательных путей и аллергическими заболеваниями. Было установлено, что дети в основной группе находились на смешанном вскармливании в 47,9% случаев, в то время как дети в контрольной группе находились на смешанном вскармливании в 44,2% случаев.

Вывод. Дети, родившиеся после операции КС, страдали относительно высокими показателями воспаления верхних, нижних дыхательных путей, аллергическими и неврологическими заболеваниями, в отличие от детей контрольной группы. В связи с этим следует провести исследования, принимая во внимание тот факт, что неврологические признаки, наблюдаемые у детей, рожденных после операции КС, впоследствии могут привести к изменениям в нервной системе как в дошкольном, так и в школьном периодах.

ИММУНОДИАТЕЗЫ КАК ФАКТОР РИСКА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

[1]Тешабоев У. М., [2]Рахманова Л. К., Ганиева М.Ш.
[1]Андижанский государственный медицинский институт,
[2]Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В настоящее время врожденные пороки сердца являются самой обширной по численности и значимости нозологической группой в связи с высокими показателями выявляемости и смертности среди детского населения, так как на каждую 1000 новорожденных рождается 5-20 детей с врожденными пороками сердца. Иммунодиатезы (ИД), в том числе лимфатический диатез (ЛД) характеризуется развитием вторичного неклассифицированного иммунодефицита, синдромов «лимфатического статуса» и «внезапной смерти».

Цель работы: оценить роль иммунодиатеза в течении врожденных пороков сердца у детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 20 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, страдающих врожденными пороками сердца (ВПС). Из них: 10-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 ИД. Полученные данные обработаны по методу Стьюдента.

Результаты. По результатам исследований у больных было выявлено диагностические критерии ИД, такие как: генерализованное увеличение периферических лимфатических узлов-89,0%, высокий инфекционный индекс-88,0%, патологическое

течение беременности у матери-100,0%, гипотония, гиподинамия-98,0%, наличие хронических очагов инфекции-97,4%, снижение IgA-78,0%, моноцитоз-67,0%, крупный вес при рождении-65,0%, брадикардия-58,0%, лимфоцитоз-95,0%, «фонтанная рвота»-48,0%, «петушиный крик» при плаче-64,0%, пастозность лица-84,0%, нервная лабильность-82,0%, увеличение СОЭ-75,0%, дисфункция эндокринной системы-70,8%, диспропорция телосложении-45,0%, врожденная тимомегалия-49,0% (P<0,001-0,01-0,05).

В клинических проявлениях ВПС высокий процент составили следующие симптомы, такие как нарушение гемодинамики (100,0%), сердечные шумы (100,0%), бледность кожных покровов (100,0%), снижение аппетита (75,0%), гепатомегалией (55,0%), гипоксемический криз (34,2%), кардиомегалия (100,0%), слабость (90,0%), цианоз носогубного треугольника (58,0%), акроцианоз (42,0%) (P<0,001-0,01).

Основному заболеванию у наблюдаемых детей сопутствовали следующие патологии, которые составили статистически достоверно большой процент у детей тетрада Фалло по сравнению с ДМЖП: рецидивирующий бронхит (70,9%; 58,0%), гипоплазия щитовидной железы (61,6%; 56,6%), анемия (87,2%; 91,4%), хронический тонзиллит (85,8%; 95,1%), аденоиды (43,0%; 45,0%), гельминтоз (36,9%; 41,4%), гастродуоденит (18,7%; 32,3%) соответственно (P<0,001-0,01-0,05).

Вывод. Иммунодиатезы являются как фактором риска тяжелого течения врожденных пороков сердца у детей, которой проявляется в виде выраженности клинико-лабораторной симптоматики, ускорение прогрессирование заболевания и подтверждают о необходимости проведение ранних профилактических мероприятий при ведении таких больных.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Тожидинов У.А.[1], Каримова Н.И.[2]
[1]Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан
[2]Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Рост инфекционных заболеваний респираторной системы является актуальной проблемой современной педиатрии. Большую часть из них вызывают вирусы, тропные к эпителию респираторного тракта, поражающие как верхние, так и нижние дыхательные пути. В качестве этиологических факторов, вызывающих обструктивный бронхит, на первом месте стоят вирусы, имеющие тропность к эпителию дыхательных путей (респираторно-синцитиальный вирус, риновирус, вирус парагриппа, аденовирус. Среди бактериальных инфекций, преобладают стрептококки – от 32 до 40 % случаев, реже гемофильная инфекция и моракселла – 12–15 % случаев.

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

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 65 детей, в возрасте 1-3 лет, госпитализированных в 2024–2025 гг. в отделение пульмонологии ОДММЦ Андижанской области с диагнозом острый обструктивный бронхит (ООБ). В ходе исследования оценивались показатели перинатального, аллергологического анамнеза и тип вскармливания.

Результаты исследования. Среди обследованных детей (65) обструктивный бронхит у мальчиков встречался в 2 раза чаще – 44 (67,7%), у девочек было соответственно – 21 (32,3%). Преобладание у мальчиков в 1,9–2,6 раза количественно сохранялось в выделенных возрастных группах, хотя достоверность преобладания, статистически не подтвердилась (P>0,05), возможно из-за небольшого количества наблюдений. При анализе анамнеза выявлено, что из 65 детей 58 (89,2%) родились доношенными и 7 (10,8%) от преждевременных родов. При этом из 58 доношенных пациентов 10 (17,2%) имели отягощенный анамнез по аллергическим заболеваниям, а из 7 недоношенных – 3 (42,9%),

различия в аллергической отягощенности среди доношенных и недоношенных не были значимы. Среди детей, госпитализированных с ООБ, достоверно преобладали дети, находящиеся на искусственном вскармливании 40 (61,5%). Даже из детей с отягощенным аллергическим анамнезом (13 детей; 20,0 % от общего количества) на грудном вскармливании находились только 4 (6,2%) пациентов, а на искусственном в 2 раза больше – 9 (13,8%). Клиническое течение ООБ характеризовалось постепенным началом с длительного сухого кашля и дальнейшим нарастанием синдрома БО. В мазках из зева и носа были выделены: метапневмовирусная инфекция – 20 %, риновирусная инфекция – 3,1%, аденовирусная инфекция – 3,1%, РНК респираторно-синцитиальной инфекции – 1,5%, бокавирусной инфекции – 1,5%. Из бактериальных патогенов в носоглотке присутствовали – Staphilococcus aureus (23,1%), встречались реже – Streptococcus epidermidis (10,8%), Streptococcus anginosus (4,6%), Enterobacter aerogenes (3,1%). Этиологическими лидерами вирусно-микробных ассоциаций при ООБ в 26,2% случаев достоверно являлись метапневмовирус и аденовирус в ассоциации с микоплазмой пневмонии или золотистым стафилококком ($P<0,05$).

Вывод. Среди госпитализированных детей раннего возраста обструктивный бронхит встречается в 2 раза чаще у детей мужского пола, находящихся на искусственном вскармливании. Ведущие этиологические агенты ООБ в осенне-зимнем сезоне – метапневмовирус, аденовирус, риновирус. ООБ у детей раннего возраста в 26,1 % случаев вызывается вирусно-микробными ассоциациями. Этиологическими лидерами вирусно-микробных ассоциаций ООБ достоверно являлись метапневмовирус и аденовирус в сочетании с микоплазменной или стафилококковой инфекцией, что существенно утяжеляло течение ООБ и вызывало необходимость применения антибактериальных препаратов.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЕЙНЫХ МЕДСЕСТЕР ПО УХОДУ ЗА ДЕТЯМИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Тохтаева Д.М., Шомансурова Э.А.
Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность.Детский сахарный диабет является одной из важнейших проблем современной медицины, и заболеваемость среди детей неуклонно растет. По оценкам ВОЗ, число больных сахарным диабетом в мире составляет 177 миллионов человек, а к 2025 году число больных достигнет 300 миллионов. В 2007 г. общее количество детей в мире (0-14 лет) составляло 1,8 млрд, из них 0,02% страдали сахарным диабетом. Это означает, что примерно 440 000 детей во всем мире будут болеть диабетом.

Цель исследования: определить роль семейных медицинских сестер в профилактике осложнений сахарного диабета у детей в амбулаторно-поликлинических условиях и изучить работу, проводимую в этом направлении.

Методы исследования. Исследование проведено среди детей с сахарным диабетом и здоровых детей г.Ташкента, на основании собранных анкет, материалы проанализированы по основным параметрам статистическими методами.

Результаты и обсуждение. По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время в мире насчитывается более 175 миллионов больных сахарным диабетом, и их число неуклонно растет и, как ожидается, к 2025 году достигнет 300 миллионов. Согласно анализу результатов 37 международных исследований, проведенных в 27 изучаемых странах, во всем мире показана тенденция неуклонного роста заболеваемости и распространенности сахарного диабета. По его данным, количество детей с сахарным диабетом 1 типа в ранее зарегистрированных заболевших популяциях ежегодно растет в среднем на 3%. особенно высокий рост заболевания наблюдается у детей до 5 лет, причем

они отмечаются в отношении больных от 5 до 15 лет. Диабет 2 типа также встречается у детей и подростков всех национальностей и этнических групп, но чаще встречается у афроамериканцев, латиноамериканцев, выходцев из Южной Азии и жителей островов Тихого океана, чем у других. По мнению многих авторов, одной из основных причин того, что более 70% детей с СД имеют неадекватные показатели компенсации заболевания, является высокая распространенность поздних осложнений, обусловленная неспособностью больных и их семей управлять заболеванием из-за отсутствия медицинское образование.

Вывод. Ранняя диагностика сахарного диабета имеет большое значение в системе здравоохранения, профилактика заболевания, повышение медицинских знаний больных и членов их семей, а также обучение больных самоконтролю позволяют предотвратить осложнения заболевания. следует вести динамическое наблюдение за больными, выявлять первые симптомы осложнений и своевременно направлять больного к узким специалистам, что очень важно в работе медицинской сестры.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ МУКОВИСЦИДОЗА В ПЕДИАТРИИ

Узакова Ш.Б., Шамсиев Ф.М., Иномов Б.Н., Азизова Н.Д., Каримова М.Х., Мирсалихова Н.Х.

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

Актуальность. Среди пяти тысяч орфанных заболеваний, описанных к настоящему времени, муковисцидоз является самым распространённым. Муковисцидоз является универсальной экзокринопатией, при которой страдают практически все органы и системы. Проблема своевременной диагностики и правильного ведения пациентов с муковисцидозом актуальна не только в нашей стране, но и во всем мире. Несмотря на достигнутые за последние десятилетия успехи в изучении этого сложного заболевания, в его диагностике и терапии все еще сохраняются сложности.

Цель исследования — анализ клинико-диагностических характеристик детей с муковисцидозом.

Материалы и методы исследования. В настоящей работе представлены данные обследования 30 больных в возрасте от 3 мес. до 6 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии, патологии раннего возраста и гастроэнтерологии РСНПМЦ Педиатрии МЗРУз. Также изучены показатели 10 практически здоровых детей того же возраста. Проведена оценка результатов клинических, лабораторных, функциональных исследований, уровня фекальной эластазы 1, проводилась потовая проба для определения хлоридов пота с помощью экспресс-метода MACRODUCT (США), проводились генетические исследования мутации муковисцидозного трансмембранного регулятора (МВТР) копрологического исследования и антропометрических данных. **Результаты исследования.** У большинство больных диагностирована смешанная форма муковисцидоза – 80%, кишечная форма – у 10% больных, легочная форма у 10% детей. Из общего числа больных мальчиков было - 70% и девочек –30%. Общее состояние больных на день поступления было расценено как тяжёлое у 20% и среднетяжелое у 80% детей.

Основные клинические симптомы у детей, больных с муковисцидозом были постоянный кашель со слизистой и слизисто- гнойной мокротой, одышка, пероральные хрипы, вялость и потеря аппетита. Бронхолегочные изменения у детей играют решающую роль в клинической картине муковисцидоза и в 90% случаях определяют течение и прогноз заболевания. Скрининговое обследование показало высокий уровень ИРТ более чем 100±15нг/мл у 60% детей, более 150±17нг/мл у 20% и больше 250±18нг/мл у 20% больных муковисцидозом, что и являлся группой риска на МВ. Высокий уровень ИРТ у детей данной группы послужил показанием для проведения ДНК-диагностики. Результаты генетических обследований

среди всех мутаций МВТР у всех детей, преобладающим по частоте мутацией, является мутация del F508. У 60% больных МВ уровень панкреатической эластазы-1 в кале выявило тяжелую экзокринную недостаточность. При исследовании потового теста у детей с МВ результаты были положительными у 13 больных, самый низкий из положительных результатов было 89 ммоль/л и самый высокий результат 187 ммоль/л. Среднее содержание хлоридов пота при проведении потового теста во время диагностики болезни составило — 121 ммоль/л.

Вывод. Таким образом, применение современных методов ранней диагностики муковисцидоза у детей позволит разработать эффективные стратегии лечения, замедлить прогрессирование бронхолёгочной патологии и увеличить продолжительность жизни пациентов. Основными клиническими проявлениями муковисцидоза у детей являются постоянный кашель с выделением слизистой или слизисто-гнойной мокроты, одышка, пероральные хрипы, а также вялость и снижение аппетита. Ключевыми диагностическими показателями у пациентов с муковисцидозом являются высокая частота мутации гена МВТР delF508, которая однозначно способствует тяжёлому течению заболевания с генетически обусловленной недостаточностью функции поджелудочной железы, а также положительные результаты потовой пробы, что позволяет своевременно корректировать терапию.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Умарова М.Э.
Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Электромагнитные поля – это области, где действуют электрические и магнитные силы, а электромагнитные волны – это распространяющиеся возмущения этих полей, которые являются поперечными и состоят из взаимосвязанных электрического и магнитного полей, колеблющихся перпендикулярно друг другу и направлению распространения волны. Возникают они благодаря ускоренно движущимся зарядам и переносят энергию, способны распространяться в любых средах, включая вакуум, со скоростью света. Примеры – радиоволны, микроволны, инфракрасное излучение, видимый свет и рентгеновские лучи.

В силу различий в физических свойствах различные диапазоны электромагнитного спектра оказывают различное воздействие на биологические организмы. При этом особенно важна энергия отдельных фотонов. Она постоянно увеличивается с ростом частоты

Эксперты считают, что электромагнитное загрязнение — самое быстрорастущее воздействие человека на окружающую среду с середины XX века. Всё дело в стремительном развитии технологий, изобретении новых приборов и росте количества устройств у людей. Самые высокие значения электромагнитного поля наблюдаются под высоковольтными линиями электропередач или рядом с трансформаторами и электрическими подстанциями.

Многочисленные исследования ученых привели к выводу, что воздействие электромагнитных полей на организм человека и животных отрицательно, его последствием являются нарушения работы внутренних органов и развитие различных заболеваний.

Цель: изучить влияние электромагнитных полей на здоровье детей.

Материалы и методы. Использовались следующие методы: клиническое наблюдение - общее клиническое, неврологическое, психопатологическое, нейропсихологический, анализ статистических данных.

Результаты и их обсуждение. Головной мозг, центральная и периферическая нервная система – вот первые объекты, которые могут подвергнуться воздействию внешних полей, не говоря о нежелательных эффектах в других частях организма и об изменениях, происходящих на клеточном уровне. Нами проводились исследование воздействие электромагнитных полей на организм и выявлено, что электромагнитные волны приводят к неблагоприятным изменениям в организме, сопровождающиеся: угнетением центральной

нервной системы (замедление реакции - 54%, ухудшение памяти - 34%, депрессии разной тяжести - 43%, повышенная возбудимость - 67%, раздражительность - 86%, нарушения сна - 45%, бессонница -13%, резкие перепады настроения -41%, головокружения -68%, слабость-88%). Растущие и развивающиеся ткани детей более восприимчивы к волнам, поэтому они находятся в зоне особого риска. Нами установлено, что электромагнитное поле достаточной интенсивности может изменять картину высшей нервной деятельности человеческого мозга. что отражало в отклонения в сигналах электроэнцефалограммы: десинхронизацию и изменение частоты основных ритмов.

Предполагается, что низкочастотные магнитные поля запускают в теле человека дополнительные токи, которые могут вызывать лишнее напряжение в мышцах и нервах. Электрическое поле низкой частоты может влиять на направление естественных микротоков в живом организме и мешать биологическим процессам. Например, снизить скорость и качество передачи сигналов между нервными клетками, а значит, замедлить реакции организма или нарушить координацию

Выводы. Таким образом, магнитное поле оказывает значительное влияние на функционирование всех систем и органов. Длительное воздействие электромагнитных полей (ЭМП) может приводить к нарушениям сна, головным болям, повышенной утомляемости, а также негативно влиять на нервную, сердечно-сосудистую и эндокринную системы, снижать иммунитет и повышать риск развития некоторых онкологических заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА МИКРОБИОТЫ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Урумбоева З.О.[1], Каримова Н.И.[2]
[1]Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан
[2]Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) – является одним из самых быстро растущих аллергических заболеваний респираторного тракта. В настоящее время исследование этиологии и патофизиологии БА является актуальным. Научные исследования показали, что существует несколько микроорганизмов, участвующих в формировании бактериальных групп в ранних стадиях развития дыхательных путей. Воспалительные процессы в носоглотке разрушают неспецифические барьеры для аллергенов и других поллютантов. Изменения в микробиоме можно рассматривать как индикатор дисбактериоза в дыхательных путях при БА.

Цель исследования. Определить микробиологические особенности слизистой оболочки верхнего отдела респираторного тракта у детей с БА и дать сравнительную характеристику микрофлоры.

Материалы и методы исследования**.** Нами было обследовано 28 детей с бронхиальной астмой (БА) в возрасте от 5 до 15 лет (I), группу сравнения составили 28 детей с рецидивирующим бронхитом с синдромом бронхиальной обструкции (РБ СБО) (II), группу контроля составили 30 практически здоровых детей, того же возраста. Исследование было проведено в отделении пульмонологии и аллергологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. Нами было исследовано микробиомы слизистой оболочки носоглотки и проведена сравнительная характеристика микрофлоры слизистой оболочки носоглотки.

Результаты исследования. При БА показатель содержания условно-патогенных микроорганизмов находилось в пределах референсных интервалов, за исключением *Haemophilus influenzae (*$28*10^4$ КОЕ/мл*)*. В группе больных БА на слизистой обнаружены бактерии *Streptococcus haemolyticus (*$1,5*10^3$ КОЕ/мл*)*, *Enterococcus faecium (*10^3 КОЕ/мл*)*, *Enterococcus faecalis (*10^3 КОЕ/мл*)*, которые не выявлены в группе контроля. При РБ СБО содержание КОЕ *Streptococcus pneumoniae (*$25*10^4$ КОЕ/мл*)* статистически значимо выше по сравнению с группой контроля. При этом такие возбудители, как *Haemophilus influenzae*,

Enterococcus faecium, Enterococcus faecalis, которые были обнаружены при БА, при РБ СБО, как и в группе контроля, отсутствовали. При БА установлено высокое содержание микроорганизмов рода *Staphylococcus (*$5*10^6$*), Streptococcus* (10^8 КОЕ/мл) и *Enterococcus* ($5*10^4$ КОЕ/мл) при БА относительно группы контроля. Общей особенностью микробного пейзажа слизистой оболочки носоглотки при БА, является статистически значимо высокое содержание всех исследуемых микроорганизмов (*Staphylococcus, Streptococcus, Enterococcus, Enterobacteriaceae*) и, соответственно, общего количества микробной флоры относительно группы контроля. При РБ СБО определено статистически значимо высокое содержание микроорганизмов рода *Staphylococcus spp.(*$5,2*10^5$ КОЕ/мл*), Streptococcus spp*. (10^6 КОЕ/мл) и *Enterobacteriaceae spp.* (10^5 КОЕ/мл) относительно группы контроля.

Вывод При БА установлено преобладание условно-патогенных микроорганизмов по сравнению с РБ СБО. Полученные нами результаты исследования можно расценить как явления дисбактериоза, наступившего вследствие снижения местного и системного иммунитета из-за трофических нарушений слизистой оболочки носоглотки. При БА определено более высокое содержание семейства *Enterobacteriaceae* и *Enterococcus* и низкое количество *Staphylococcus hominis*, чем при РБ СБО, что характеризует дисбактериоз, акцентируя важную роль этих семейств в запуске аллергического воспаления респираторного тракта атопического генеза.

НАРУШЕНИЯ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ III- IV СТЕПЕНИ

Усманова С.Б.[1], Иноятова Ф.И.[1], Шамансуров Ш.Ш.[2], Наджимутдинова Н.Ш[1].,
[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, г. Ташкент, Узбекистан.
[2]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Особенности в развитии сенсорной и моторной сферы детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе и детей с нарушениями слуха, были отмечены многими учёными и практиками уже давно, но прицельно возможные нарушения сенсомоторной интеграции, влияющие на освоение академических навыков, на формирование и развитие речи, не изучали. Ранняя диагностика дисфункции сенсорной интеграции, особенно в дошкольном возрасте, актуальна, поскольку именно в этом периоде происходит интенсивное формирование и психики, и моторики на основе тех предпосылок, которые сложились в раннем детстве, и развитие психомоторной организации готовности к последующему периоду развития. Своевременное назначение соответствующих методов коррекции улучшает прогноз нейроразвития и социальной адаптации.

Цель исследования. Определить особенности сенсорных нарушений у детей дошкольного возраста с сенсоневральной тугоухостью III- IV степени.

Материалы и методы иссследования: были обследованы 390 детей с СНТ III- IV степени и 200 детей без нарушений слуха в контрольной группе в возрасте 3-6 лет. В основной группе мальчиков было n=242(62%), а девочек n =148 (38%). В контрольной группе n=120 (60%) и n=80(40%) соответственно. По уровню развития в основной группе: Развитие в пределах нормы - n=300 (88%), Задержка этапов развития - n=80 (10,6%), Значительное отставание в развитии n=10 (1,3%). В контрольной группе: Развитие в пределах нормы - n=160 (88%), Задержка этапов развития - n=30 (15%), Значительное отставание в развитии n=10 (5%).

Для исследования нарушений сенсорной интеграции дети были обследованы на наличие следующих симптомов:

I. a. Сенсорная защита (по критериям T. May-Benson, 2006):

I. b. Сенсорный поиск,

I. c. Гравитационная неуверенность
I. d. Непереносимость движения
II. a. Невнимательность
II. b. Атипичный уровень общей двигательной активности
II. c. Коммуникативный дефицит
III. Диспраксия
Диагностику сенсорной сенситивности по протоколу сенсорных провокаций (L.Miller et al, 2001).

Результаты исследований. В подгруппе детей с нормальным развитием, группы детей с сенсоневральной тугоухостью нарушение сенсорной интеграции были выявлены в n=138 (46%), а в аналогичной подгруппе группы детей без нарушения слуха в n =50 (31 %) случаях.

В подгруппе детей с задержкой этапов развития нарушение сенсорной интеграции были выявлены в n=64 (80 %), а в аналогичной подгруппе группы детей без нарушения слуха в n =18 (60 %) случаях.

По качественным характеристикам сенсорных нарушений: симптомам «гравитационная неуверенность» (у 125 (32%) детей в основной и у 50 (25%) в контрольной группе) и «непереносимость движения» (у 59 (15%) детей в основной и у 20 (10%) в контрольной группе) разницы более выражены с преобладанием в группе детей с СНТ.

Признак невнимательности встречалась почти с одинаковой частотой (24 и 23 %), а вот по атипичному уровню активности превалирование было в группе детей без нарушения слуха (в основной группе у 35%, тогда как в контрольной у 45% детей), следует отметить что в контрольной группе были более 30 случаев гиперактивности без других симптомов нарушений: внимания, коммуникабельности, сенсорики или праксиса. Тогда как в основной группе изолированного симптома гиперактивности не встречалось. Превалирование почти в 2 раза по коммуникативной недостаточности (44% в основной против 20% контрольной группы), характерно по специфическим осложнениям основного заболевания в основной группе.

Диспраксия встречалась больше у детей контрольной группы (11,3% в основной против 16% контрольной группы).

По типам сенсорной защиты: в группе детей с НСТ преобладал обонятельный тип сенсорной защиты (у 36%), тогда как у детей без нарушений слуха чаще встречался тактильный тип (у 45%) сенсорной защиты.

Выводы. Нарушения сенсорной интеграции чаще встречаются у детей с СНТ в отличии от детей без нарушения слуха, как и в контингенте детей с задержкой развития и среди детей с нормальным уровнем развития. Частота встречаемости симптомов «сенсорной защиты» среди детей с СНТ идентично такому показателю среди детей без нарушения слуха. Но при этом, удетей с СНТ преобладает обонятельный тип, а у детейбез нарушения слуха тактильный тип сенсорной защиты. У дей с СНТ со значимым различием преобладает частоты встречаемости неостаточности развития коммуникативных навыков. Вышеизложенные данные указывают на необходимость включения скрининга нарушения сенсорной интеграции у детей с СНТ дошкольного возраста, для обеспечения более эффективного школьного обучения. Предложенный комплекс тестов для выявления нарушений сенсорной интеграции очень удобен к применению для практического применения врачам общей практики, педиатрам, неврологам, психологам.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Ханкелдиева Х.К.[1], Валижонов Ш.С.[1], Каримова Н.И.[2]
[1]Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан
[2]Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВбП) у детей является одной из наиболее распространенных патологий, поражающей различные возрастные группы населения. Совершенствование лечебно-диагностических тактик ведения детей с ВбП, оптимизация работы в лечебно –профилактических учреждениях является наиболее актуальной в решении этой проблемы. Высокая летальностью при данной патологии у детей раннего возраста становится объектом пристального изучения в современной медицине, это в значительной степени связано с необходимостью дополнительного комплексного изучения клинико-лабораторных особенностей внебольничной пневмонии у детей.

Цель исследования: определить клинико-микробиологические особенности внебольничной пневмонии у детей.

Методы и методы исследования. В работу включены результаты проведения ретроспективного анализа историй болезни за период 2015-2017 гг. и проспективное исследование 80 больных внебольничной пневмонией в возрасте от 6 месяцев до 15 лет, поступивших на стационарное лечение в отделении пульмонологии ТГМУ. Микробиологические исследования осуществляли в соответствии со стандартами современной клинической микробиологии, проводились путем забора материала из глубины зева и определяли по бактериоскопическому методу в мазках, окрашенных по Граму.

Результаты исследования. У большинства детей, бронхолёгочный процесс протекал на неблагоприятном преморбидном фоне и сопутствующей патологии, у 92,5% детей наблюдались анемия I - II степени, у 52,5% – рахит и его остаточные явления, у 21,3% больных - аллергический диатез, у 42,5% больных – белково-энергетическая недостаточность питания и у 18,8% больных – перинатальнке поражения нервной системы. Заболевания ЛОР органов установлены у 35,0% детей. В основном, внебольничная пневмония протекала в среднетяжелых формах – 97,5% случаев. При поступлении в стационар для всех больных внебольничной пневмонией был характерен выраженный синдром интоксикации: повышение температуры тела у – 95,0%, вялость у - 56,3%, бледность у - 75,0%, потливость у - 38,7% детей и снижение аппетита у - 90,0% детей. Одним из характерных и постоянных признаков является кашель, который наблюдается у - 100,0% детей. Этиология внебольничной пневмонии связана с микрофлорой, колонизирующейся в верхних отделах дыхательных путей. На основании результатов можно утверждать, что основными возбудителями внебольничной пневмонии являются *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus pneumoniae*.

Вывод. Таким образом, практическое использование современной классификации пневмоний с выделением внебольничных, госпитальных и внутриутробных, а также типичных и атипичных форм заболевания позволяет не только предполагать с высокой долей вероятности этиологию заболевания, но и рационально строить тактику антимикробной терапии.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Ханкелдиева Х.К.[1], Аллаярова Н.А.[1], Каримова Н.И.[2]
[1]Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан
[2]Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Одной из наиболее актуальных медико –социальных проблем современной медицины являются болезни органов дыхания. Из них наиболее распространенной патологией, поражающей различные возрастные группы населения, является пневмония. Несмотря на большие усилия ученых и практических врачей медицины, проводимых работ в лечебно –профилактических учреждениях работниками здравоохранения этот вопрос является наиболее актуальной в педиатрии. Внебольничная пневмония (ВбП) становится объектом пристального изучения в современной медицине, это в значительной степени связано с высокой летальностью при данной патологии у детей раннего возраста.

Цель исследования. Изучение роли цитокинов в патогенезе внебольничной пневмонии у детей.

Материал и методы исследования. Клинико-лабораторные обследование поведено у 57 больных с внебольничной пневмонией (ВП) в возрасте от 1 года до 16 лет, находившихся на лечении в отделении пульмонологии клиники АндГосМИ. Иммунологическое исследование проводилось путём изучения цитокинового статуса. Концентрацию цитокинов: интерлейкинов – 4 (IL-4); 8 (IL-8); ФНО-α; IFNγ определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты исследования. При анализе показателей цитокинового статуса выявились наиболее информативные критерии, позволяющие прогнозировать развития распространения воспалительного процесса. Были характерны довольно высокие показатели цитокина IL-8 и TNF-α достоверно превышающие таковые в контрольной группе. Анализ результатов показал, что при ВП уровень IL-1 повышается в 3,5 раз по сравнению с данными контрольной группы, что составило в среднем 101,7±6,7 пг/мл ($P<0,01$). Обращает на себя внимание тот факт, что уровень IL-2 у детей с ВП составил 1,34±0,30 пг/мл и оказался выше, чем в контрольной группе ($p<0,05$). Уровень IL-6, одного из наиболее информативных маркеров воспаления, у больных ВП в 2 раза выше, чем в группе сравнения ($p<0,05$). Известно, что IL-4 относится к группе гемопоэтинов и является регулятором роста и дифференциации В-лимфоцитов, а также процессов биосинтеза ими антител. Полученные нами данные показали, что уровень IL-4 у детей, больных ВП были выше контроля в 2,3раза. При внебольничной пневмонии уровень IL-4 повысился до 10,8±0,9 пг/мл ($P<0,01$), по отношению к контрольной группе. IL-8 является важным медиатором воспалительного процесса в лёгких. Так, при ВП уровень IL-8 составил в среднем – 44,5±4,3 пг/мл, что в 2,3 раза выше показателей контрольной группы ($P<0,01$). Избыточный синтез IL-8 свидетельствовал о нарушении регуляторной функции иммунной системы.

Вывод. Результаты иммунологических исследований у больных детей с внебольничной пневмонией показали выраженные изменения в иммунном статусе, в межклеточных иммунных механизмах, которые проявляются нарушением продукции провоспалительных и противовоспалительных цитокинов. Высокое содержание цитокинов IL-8, IL-6, IL-4, TNF-α при ВП у детей говорит об их высокой значимости в развитии заболевания как специфических маркёров воспаления.

REGARDING THE OBSERVATION SCHEME FOR CHILDREN INFECTED WITH GIARDIASIS AND WITH CHRONIC DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM

Hasanov A.M., Mahmudov I.Sh., Namazova B.A., Zeynalova S.L.
Department of I Children's Diseases, Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

Introduction. According to the WHO, about 20–25% of children worldwide suffer from giardiasis, with the highest percentage occurring among young children. The incidence of giardiasis depends largely on the socio-economic status of a country. While its prevalence in developed countries is 2–7%, it reaches up to 40% in developing countries. Giardiasis remains a serious problem in modern pediatrics.

The present study focuses on the observation scheme for children infected with giardiasis and suffering from chronic diseases of the digestive system. The aim of our study was to determine the optimal observation plan for this category of patients.

Materials and Methods. A total of 80 children aged 6–18 years (main group) with giardiasis infection and chronic diseases of the digestive system, and 70 children (comparison group) without giardiasis, were observed.

The observation plan for children infected with giardiasis included: a general analysis of blood and urine; biochemical blood analysis (ALT, AST, blood glucose, amylase, and alkaline phosphatase levels); and abdominal ultrasound. For the diagnosis of giardiasis, coproscopy, ELISA (IFA), and the formalin-ether concentration method were used.

In the main group, chronic gastroduodenitis was the leading diagnosis (40% of cases). In the comparison group, the predominant diagnosis was also chronic gastroduodenitis (50%). During a two-year follow-up, significant improvement was observed in 32 patients (40%) from the main group and in 35 patients (50%) from the comparison group. Improvement (without full recovery) was noted in 40 patients (50%) from the main group and 35 patients (50%) from the comparison group.

Results. In children with chronic diseases of the digestive system and a high degree of giardiasis invasion, the following staged treatment plan is recommended:

- **Stage I – Outpatient (or inpatient in severe cases).**
  Therapeutic measures include:
  1. Nutritional correction (reduction of easily digestible carbohydrates);
  2. Administration of anti-giardial drugs;
  3. Phytotherapy (choleretic herbs);
  4. Treatment of the underlying disease;
  5. Use of prebiotics and probiotics.
- **Stage II – Rehabilitation.**
  Objective: to monitor the effectiveness of anti-giardiasis therapy (by coproscopy only) and to achieve stable remission.
- **Stage III – Dispensary observation** for the underlying gastroenterological disease.

Conclusion. In our opinion, the proposed observation and treatment scheme is the most effective for managing giardiasis in children with chronic digestive system diseases.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Холматов Д.Н.[1], Тохирова И.Б.[1], Каримова Н.И.[2]
[1]Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан
[2]Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. У часто болеющих детей довольно часто пневмонии могут принимать затянувшийся характер течения. Основой лечения при затяжном течении внебольничной пневмонии (ВП) является антимикробная терапия, стратегия которой относится к числу

сложных и до конца еще не решенных вопросов современной пульмонологии. Среди антибиотиков, применяемых в настоящее время в клинической практике, одну из лидирующих позиций занимают цефалоспорины. Очевидно, для взвешенного понимания роли и места, защищенных цефалоспоринов III поколения при лечении ВП затяжного течения у детей, необходимо проведение дополнительных клинических исследований.

Цель исследования: изучить эффективность применения защищенного цефалоспорина III поколения Сульбактам и Цефтриаксон при затяжном течении внебольничной пневмонии у детей.

Материали и методы исследования. Обследовано 65 больных с внебольничной пневмонией затяжного течения в возрасте от 1 года до 15 лет в пульмонологическом отделении РСНПМЦП МЗ РУз. Использовались биохимические, микробиологические и иммунологические методы исследования. В зависимости от проводимой терапии были сформулированы следующие группы: I группа – 45 больных ВП, получавших общепринятую базисную терапию (БТ): антибактериальные (макролиды, цефалоспорины II и III поколения), антигистаминные препараты по показаниям, мукорегуляторы и отхаркивающие препараты, симптоматическое лечение и физиопроцедуры; II группа – 55 больных ВП на фоне БТ, получавших защищенный цефалоспорин III поколения Сульбактам и Цефтриаксон (из расчета 75 мг/кг массы тела в 2 раза в день, через каждые 12 ч.). Данные обработаны методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту.

Результаты исследования. Во II группе наблюдения у детей с ВП затяжного течения результаты лечения в зависимости от подобранного антибиотика при установленной этиологии выражались улучшением общего состояния и снижением симптомов интоксикации на 2-3 сутки, кашель становился мягче, количество мокроты уменьшалось, физикальные данные также имели более выраженную положительную динамику. На фоне же традиционной терапии эти признаки в среднем исчезали на 4,9 койко-день. Нормализация температуры тела происходило в 1,7 раза быстрее, чем у больных на фоне традиционной терапии. Кашель нивелировался в среднем на 6,8±0,2 койко-день, тогда как в I группе больных кашель исчезал в среднем только на 10,1±0,3 койко-день. Положительная рентгенологическая динамика к 12 дню лечения наблюдалась у 84,6% больных ВП затяжного течения, получавших защищенный цефалоспорин III поколения Сульбактам и Цефтриаксон, и лишь у 32,1% больных на фоне традиционной терапии. Больные, выписанные из стационара с улучшением состояния, составили 96,4% во II группе, тогда как при традиционной терапии – 66,7%. В ходе анализа уровня СРБ в процессе лечения у детей II группы отмечалось снижение воспалительного маркера к 10 дню терапии в 1,7 раза по сравнению с I группой больных, по отношению до лечения 2,0 раза. При традиционном лечении данный показатель на 10-й день также снижается, однако, не имеет достоверных различий с уровнем при поступлении.

Вывод. Таким образом, полученные результаты показали, что у детей при затяжном течении внебольничной пневмонии использование защищенных цефалоспоринов III поколения приводит к уменьшению частоты, повторных ОРЗ, и их осложнений в 2,2 раза, частоты пневмонии в 1,7 раза, что свидетельствует о высокой терапевтической эффективности предложенного лечения.

BIR YOSHGACHA BO‘LGAN BOLALARDA PNEVMONIYA KASALLIGINING BOLANING OZIQLANISHIGA KO‘RA KECHISHI VA ALLERGIK REAKSIYALARGA MOYILLIGI

Xodjimetov X.A., Zokirjonov M.F.
Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, Toshkent, O’zbekiston

Dolzarbligi. Bir yoshgacha bo‘lgan bolalarda shifoxonadan tashqari pnevmoniya bolalik davrida uchraydigan eng og‘ir va keng tarqalgan nafas tizimi kasalliklaridan biri hisoblanadi.

Oziqlanish turi (ona suti bilan, aralash yoki sun’iy oziqlanish) bolaning immun tizimi shakllanishiga, shuningdek, allergik javobning kuchi va yo‘nalishiga sezilarli ta’sir ko‘rsatadi. Ona suti bilan oziqlanadigan bolalarda immunoglobulinlar, ayniqsa, IgA va IgE balansining fiziologik saqlanishi tufayli allergik reaksiyalar kamroq uchraydi. Sun’iy oziqlanadigan bolalarda esa ichak mukozasining yetilmaganligi va antigenlarga yuqori sezuvchanligi sababli pnevmoniya kechishi og‘irroq bo‘lib,allergik komponentlar bilan kechishi mumkin. Ushbu masalani o‘rganish pnevmoniya patogenezini yanada chuqur anglash hamda profilaktika choralarini ishlab chiqishda muhim ahamiyat kasb etadi.

Maqsad. Bir yoshgacha bo‘lgan bolalarda oziqlanish turiga ko‘ra pnevmoniya kechishini va ularning allergik reaksiyalarga moyilligini klinik hamda immunologik ko‘rsatkichlar asosida tahlil qilish.

Tadqiqot ob’ekti va usuli. Tadqiqot Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazida pnevmoniya tashxisi bilan davolangan 1 yoshgacha bo‘lgan 60 nafar bemor bolalarda o‘tkazildi. Bemorlar oziqlanish turiga qarab 3 guruhga ajratildi:1-guruh -faqat ona suti bilan oziqlanadigan bolalar (n=20) (qo’shimcha ovqat faqat 6 oydan keyin berilgan),2-guruh-aralash oziqlanadigan bolalar (n=20),3-guruh -sun’iy oziqlanadigan bolalar (n=20).Barcha bolalarda klinik belgilarning og‘irlik darajasi, allergik simptomlar (teri toshmalari, bronxial obstruksiya, quruq yo‘tal), hamda laborator ko‘rsatkichlardan qon zardobidagi Immunoglobulin E (IgE) miqdori aniqlanib tahlil qilindi. Olingan natijalar kasallik og‘irligi bilan solishtirilib baholandi.

Natijalar. Ona suti bilan oziqlanadigan bolalarda pnevmoniya nisbatan yengil kechib, IgE darajasi me’yor chegarasida (35,8 ± 4,2 IU/ml) saqlangan. Aralash oziqlanadiganlarda IgE miqdori biroz yuqori (52,4 ± 6,1 IU/ml) bo‘lib, ayrim bemorlarda allergik toshmalar kuzatildi. Sun’iy oziqlanadigan bolalarda esa IgE darajasi sezilarli darajada oshgan (79,6 ± 8,3 IU/ml), bu esa allergik komponentlar bilan kechuvchi pnevmoniya shakllarining ko‘payishiga sabab bo‘lgan. Shuningdek, ushbu guruhda bronxial obstruktiv sindrom, uzoq davom etuvchi yo‘tal va antibiotiklarga nisbatan kech javob berish hollari ko‘proq kuzatildi.

Xulosa. Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatadiki, bir yoshgacha bo‘lgan bolalarda pnevmoniya kechishi va allergik reaksiyalarga moyillik oziqlanish turiga bevosita bog‘liqdir. Ona suti bilan oziqlanadigan bolalarda immun tizimi fiziologik darajada rivojlanib, pnevmoniya yengil kechadi va allergik simptomlar kam uchraydi. Sun’iy oziqlanadigan bolalarda esa immun tizimning antigenlarga javobi kuchayib, IgE darajasi oshadi va pnevmoniya og‘irroq kechadi. Shu sababli, erta yoshdagi bolalarni imkon qadar ona suti bilan oziqlantirish nafaqat infeksion kasalliklarning, balki allergik asoratlarning ham oldini olishda muhim omil hisoblanadi.

BIR YOSHGACHA BO’LGAN BOLALARDA OZIQLANISHIGA KO’RA PNEVMONIYA KASALLIGINING KECHISHI VA QONDAGI LEYKOTSITLAR O’ZGARISHI

Xodjimetov X.A., Zokirjonov M.F.
Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, Toshkent, O’zbekiston

Dolzarbligi. Bir yoshgacha bo‘lgan bolalarda shifoxonadan tashqari pnevmoniya kasalligi bolalik davridagi eng ko‘p uchraydigan nafas tizimi kasalliklaridan biridir. Oziqlanish turi (ona suti bilan, aralash yoki sun’iy oziqlanish) bolaning immun tizimi shakllanishi, infeksiyaga qarshilik darajasi hamda yallig‘lanish jarayonining kechishiga bevosita ta’sir ko‘rsatadi. Ayniqsa pnevmoniya kechishida periferik qon ko‘rsatkichlarida, xususan, leykositlar miqdori va nisbiy tarkibidagi o‘zgarishlar klinik ahamiyat kasb etadi. Ushbu holatni chuqur tahlil qilish kasallikning og‘irlik darajasini baholash va davolash taktikasi uchun muhim hisoblanadi.

Maqsad. Bir yoshgacha bo‘lgan bolalarda oziqlanish turiga ko‘ra pnevmoniya kasalligida qon tarkibidagi leykositlarning o‘zgarishlarini klinik-laborator ko‘rsatkichlar asosida tahlil qilish.

Tadqiqot ob’ekti va usuli. Tadqiqot Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy amaliy tibbiyot markazida pnevmoniya tashxisi bilan davolangan 1 yoshgacha bo‘lgan 60 nafar bemor bolalarda o‘tkazildi. Bemorlar oziqlanish turiga qarab 3 guruhga ajratildi:1-guruh – faqat ona suti bilan oziqlanadigan(qo’shimcha ovqat faqat 6 oydan keyin berilgan) (n=20),2-guruh – aralash oziqlanadigan (n=20),3-guruh – sun’iy oziqlanadigan bolalar (n=20).Barcha bolalarda umumiy qon tahlili natijalarida leykositlar soni (WBC), o‘rganildi va taxlil qilindi. Ma’lumotlar kasallikning klinik kechish og‘irligi bilan solishtirilib baholandi.

Natijalar. Tahlil natijalariga ko‘ra, ona suti bilan oziqlanadigan bolalarda pnevmoniya yengilroq kechgan bo‘lib, leykotsitoz darajasi o‘rtacha 10,2 ± 1,3 × 10^9/l ni tashkil etdi. Aralash oziqlanadiganlarda bu ko‘rsatkich 12,9 ± 1,6 × 10^9/l bo‘lgan. Sun’iy oziqlanadigan bolalarda esa yallig‘lanish jarayoni ancha og‘ir kechib, leykotsitoz 14,1 ± 1,9 × 10^9/l gacha oshgani kuzatildi. Shuningdek, sun’iy oziqlanadigan bolalarda umumiy intoksikatsiya simptomlari, isitma va bronxial obstruktiv belgilar ko‘proq kuzatildi.

Xulosa. Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatadiki, pnevmoniya bilan kasallangan bir yoshgacha bo‘lgan bolalarda leykositlar miqdori va ularning nisbatidagi o‘zgarishlar oziqlanish turiga bog‘liq ravishda farq qiladi. Ona suti bilan oziqlanadigan bolalarda yallig‘lanish reaksiyasi nisbatan yengil kechadi, bu esa onalik sutining immun himoya omillariga boyligi bilan izohlanadi. Sun’iy oziqlanadigan bolalarda esa immunitetning pasayishi fonida pnevmoniya og‘irroq kechib, sezilarli leykotsitoz kuzatiladi. Shunday ekan, erta yoshli bolalarni imkon qadar ona suti bilan oziqlantirish pnevmoniya og‘ir kechishini kamaytirishda muhim ahamiyatga ega.

КИЧИК МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА D ВИТАМИНИ ЕТИШМОВЧИЛИГИ ФОНИДА СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Худайназарова С.Р., Сайдуллаева Р. Б.
Тошкент давлат тиббиёт университети, Тошкент, Ўзбекистон

Долзарблиги. Болалар орасида сурункали пиелонефрит (СП) нефрологик касалликлар ичида энг кўп учрайдиган патологиялардан бири бўлиб, турли манбаларга кўра, болалар нефропатиялари орасида 25–35% ҳолатни ташкил этади. Сўнгги йилларда D витаминининг инсон саломатлигидаги роли нафақат суяк тизимида, балки иммун, эндокрин ва буйрак фаолиятида ҳам катта аҳамият касб этиши исботланган. Ҳозирги вақтда жаҳон статистикасига кўра, болаларнинг 60–80% қисмида турли даражада D витамини етишмовчилиги (гиповитаминоз D) аниқланмоқда. Бу ҳолат организмнинг инфекцияларга қарши резистентлигини пасайтиради, сийдик чиқариш тизими инфекцияларига мойилликни оширади ва сурункали пиелонефритнинг оғирроқ кечишига замин яратади.

Мақсади. Кичик мактаб ёшидаги (7–10 ёш) болаларда D витамини етишмовчилиги фонида сурункали пиелонефритнинг клиник, лаборатор ва биокимёвий кечиш хусусиятларини ўрганиш ҳамда унинг клиник аҳамиятини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий амалий тиббиёт марказининг нефрология бўлимида даволанган 50 нафар 7–10 ёшли бола (ўғил болалар – 22, қизлар – 28) иштирокида ўтказилди. Барча беморларда сурункали пиелонефрит ташхиси клиник ва лаборатор маълумотлар асосида қўйилди. D витамини даражаси 25(OH)D қон зардоби концентрацияси орқали баҳоланди. Беморлар икки гуруҳга бўлинди: I гуруҳ (n=35) – D витамини етишмовчилиги (<20 нг/мл), II гуруҳ (n=15) – D витамини меъёрида (≥30 нг/мл). Текширувлар умумий қон ва сийдик таҳлиллари, сийдик таҳлилида лейкоцитурия, протеинурия, биокимёвий кўрсаткичлар (креатинин, мочевина, кальций, фосфор) ва иммунологик таҳлилларни ўз ичига олди.

Натижалар. I гуруҳда пиелонефрит рецидивлари йилига ўртача 3,1 ± 0,2 марта, II гуруҳда 1,8 ± 0,1 марта ($p<0,05$). Лейкоцитурия даражаси I гуруҳда (45±7), II гуруҳда (26±4) ($p<0,01$). Протеинурия I гуруҳдаги беморларнинг 62,8%, II гуруҳда 27,3%ида кузатилди. Биокимёвий таҳлилларда кальций даражаси I гуруҳда 2,04 ± 0,05 ммоль/л, II гуруҳда 2,26 ±

0,03 ммоль/л (p<0,05). D витамини сатҳи I гуруҳда 14,2 ± 1,8 нг/мл, II гуруҳда 32,5 ± 2,3 нг/мл (p<0,001). Иммунологик таҳлилларда I гуруҳда IgA даражаси пасайган (1,32±0,14 г/л), IgG кўтарилган (12,8±0,9 г/л) бўлиб, инфекцияга қарши суст иммун жавоб кузатилди.

Хулоса. D витамини етишмовчилиги кичик мактаб ёшидаги болаларда сурункали пиелонефритнинг оғир ва рецидивли кечишига сабаб бўлади. Шунинг учун D витамини даражасини назорат қилиш ва уни коррекция қилиш сурункали пиелонефритни комплекс даволашнинг муҳим қисми ҳисобланади. Профилактика мақсадида 25(OH)D таҳлилини ҳар 6 ойда текшириб бориш тавсия этилади.

THE EFFECT OF LACTOBACILLUS GG-ENRICHED FERMENTED MILK PRODUCTS ON INTESTINAL MOTOR FUNCTION IN PATIENTS WITH CONSTIPATION

Huseynova S.A., Namazova B.A., Bayramova N.A., Rasulova L.T.
Azerbaijan Medical University, Azerbaijan

Background: To this day, the positive effects of fermented milk products in disease prevention and increasing human resistance to adverse environmental factors are being studied. The immunomodulatory and antimicrobial action of lactobacilli is due to a decrease in pH, the production of organic acids, bactericides, modulation of the concentration of IgA, an increase in the phagocytic activity of macrophages, and an effect on the production of IL-6,10,12, and tumor necrosis factor α.

Aim: The aim of this study was to investigate the effect of fermented milk products enriched with lactobacillus GG on intestinal motility.

Methods: The study included 25 children with constipation (Rome IV criteria) who consumed a specially formulated diet, replacing their evening fermented milk product with the test yogurt, for one month. A control group of 25 children with similar conditions simultaneously consumed a basic diet without the fermented milk product.

In a specially developed chart, patients recorded the dynamics of their complaints daily using a 5-point Likert scale. Stool parameters were recorded using the Bristol Stool Chart, indicating frequency (times per day). Stool microbiological testing was performed before and after treatment.

Results: Patients in the control group demonstrated a less pronounced increase in stool frequency (from 0.45±0.3 to 0.62±0.4 times per day, p=0.05) than in the group consuming fortified yogurt (from 0.6±0.4 to 1.85±0.2 times per day, p=0.05). In the control group, it was not possible to achieve a reliable change in stool consistency, while in the main group, the Bristol Stool Scale scores changed from 2.55±1.7 to 3.5±1.0 times per day (p=0.01).

Stool cultures from patients in the study group revealed an increase in lactobacilli (+3.17 g) and a decrease in yeast-like bacteria (-0.9 g). In the control group, an increase in bifidobacteria was observed, while the increase in lactoflora was low.

Conclusion: Thus, the use of yoghurts enriched with Lactobacillus GG in the patients' diet contributed to a reduction in the severity of complaints such as a feeling of incomplete bowel movement, flatulence, and normalization of stool consistency and frequency.

ПРОФИЛЬ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА TLR6 У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Каримова М.Х., Абдуллаева М.К.
Республиканский специализированный научно-практический центр педиатрии, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Бронхиальная астма — это длительно текущее воспалительное заболевание, входящее в число самых распространённых форм аллергической патологии.

Оно сопровождается переменной обструкцией дыхательных путей и повышенной чувствительностью бронхов. Согласно данным различных авторов, генетическая предрасположенность наблюдается в 60–80% случаев заболевания, что свидетельствует о её значительной роли в патогенезе БА. Многочисленные исследования подтверждают, что генетические детерминанты существенно усиливают влияние факторов окружающей среды у пациентов с этим заболеванием.

Цель исследования. Проанализировать особенности экспрессии Toll-подобного рецептора 6 (TLR6) у пациентов с бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 45 детей с установленным диагнозом бронхиальной астмы в возрасте от 5 до 15 лет, находившихся под наблюдением и проходивших лечение в отделениях аллергологии и пульмонологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. В качестве группы сравнения обследованы 31 ребёнок с рецидивирующим обструктивным бронхитом (ОБРТ).

Результаты и обсуждение. Ранее было установлено, что иммунный ответ, формирующийся при активации TLR6, играет значимую роль в патогенезе Th2-опосредованных заболеваний и может быть вовлечён в развитие бронхиальной астмы. Проведённый анализ полиморфного варианта гена TLR6 (C745T) у пациентов с бронхиальной астмой выявил отличия по сравнению с контрольной группой. Результаты, полученные при анализе контрольной группы, показали преобладание аллеля C полиморфизма C745T гена TLR6**,** частота которого составила 95%, тогда как аллель T выявлялся лишь в 5% случаев. У детей с бронхиальной астмой отмечено достоверное увеличение частоты T-аллеля, превышающее аналогичный показатель контрольной группы в 14 раз **(**$p < 0,001$**).** В группе контроля гомозиготный по C аллелю генотип C/C встречался в 90% случаев, а гетерозиготный C/T — в 10%. Напротив, у пациентов с БА установлено преобладание гетерозиготных генотипов C/T, сопровождающееся снижением частоты гомозиготного C/C варианта. Примечательно, что гомозиготный генотип T/T обнаружен исключительно у пациентов с БА, тогда как в контрольной группе данный генотип не был выявлен. Гомозиготный C/C вариант ассоциирован с пониженным риском развития как бронхиальной астмы, так и обструктивного бронхита с рецидивирующим течением. В то же время наличие генотипа T/T достоверно связано с повышенным риском развития данных заболеваний (χ^2 с поправкой Йейтса = 3,859**;** $p = 0,038$; $df = 1$; OR = 2,985, 95% CI: 1,085–6,989), что свидетельствует о потенциальной предрасположенности, связанной с этим полиморфизмом.

Вывод. Таким образом, носительство полиморфного варианта C745T гена TLR6, особенно в виде T/T или C/T генотипов, может рассматриваться как генетический фактор, повышающий предрасположенность к развитию бронхиальной астмы и ОБРТ у детей. В то же время гомозиготный C/C генотип обладает протективным эффектом и ассоциирован со сниженным риском формирования данных патологий. Полиморфный вариант 745T гена TLR6 ассоциирован с повышенным риском развития бронхиальной астмы и рецидивирующего обструктивного бронхита, что позволяет рассматривать его как потенциальный генетический маркёр предрасположенности к данным патологиям. Напротив, наличие гомозиготного генотипа по аллелю 745C характеризуется сниженным риском формирования этих заболеваний и может обладать защитным (протективным) эффектом.

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В ПЕДИАТРИИ

Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Узакова Ш.Б., Каримова М.Х., Абдуллаева М.К.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Внебольничная пневмония остаётся одной из наиболее распространённых и клинически значимых инфекций дыхательной системы у детей, особенно в раннем и дошкольном возрасте. Она занимает ведущее место среди причин госпитализации, осложнений и, в ряде случаев, летальности в педиатрической практике. В связи с ростом устойчивости возбудителей к антибактериальным препаратам, изменением клинической картины и появлением новых диагностических и терапевтических подходов, особую значимость приобретает регулярный пересмотр и обновление стратегий лечения.

Целью исследования является анализ изменений в иммунной системе у детей, больных внебольничной пневмонией, под воздействием препарата Бронхомунал П 3,5 мг.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 100 больных ВП в возрасте от 6 мес. до 15 лет, поступивших на стационарное лечение в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз.

Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей аналочичного возраста. Все дети находились на обследовании и лечении в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗРУз. В зависимости от проводимой терапии были сформулированы следующие группы наблюдения:

I группа – 40 больных, внебольничной пневмонией получавших базисную терапию (БТ). Базисная терапия включала в себя антибактериальную, симптоматическую терапию (противокашлевые, отхаркивающие, антигистаминные препараты).

II группа – 60 больных внебольничной пневмонией, получали на фоне базисной Бронхомунал П 3,5 (по 1 капсуле 1 раза в сутки, длительность приема основного курса составляла 1 месяц).

Проводились общеклинические и иммунологические исследования. Всем детям проводились иммунологические исследования путем изучения количественного определения лимфоцитов с фенотипом CD3, CD4, CD8, CD16, CD20 с помощью моноклональных антител серии LT (Институт иммунологии АНРУз, ТОО «Сорбент», Москва, Россия). Концентрацию иммуноглобулинов определяли общеизвестным методом радиальной иммунодиффузии по Manchini et al.Для оценки клинической эффективности использования препарата изучалась динамика изменения ряда факторов клеточного и гуморального иммунитета у данного контингента детей.

Результаты исследования. Анализ анамнестических данных по бронхолегочной патологии показал, что частые ОРВИ встречались у 100% больных, неоднократно переносили пневмонию 55,4%. В общей сложности, количество детей с отягощенным по бронхолегочным заболеваниям анамнезом составило 100%. Среди фоновых состояний у детей превалировали анемия (92%), обструктивный синдром (55%), слабость (82%), снижение веса (74%) и кашель (76%). У больных в более короткие сроки купировались проявления интоксикации, уменьшалась длительность сухого и влажного кашля по сравнению детьми контрольной группы, снижение температуры и улучшение общего состояния в 1-2 дня после начала лечения. Длительность заболевания сократилось до 7,8+0,3 дня по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$), снижение температуры и улучшение общего состояния в первые 1-2 дня от начала лечения.

Вывод. Таким образом, включение в комплекс традиционной терапии Бронхомунала приводит к улучшению клинической симптоматики болезни, коррекции иммунологических показателей детей, больных внебольничной пневмонии.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Каримова М.Х., Абдуллаева М.К., Файзуллаева Н.Х.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространённых хронических заболеваний у детей, представляя серьёзную медико-социальную проблему в педиатрии. По данным Всемирной организации здравоохранения, бронхиальной астмой страдают от 5 до 10% детей в различных странах, и эта цифра имеет тенденцию к росту, особенно в условиях урбанизации и ухудшения экологической обстановки. Основное значение в диагностике бронхиальной астмы имеет оценка функции внешнего дыхания. За последние 15–20 лет существенно продвинулись инструментальные методы функциональной диагностики нарушений легочной вентиляции.

Цель исследования является провести анализ показателей легочной вентиляции (функции внешнего дыхания) у детей, страдающих бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 45 детей с бронхиальной астмой в возрасте от 5 до 15 лет, проходивших наблюдение и лечение в отделениях аллергологии и пульмонологии РСНПМЦ педиатрии МЗ Республики Узбекистан. В качестве контрольной группы обследовались 31 ребенок с рецидивирующим течением обструктивного бронхита. Диагноз бронхиальной астмы устанавливался в соответствии с классификацией, принятой Национальной программой «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики» (Россия, 2006), дополненной в 2018 году на основе рекомендаций GINA.

Функциональное состояние внешнего дыхания оценивалось с помощью спирографии на аппарате «SCHILLER» SP-1 (Германия). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программных средств Microsoft Office Excel 2010.

Результаты исследования. Оценка функционального состояния дыхательной системы играет важную роль в диагностике и прогнозировании течения бронхиальной астмы у детей, а также в выборе стратегии лечения и реабилитации. На основании результатов спирометрии определяли типы вентиляционных нарушений: обструктивный, рестриктивный и смешанный. У 25,8% детей с рецидивирующим обструктивным бронхитом показатели жизненной емкости легких и проходимости дыхательных путей находились в пределах нормы. Нормативные значения регистрировались только у пациентов с обструктивным бронхитом, тогда как у детей с бронхиальной астмой такие показатели не отмечались. Рестриктивные нарушения были связаны с ограничением растяжимости легочной ткани, что снижало объем вдыхаемого воздуха. Этот тип нарушений встречался реже всего у детей с бронхиальной астмой — в 8,9% случаев, тогда как при обструктивном бронхите рецидивирующего течения он фиксировался у 12,9% пациентов. Обструктивный тип вентиляционных нарушений, возникающий из-за сужения дыхательных путей и увеличения сопротивления воздушному потоку, преобладал у детей с бронхиальной астмой (71,1%), в то время как у пациентов с рецидивирующим обструктивным бронхитом он встречался в 54,8% случаев ($P < 0,001$). Смешанный тип вентиляционных нарушений, сочетающий признаки обструкции и рестрикции, диагностировался у 20,0% детей с бронхиальной астмой и лишь у 6,5% пациентов с обструктивным бронхитом рецидивирующего течения ($P < 0,05$).

Вывод. Результаты проведённое исследование показало, что у детей с бронхиальной астмой при проведении спирометрии чаще всего выявляются обструктивный тип нарушения вентиляционной функции лёгких. Регулярный мониторинг основных показателей внешнего дыхания у этой группы пациентов играет важную роль в контроле течения заболевания и оценке эффективности терапии.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЬЮТЕРНОЙ БРОНХОФОНОГРАФИИ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

Шарипова Н.П., Шамсиев Ф.М.

Национальный детский медицинский центр, г.Ташкент, Узбекистан

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии МЗ Руз, г.Ташкент, Узбекистан

Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В последние годы возникла потребность в новых методах качественной и объективной оценки дыхательных шумов, а также усовершенствование компьютерных технологий, разработка компактных микрофонов и устройств для быстрой передачи и хранения данных. У детей раннего возраста выбор методов функционального исследования легких с целью контроля динамики заболевания и оценки эффективности терапии ограничен. Одним из методов, получающих все большую распространенность в педиатрической практике, является компьютерная бронхофонография (КБФГ).

Цель исследования. Провести оценку результатов компьютерной бронхофонографии при бронхообструктивном синдроме у детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 120 детей с с БОС в возрасте 1-3 лет, из них 60 детей с острым обструктивным бронхитом (ООБ) и 60 детей с острым бронхиолитом (БЛ), группу сравнения составили 30 детей с острым бронхитом (ОБ), группу контроля составили 20 практически здоровых детей того же возраста. Дети находились под наблюдением в отделении пульмонологии РСНПМЦП МЗ РУз. Компьютерная бронхофонография проводилась с использованием прибора «Регистратора респираторных звуков» (РРЗ) и прикладного компьютерного программного комплекса для визуализации и обработки результатов исследования - "Паттерн 2х1000".

Результаты исследования. Результаты проведенной КБФГ у детей с БОС показали достоверное увеличение низкочастотного диапазона НЧД (Р1) 20,45±0,42 мПа в 1,3 раза по сравнению с группой сравнения (ОБ) 15,4±0,5 мПа (Р<0,05). У детей в группе ООБ и БЛ достоверной разницы выявлено не было (21,2±0,3 и 19,7±0,4 мПа). Показатели среднечастотного диапазона СЧД (Р2) у детей с БЛП с БОС составили 14,0±0,43 мПа, что было в 1,6 раз выше чем в группе сравнения (8,6±0,2 мПа) (Р<0,05). У детей в группе ООБ и БЛ достоверной разницы выявлено не было (13,8±0,4 и 14,2±0,3 мПа). Показатели высокочастотного диапазона ВЧД (Р3) у детей с БЛП с БОС составили 8,25±0,35 мПа, что было в 4 раза выше чем в группе сравнения (2,1±0,1 мПа) (Р<0,05). У детей в группе ООБ и БЛ достоверной разницы выявлено не было (8,18±0,3 и 8,3±0,3 мПа). Сумма всех трёх диапазонов Р1, Р2, Р3 собирается в «Р общее», которое в основной группе составило 42,7±0,87 мПа, и было в 1,6 раз выше группу сравнения и составило 26,1±0,5 мПа (Р<0,01). У детей в группе ООБ и БЛ достоверной разницы выявлено не было (43,2±0,9 и 42,2±0,87 мПа). В фазе выдоха отмечается недостоверное увеличение низкочастотного диапазона НЧД (Р1) 22,6±0,4 мПа в 1,1 раза по сравнению с группой сравнения 20,8±0,4 мПа (Р>0,05). У детей в группе ООБ и БЛ достоверной разницы выявлено не было (23,2±0,4 и 21,9±0,3 мПа). Показатели среднечастотного диапазона СЧД (Р2) у детей с БЛП с БОС составили 16,7±0,52 мПа, что было в 1,3 раз выше чем в группе сравнения (12,1±0,14 мПа). У детей в группе ООБ и БЛ достоверной разницы выявлено не было (16,5±0,3 и 16,9±0,5 мПа). Результаты высокочастотного диапазона ВЧД (Р3) у детей с БЛП с БОС составили 10,9±0,35 мПа, что было в 3 раза выше чем в группе сравнения (3,2±0,1 мПа). У детей в группе ООБ и БЛ достоверной разницы выявлено не было (10,7±0,3 и 11,0±0,4 мПа). Сумма Р общее в основной группе составило 50,2±0,9 мПа, и было в 1,4 раз выше группу сравнения и составило 36,1±0,4 мПа (Р<0,01). У детей в группе ООБ и БЛ достоверной разницы выявлено не было (50,5±0,8 и 49,8±0,8 мПа).

Заключение. Удлинений общих низко-, средне – и высокочастотных диапазонов дыхательного цикла на КБФГ у детей раннего возраста с БОС в период обострения, по сравнению с группой сравнения и КГ, увеличение частотного диапазона вдоха и выдоха, повышение интенсивности дыхательных шумов и наличие дополнительных сухих и/или влажных хрипов) позволяют диагностировать БОС различной степени тяжести у детей с ООБ и БЛ. Наличие высоких показателей высокочастотного диапазона (ВЧД) свидетельствует о патологических обструктивных процессах в мелких бронхах и бронхиолах у детей раннего возраста. Значительные изменения в амплитуде частотного диапазона дыхательного цикла и его фаз позволяют своевременно выявлять БОС на ранних стадиях у детей с предрасположенностью к бронхиальной недостаточности, бронхиальной гиперреактивности и диспноэ.

TURLI YOSHDAGI BOLALARDA QABZIYATNING KLINIK KECHISHI XUSUSIYATLARI VA OLIB BORISH TAKTIKASI.

Shomansurova. E.A., Isaqova.M.N.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Toshkent, O’zbekiston

Dolzarbligi. Bolalarda qabziyat (konstipatsiya) – pediatriyada keng uchraydigan funksional hamda organik xususiyatli oshqozon-ichak buzilishlaridan biridir. Turli yosh davrlarida ichak faoliyatining yetilmaganligi, ovqatlanish xatolari, gipodinamiya, ruhiy-emotsional omillar, shuningdek, tug‘ma anatomik nuqsonlar bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin. Vaqtida tashxis qo‘yilmasa, bu holat surunkali kechish, intoksikatsiya va o‘sish rivojlanishida orqada qolishga sabab bo‘ladi. Shu bois qabziyatni erta aniqlash va to‘g‘ri olib borish taktikasini tanlash dolzarb masalalardan biridir.

Tadqiqot maqsadi. Turli yoshdagi bolalarda qabziyatning klinik kechish xususiyatlarini o‘rganish hamda individual olib borish taktikasini ishlab chiqish.

Materiallar va usullar. Tadqiqot davomida jami 10 nafar bola klinik kuzatuvga olindi. Ulardan 2 nafari dolixosigma, 1 nafari Payra sindromi, 7 nafari funksional qabziyat bilan og‘rigan bemorlardir. Bemorlar 1 yoshdan 7 yoshgacha bo‘lgan bolalarni tashkil etdi. Tekshiruv jarayonida klinik shikoyatlar, fizik ko‘rik, laborator va instrumental (abdominal rentgenografiya, UTT, rektoskopiya) usullar qo‘llanildi.

Natijalar. Organik qabziyatli (dolixosigma va Payra sindromi) bolalarda najas ushlanishi 4–6 kungacha cho‘zilishi, qorinda shishish va og‘riq, najasning zich, “bo‘lakli” shaklda chiqishi kuzatildi. Funksional qabziyatli bolalarda esa asosan psixogen va ovqatlanish omillarining roli katta bo‘lib, najas ushlanishi 2–3 kunda bir marta bo‘lgan, defekatsiya paytida og‘riq va qo‘rquv hissi qayd etilgan. Olib borilgan kompleks muolaja (ratsional ovqatlanish, massaj, jismoniy faollikni oshirish, mikroklizma va laktuloza preparatlari) natijasida funksional qabziyatli bolalarning 80 %ida ichak faoliyati normallashdi.

Xulosa. Turli yoshdagi bolalarda qabziyatning klinik kechishi etiologik omillarga bevosita bog‘liq bo‘lib, organik shakllar uzoq davom etuvchi va og‘irroq kechadi. Bolalarda qabziyatni davolashda differensial yondashuv, parhez va turmush tarzini tuzatish, ichak motorikasini me’yorga keltiruvchi davo choralari muhim ahamiyatga ega. Erta tashxis va individual davo tanlovi bolalarda surunkali qabziyatning oldini olishga imkon beradi.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Эргашева Д.Ш., Ташматова Г.А.
Кашкадарьинский областной детской многопрофильный медицинский центр, Кашкадарья, Узбекистан
Ташкентский государственный медицинский университет, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) у детей остается одной из наиболее распространённых хронических патологий органов дыхания, сопровождающаяся воспалением бронхиального дерева, гиперреактивностью и рецидивирующими обострениями. По данным GINA (Global Initiative for Asthma, 2022), распространённость БА среди детского населения достигает 8–12% и имеет тенденцию к росту. В последние десятилетия внимание исследователей привлекает проблема коморбидных состояний, при которых БА сочетается с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). ЖКТ-патология у детей с БА встречается значительно чаще, чем в общей популяции.

Цель исследования – определить клинико-функциональные особенности детей с бронхиальной астмой в сочетании с патологией желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 120 детей в возрасте от 6 до 15 лет, находившихся под наблюдением в педиатрическом стационаре и амбулаторных отделениях. Основную группу составили 70 пациентов с бронхиальной астмой различной степени тяжести в сочетании с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, вторая группа включала 30 детей с бронхиальной астмой без сопутствующей гастроэнтерологической патологии, а контрольную группу – 20 практически здоровых сверстников. Всем детям проводилось комплексное клинико-лабораторное и функциональное обследование, включавшее изучение анамнеза и клинической симптоматики, оценку дыхательной функции, исследование биохимических и иммунологических показателей, а также инструментальные методы для диагностики сопутствующих нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта. Полученные данные подвергались статистической обработке с применением методов вариационной статистики и корреляционного анализа, при этом различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. У детей с бронхиальной астмой, сочетающейся с патологией желудочно-кишечного тракта, отмечались более выраженные клинико-функциональные и иммунологические изменения по сравнению с детьми, имеющими изолированную БА.

Результаты исследования. Частота обострений в течение года у пациентов основной группы составила в среднем $4,2 \pm 0,3$, что достоверно превышало аналогичный показатель у детей без патологии ЖКТ ($2,6 \pm 0,2$; $p < 0,05$). У них чаще наблюдались затяжной кашель (68,5% против 41,3%; $p < 0,05$) и бронхообструктивный синдром (56,7% против 30,8%; $p < 0,05$). Лабораторные исследования выявили у пациентов основной группы более высокий уровень С-реактивного белка ($6,8 \pm 0,7$ мг/л против $3,2 \pm 0,4$ мг/л; $p < 0,05$), дисбаланс иммуноглобулинов (IgE – $246,5 \pm 18,3$ МЕ/мл против $178,2 \pm 15,7$ МЕ/мл; $p < 0,05$) и снижение уровня эластазы-1 в кале ($164,2 \pm 12,6$ мкг/г против $225,7 \pm 14,2$ мкг/г; $p < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что сочетание бронхиальной астмы и патологии желудочно-кишечного тракта сопровождается более тяжёлым клиническим течением, выраженными нарушениями функции внешнего дыхания и иммунного статуса, что необходимо учитывать при разработке лечебно-профилактических мероприятий.

Выводы. У детей с бронхиальной астмой в сочетании с патологией желудочно-кишечного тракта заболевание протекает тяжелее, чем при изолированной БА: достоверно чаще отмечаются обострения, выраженные нарушения функции внешнего дыхания,

иммунные и биохимические сдвиги. Это подтверждает коморбидный характер патологии и необходимость комплексного подхода к диагностике и терапии.

ОЦЕНКА ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА ПРИ СЕПСИСЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Эфендиева М.З., Алиева А.М., Насирова С.Р., Мехтиева С.А.
Научно-Исследовательский Институт Педиатрии имени К.Я. Фараджевой, Баку, Азербайджан

Актуальность. На мировом уровне сепсис диагностируется у 1-20 новорожденных из 1000 живорожденных детей. В случаях, когда сепсис зависит от социально-экономических факторов, летальность составляет 17-70%. Реализация инфекционного процесса сильно зависит от патогенности возбудителей и эффективности защитных сил организма.

Цель исследования. является изучение показателей врожденного иммунитета у новорожденных с сепсисом.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 50 новорожденных с диагнозом неонатальный сепсис. Из них 20 доношенных с гестационным возрастом 38-41 неделя и 30 недоношенных с гестационным возрастом 28-37 недель. Контрольную группу составили 20 здоровых новорожденных. У всех детей были проведены общие анализы крови, фагоцитоз, гематологический индекс Кребса (КИ), количество клеток Natural killer (NK) CD15/56, а также определены уровни альфа-интерферона, гамма-интерферона и ферритина в сыворотке крови. Полученные результаты были статистически проанализированы с использованием параметрических и непараметрических методов.

Результаты и обсуждение исследования. В результате проведенного исследования было обнаружено значительное снижение уровней интерферонов в сыворотке крови у новорожденных с сепсисом по сравнению с здоровыми детьми (α-ИФН снизился в 1,5 раза, γ-ИФН в 2 раза) ($p<0,01$). В популяции NK клеток было зафиксировано статистически значительное увеличение числа клеток CD15/56 ($p<0,001$), что сопровождалось снижением фагоцитарной активности нейтрофилов (20,5±1,03). Индекс Кребса (КИ), который отражает степень воспаления и интоксикации, увеличился в 1,5 раза и составил 0,92±0,03 ($p<0,01$). Более глубокие и выраженные нарушения иммунных показателей были отмечены у недоношенных детей с полиорганной недостаточностью. Повышение уровня циркулирующего ферритина в крови (55,2±2,2) свидетельствует о развитии инфекционного процесса у новорожденных с сепсисом, его активности, а также о степени интенсивности иммунного ответа организма на инфекцию.

Вывод. Результаты исследования подтверждают ведущую роль врожденного иммунитета в патогенезе неонатального сепсиса и позволяют разработать корректирующие меры, которые будут воздействовать на защитные механизмы организма.

BOLALARDA O'TKIR BRONXIOLITNING YUZAGA KELISH VA RIVOJLANISH XAVF OMILLARINI O‘RGANISH

Yusupova G.A., Israilova N.A., Iskanova G.X., Azimova R.A.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Toshkent shaxri, O‘zbekiston

Dolzarbligi. Dunyo bo'ylab har yili 150 milliondan ortiq bronxiolit holatlari qayd etiladi, ularning 7-13% kasalxonada davolanishni talab qiladi va 1-3% intensiv davo bo'limiga yotqizishni talab qiladi. Erta yoshdagi bolalarda o'tkir bronxiolit rivojlanishining multifaktorial tabiati ilmiy adabiyotlarda keng muhokama qilinadi. Bola hayotining dastlabki ikki yilida bolalarda

bronxiolitning rivojlanishiga bir qator omillar ta’sir qilishi mumkin. Bronxiolit ayniqsa erta tug'ilgan chaqaloqlarda, bronxopulmonar displaziya bo'lgan va sun'iy oziqlantirishda bo'lgan bolalarda, shuningdek, tug'ma nuqsonlari va immunitet tanqisligi bo'lgan bemorlarda og'ir kechadi.

Tadqiqot maqsadi. Erta yoshdagi bolalarda o'tkir bronxiolitning paydo bo'lishi va rivojlanishi uchun xavf omillarini o'rganish.

Material va usullar. Jami 1yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan 73 nafar erta yoshdagi bolalar o'tkir bronxitolitning kuchayishi bosqichida (1-guruh) kuzatildi. Ulardan 42 nafari o'g'il bolalar va 31 nafari qiz bolalar. 20 nafari remissiya bosqichida (2-guruh) xuddi shu kasallik bilan kasallangan, shu jumladan, 12 nafari o'g'il va 18 nafari qiz bolalar edi. Bolalarni tekshirish guruhiga tanlash mezoni bo’lib o'tkir bronxiolitning aniq tashxisi qo‘yilganligi edi.

Olingan natijalar. Tekshiruvdan o'tgan bemor bolalarning onalarining mutlaq ko'pchiligining sog'lig'ining dastlabki darajasi qoniqarsiz bo'lgan: onalarning yarmidan ko'pi anemiya, yarmida surunkali pielonefrit va qalqonsimon bez patologiyasi, surunkali tonzillitning yuqori darajasi kuzatilgan. Tekshirilgan bolalarning yarmidan ko'pining anamnezida (66,5%) perinatal ensefalopatiya bilan kasallangan, bolalarning 22,5 foizi tug'ilish travmasiga uchragan, 15 (17,1%) bolalar erta tug'ilgan, 18 (19,2%) da yiringli-septik kasalliklar qayd etilgan. Neonatal patologiyalar muqarrar ravishda bolaning salomatligi, o'sishi va rivojlanishiga ta'sir qiladi. Biz tekshirgan bemorlarda premorbid holatlarning yuqori tarqalishini oldindan aytish mumkin. Ma'lumki, bolaning sog'lig'ining kelib chiqishi uning shajarasida yotadi.Biz tekshirgan bemorlar orasida bola hayotining birinchi yilida tez-tez kasallangan, bola kasalxonaga yotqizilishidan oldin antibiotik terapiyasi, erta aralash va sun'iy oziqlantirish, homiladorlik davrida onaning antibiotiklar bilan davolangan va shu kabi kasallik rivojlanishi uchun xavf omillarining yuqori tarqalishini qayd etdik.Biz tekshirgan bolalarning 23,4 foizi hayotning birinchi yilida ko‘krak suti bilan oziqlangan, 43,1 foizi aralash, 33,5 foizi sun’iy oziqlantirishda bo‘lgan. Tekshiruv vaqtidaaniqlandiki 41,6% bolalar yoshiga mos ovqatlantirishda edi.

Xulosa. Tekshirilayotgan bolalarda o'tkir bronxiolit rivojlanishi uchun xavf omillarining tarqalishini tahlil qilishimiz natijasida nasl-nasabida ham, onasida ham premorbid holatlarning yuqori nisbati mavjudligini ko'rsatdi, bu esa o‘tkir bronxiolitga moyil bo'lgan bolaning tug'ilishiga olib kelgan. Bolalarda tez-tez uchraydigan nafas olish kasalliklarining sabablarini izlash va kasallikning rivojlanish mexanizmlarini o'rganish ko'plab patologik sharoitlarni rivojlanish xavfini oshiradigan bir qator omillarni aniqladi.

БОЛАЛАРДА ДИСБАКТЕРИОЗНИ ДАВОЛАШДА МЕТАБИОТИК ВА АНТИОКСИДАНТ ДАВОНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Яхяева К.З.
Тошкент давлат тиббиёт университети, Тошкент, Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги. Болаларда ичак микробиоценозининг бузилиши — дисбактериоз, кўпинча антибиотиклар қабул қилиш, нотўғри овқатланиш ёки вирусли-инфекцион касалликлар оқибатида вужудга келади. Бу ҳолат ҳазм, иммунитет, нейроэндокрин тизим ва моддалар алмашинувига салбий таъсир кўрсатади. Анъанавий пробиотиклар айрим ҳолларда етарли самара бермагани сабабли, янгича — симбиотик, метабиотик ва нутритив терапия усуллари кенг қўллаш тадқиқот марказига айланмоқда.

Мақсад. Болаларда дисбактериозни даволашда симбиотик, метабиотик ва нутритив терапия усулларининг клиник ва биохимик самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва тадқиқот усуллари. Тадқиқот Тошкент давлат тиббиёт университети клиник шифохонасида даволанаётган 35 нафар, 2–14 ёшгача даволанаётган бемор болаларда олиб борилди. Беморлар 2 гуруҳга бўлинди:

- 1-группа (назорат гуруҳи): анъанавий пробиотик терапия (Lactobacillus, Bifidobacterium).
- 2-группа (асосий гуруҳ): симбиотик (пробиотик + пребиотик), метабиотик ва антиоксидант нутритив комплекс (витамин D, цинк) билан даволанди.

Барча беморларда клиник белгилар (ич кетиши, метеоризм, ич қотиши), нажас микрофлора таҳлили, фекал кальпротектин ва секретор IgA даражалари баҳоланди. Даво давомийлиги — 14 кун, кузатув муддати — 3 ой белгиланди.

Натижалар. Асосий гуруҳда даволашнинг 5-кунига келиб, метеоризм ва ич кетиши симптомлари 73% болаларда йўқолди, 10-кунда эса барча беморларда ичак ҳаракатлари нормаллашди. Назорат гуруҳда бу ўзгаришлар 10–14 кун давомида кузатилди. Микробиота таркиби: асосий гуруҳда Bifidobacterium ва Lactobacillus турлари миқдори 3,2 баробарга ошган бўлса, патоген флора (Escherichia coli.) 63% ҳолларда йўқолди. Назорат гуруҳда фойдали флора ошиши фақат 1,8 баробар даражада кузатилди.

Иммун ва яллиғланиш кўрсаткичлари: фекал кальпротектин даражаси асосий гуруҳда 51% га пасайди, бу ичак шиллиқ пардасининг яллиғланиш даражаси камайганини кўрсатади. Секретор IgA даражаси эса 1,7 баробарга ошди ($p<0.05$).

Беморларнинг умумий ҳолатида хам ижобий ўзгаришлар кузатилиб, бу иштаҳа яхшиланиши, ҳолсизланиш ва тез чарчаш каби симптомларни камайиши билан намоён бўлди. Шунингдек, болаларда аллергик реакциялар сони анъанавий терапияга нисбатан 2 баробар кам кузатилди, асосий гуруҳда рецидив қайд этилмади, назорат гуруҳда эса 15% беморда дисбактериоз симптомлари қайта пайдо бўлди.

Хулоса. Болаларда дисбактериозни даволашда симбиотик, метабиотик ва нутритив терапияни комплекс қўлланиши клинико-биохимик симптомларни камайишига анъанавий усулларга нисбатан юқори самара кўрсатди. Бу усул микробиотани физиологик тиклайди, яллиғланишни камайтиради, иммун тизимни фаоллаштиради ҳамда ремиссияни узайтиради.

СОДЕРЖАНИЕ

Абдукаюмов А.А., Нуриддинова Д.Х., Махмудов М.У., Абдукамилова М.М., Маджитова Д.Ш. ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА АУДИОЛОГИК СКРИНИНГ БОСҚИЧИДА АНИҚЛАНГАН ЭШИТИШ БУЗИЛИШЛАРИНИНГ КЛИНИК-ДИАГНОСТИК ХУСУСИЯТЛАРИ	**2**
Абдуллаева Ф.Г., Иноятова Ф.И. ИНТЕРФЕРОНОВАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ HBV-ИНФЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА CCR2 У ДЕТЕЙ	**3**
Авезова З.Ш., Каримова Н.И. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	**4**
Адилова А.И., Полухова А.Э., Панахова Н.Ф., Джафарова С.С., Мамедова Н.М. НЕОНАТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕДКОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ	**5**
Азизова Н.Д., Давронова Ч.Л., Шамсиев Ф.М., Узакова Ш.Б., Абдуллаева М.К. НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА У ДЕТЕЙ	**6**
Азизова Н.Д.[1], Шамсиев Ф.М.[1], Андапулатов А.А.[2], Мирсалихова Н.Х.[1] ХАРАКТЕР КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	**7**
Akramova X.A., Sh.O.Jo'rabayeva KAM VAZN BILAN TUG'ILGAN BOLALARNING HAYOTINING BIRINCHI YILIDA JISMONIY VA PSIXOMOTOR RIVOJLANISHINI BAHOLASH	**8**
Алимухамедова Ф.Ш. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ РЕАКТИВНЫХ СИНОВИТОВ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРМОБИЛЬНЫМ СИНДРОМОМ	**9**
Андапулатов А. А., Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Узакова Ш.Б., Мусажонова Р.А., Мирсалихова Н.Х. ИЗМЕНЕНИЯ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА	**10**
Арифджанов Н.С., Каримов Б.А., Ёдгоров Ж.И., Адылова Г.С. НАШ ОПЫТ ПРЯМОЙ ПУНКЦИОННОЙ ГАСТРОСТОМИИ У ДЕТЕЙ	**11**
Атабаева О.Ф., Ахмедова Н.Р. ЧАСТОТА ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ	**12**
Axmadaliyev Sh.Sh. KARDIOJARROXLIK TASHRIXLARIDAN KEYING ERTA DAVRDA BOLALARNI PARVARISHLAR MUAMMOLARI	**13**
Axmadaliyeva M.A. PEDIATRIYADA DALILLARGA ASOSLANGA TIBBIYOTNING XOZIRGI XOLATI: TANQID VA TAKLIFLAR	**14**
Akhmedova I.M., Kamilova A.T., Sultankhodjaeva Sh.S., Geller S.I. THE STATE OF INTESTINAL WALL PERMEABILITY IN CHILDREN WITH FOOD PROTEIN-INDUCED PROCTOCOLITIS	**15**

Ахмедова И.М., Назарова И.Д., Салихова М.З. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА	**16**
Ахмедова Д.И., Кадырова М.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	**17**
Ахмедова Д.И., Касымова И.Б., Ибрагимов А.А. ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ВИТАМИНА D	**18**
Ахмедова Н.Р., Сайдалиева Ф.Ш. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМИ АРТРИТАМИ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ	**19**
Ахмедова Н.Р., Сайдалиева Ф.Ш. АКТИВНОСТЬ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ	**19**
Багирова А.Г. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У НОВОРОЖДЁННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ С РАЗНЫМ ТИПОМ АНГИОТЕНЗИНОГЕНА	**20**
Болтабоева М.Н. Тахтабекова М. Ф. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИАГНОСТИКА МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (ОТ 2 МЕСЯЦЕВ ДО 1 года)	**21**
Валиева Н.К., Иноятова Ф.И. БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ МИКСТ B+C ВА B+C+D ГЕПАТИТЛАРДА ВИРУСЛАРНИ ЎЗАРО РЕПЛИКАТИВ ФАОЛЛИГИ	**22**
Гасымова Е.А. ЗНАЧЕНИЕ ИШЕМИЕЙ МОДИФИЦИРОВАННОГО АЛЬБУМИНА В ДИАГНОСТИКЕ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ	**23**
Гараева С.З., Гасангулиева Г.М., Новрузова Г.А., Велиева К.Т. РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ЗАДЕРЖКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ	**24**
Динмухаммадиева Д.Р., Каримджанов И.А., Толипова Н.К. ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ	**25**
Ефименко О.В.[1], Умурзакова Г.М.[1], Каримова Н.И.[2] ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ ПРИ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА С ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**26**
Ёдгоров Ж.И., Адылова Г.С., Таджибаев А.Ш., Шохайдаров Ш.И., Юлдашев Р.З. ПОЛИПЫ У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**27**
Жиемуратова Г.К., Маткаримова А.А., Мамбеткаримов Г.А., Кусбатырова А.Н., Елмуратова А.А., Ибрагимова Д.А. ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ТРАНЗИТОРНЫХ ПОСТИНФЕКЦИОННЫХ АРТРАЛГИЙ У ПОДРОСТКОВ	**27**
Жураева З.Р.[1], Ахмедова Н.Р.[2], Ахмеджанова З.И.[1]	**28**

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ БИОМАРКЕРЫ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	
Илмуратова М.А., Абдуллаева Д.Т. ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	**29**
Иномов Б.Н., Шамсиев Ф.М., Узакова Ш.Б., Абдуллаева М.К., Каримова М.Х. АНАЛИЗ РОЛИ ВИТАМИНА D И СОСТОЯНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ	**30**
Иномов Б.Н., Шамсиев Ф.М., Узакова Ш.Б., Азизова Н.Д., Каримова М.Х. РАСПРОСТРАНЁННЫЕ МУТАЦИИ ГЕНА CFTR И ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В УЗБЕКИСТАНЕ	**31**
Иноятова Ф.И., Икрамова Н.А. ИЗМЕНЕНИЯ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ HBV-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С АНЕМИЕЙ ВОСПАЛЕНИЯ	**32**
Иноятова Ф.И., Иногамова Г.З. СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАЦИИ HBV КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР В ТЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ	**33**
Иноятова Ф.И., Абдуллаева М.А., Ахмедова А.Х. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ У ДЕТЕЙ, ИНФИЦИРОВАННЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ШТАММАМИ SARS-CoV-2	**34**
Ифакова М.Ш., Бошмонова Ч.А. ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ	**35**
Ишниязова Н.Д., Салихова К.Ш., Агзамходжаева Б.У., Ортикматова З., Усмоналиева М., Саидмуродова Г.Д. ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ МАЛЫМИ К СРОКУ ГЕСТАЦИИ	**36**
Ишниязова Н.Д., Салихова К.Ш., Ахмедова Н.Р., Абдурахманова Ф.Р., Агзамходжаева Б.У., Ортикматова З.К. ХАРАКТЕРИСТИКА НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	**37**
Кабилова Д.К., Азизова Н.Д., Шамсиев Ф.М., Абдуллаева М.К., Мусажанова Р.А., Мирсалихова Н.Х. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ	**38**
Кадырходжаева Х.М., Иноятова Ф.И., Сон Т.Р. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ HBV-ИНФЕКЦИЕЙ	**39**
Камилова С.А., Умарназарова З.Е., Камилова А.Т., Убайходжаева Х.Т. СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАНИФЕСТАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	**40**
Каримджонов И.А., Садикова Н.Б., Каримова У.Н.	**41**

ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ РЕМИССИИ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ	
Karimjanov I.A., Mirraximova M.X., Gaziyeva A.S. ERTA YOSHDAGI BOLALARDA PNEVMONIYADA YURAK-QON TOMIR TIZIMIDAGI O‘ZGARISHLAR	**41**
Karimdjanov I.A., Dinmukhamadiyeva D.R., Latipova Sh.A. DIAGNOSIS AND REATMENT OF JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS	**43**
Каримова Н.И., Каримова У.Н. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ	**45**
Каримова У.Н., Каримова Н.И. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	**45**
Косимова Д.Г. ВЛИЯНИЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	**46**
Мамед-заде Г.Т., Ибрагимова Н.А., Смирнова Е.Е., Мустафаева К.Т. НОСИТЕЛЬСТВО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГИДРОФОЛАТРЕДУКТАЗЫ (MTHFR) ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ	**46**
Марифалиева М. З., Салихова К.Ш., Туракулова Т.М., Ишниязова Н.Д., Абдурахманова Ф.Р. БИОМАРКЕР ФОРМИРОВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МЛАДЕНЦЕВ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ	**47**
Маткаримова А.А., Жиемуратова Г.К., Сейтимбетова Б.З., Курбанбаева Р.У., Есенбекова Э.Ж. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛУЧАЕВ ПЕРВИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	**48**
Маткаримова А.А., Жиемуратова Г.К., Турсынбекова Н.К., Омирова А.К., Собирова Н.М., Маткеримова К.Ж. ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫЕ ПРОЦЕНТИЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ В ДИАГНОСТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	**49**
Махмудов И.Ш.,Алиева У.А., Меджидова Х.Б.,Моллаева Н.О ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИНБИОТИКА «СИНЛОН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ	**50**
Mahmudov İ.Ş.,Həsənov A.M.,Həsənquliyeva G.M.,Mustafayeva S.Y UŞAQLARDA VİRUS DİAREYALARININ KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDƏ APARILAN REHİDRATASİON TERAPİYANIN EFFEKTLİYİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ	**51**
Мирзакулов С.М.[1], Каримова Н.И.[2] ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДФИЦИТНОЙ ПНЕВМОНИИ	**51**
Миррахимова М. Х., Ташматова Г. А., Жуманазарова Г. У. БОЛАЛАРДА БРОНХИАЛ АСТМА ВА АТОПИК ДЕРМАТИТНИНГ КОМОРБИД КЕЧИШИНИНГ КЛИНИК-ИММУНОЛОГИК ҲУСУСИЯТЛАРИ	**52**

Мовланова Ш.С. ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ	**53**
Мовлонова Ш.С. РОЛЬ МАКРО И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В РАЗВИТИИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	**54**
Муратова К.Р., Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И. РОЛЬ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА В РАЗВИТИИ ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА СВИСТЯЩЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ	**55**
Мусаев А.А., Абдукаюмов А.А., Олимов Ж.А., Мансурова С.А. ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНИКОВ	**56**
Наджмутдинова Н.Ш., Каримов Ж.С. МИКРОФОН СЕЗГИРЛИГИ ВА СТИМУЛЯЦИЯ БЎСАҒАЛАРИ: НУТҚ ПРОЦЕССОРИДАН ФОЙДАЛАНУВЧИ МАКТАБ ЎҚУВЧИЛАРИДА НУТҚНИ АНГЛАШГА ТАЪСИРИ	**57**
Назарова И.Д., Салихова М.З. НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В ОСТРУЮ ФАЗУ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	**58**
Насирова С.Р., Мехтиева С.А. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	**59**
Низомутдинов А. М., Рахманова Л. К. ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ СДВИГОВ У ДЕТЕЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ	**60**
Ниязова М.Т. РАЗВИТИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ТУГОУХОСТЬЮ	**60**
Ниязова М.Т. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	**61**
Полухова А.А., Маммадова А.А., Маммадова Т.А. Фаталиева А.О., Рзаева З.П. ЧАСТОТА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЁННЫХ	**62**
Rabbimova D.T., Shavdirova G.M. ERTA YOSHDAGI BOLALARDA ANTIBIOTIKKA BOG‘LIQ DIAREYALARNING KLINIK-LABORATOR KECHISH XUSUSIYATLARI	**63**
Рагимова Н.Д. КЛАСТЕРНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОВОЖДЕННЫХ	**64**
Рахманова Л. К., Миррахимова М. Х., Сидиков Д. А. ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ	**65**
Рахматуллаев А.А., Рузиев М.Ю, Исроилов А.А, Абдуллаев К.Э. БОЛАЛАРДА МИНИПЕРКУТАН НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ НАТИЖАЛАРИ	**65**
Рахматуллаев А.А., Эргашев М.Т.	**66**

БОЛАЛАРДА БИРЛАМЧИ ЮҚОРИ ДАРАЖАЛИ ҚОВУҚ-СИЙДИК НАЙИ РЕФЛЮКСИДА ПОЛИТАН-ЛЕДБЕТТЕР УСУЛИДА СИЙДИК НАЙИ РЕИМПЛАНТАЦИЯСИ НАТИЖАЛАРИ	
Сабиров М.А., Каримова Н.И. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	**67**
Сайфутдинова С.Р., Сайфутдинова А.Н. ОПТИМИЗАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ МОТОРНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА	**68**
Салихова К.Ш., Мирсалихова Н.Х., Ишниязова Н.Д., Агзамходжаева Б.У., Абдурахманова Ф.Р., Усмоналиева М.Н. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ	**69**
Салихова К.Ш., Бахрамова Ш.М., Касымова З.И. КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ И НЕЙРОНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭНОЛАЗЫ ПРИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ	**70**
Салихова К.Ш., Марифалиева М.З., Нуртаева Ч.К. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ ПРИ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЁГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ	**71**
Салихова С. М. КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ (БОС+ДЕСМОПРЕССИН) ПРИ НОЧНОМ ЭНУРЕЗЕ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	**72**
Ташматова Г.А., Обидова Б.А. КЛИНИКО-ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	**73**
Темиров С.А., Каримова Н.И. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ	**74**
Тешабоев У. М., Рахманова Л. К., Ганиева М.Ш. ИММУНОДИАТЕЗЫ КАК ФАКТОР РИСКА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ	**75**
Тожидинов У.А., Каримова Н.И. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	**76**
Тохтаева Д.М., Шомансурова Э.А. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЕЙНЫХ МЕДСЕСТЕР ПО УХОДУ ЗА ДЕТЯМИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ	**77**
Узакова Ш.Б., Шамсиев Ф.М., Иномов Б.Н., Азизова Н.Д., Каримова М.Х., Мирсалихова Н.Х. АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ МУКОВИСЦИДОЗА В ПЕДИАТРИИ	**78**
Умарова М.Э. ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ	**79**

Урумбоева З.О., Каримова Н.И. ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА МИКРОБИОТЫ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	**80**
Усманова С.Б., Иноятова Ф.И., Шамансуров Ш.Ш., Наджимутдинова Н.Ш НАРУШЕНИЯ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ III- IV СТЕПЕНИ	**81**
Ханкелдиева Х.К., Валижонов Ш.С., Каримова Н.И. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	**83**
Ханкелдиева Х.К., Аллаярова Н.А., Каримова Н.И. ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	**84**
Hasanov A.M., Mahmudov I.Sh., Namazova B.A., Zeynalova S.L. REGARDING THE OBSERVATION SCHEME FOR CHILDREN INFECTED WITH GIARDIASIS AND WITH CHRONIC DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM	**85**
Холматов Д.Н., Тохирова И.Б., Каримова Н.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	**85**
Xodjimetov X.A., Zokirjonov M.F. BIR YOSHGACHA BO‘LGAN BOLALARDA PNEVMONIYA KASALLIGINING BOLANING OZIQLANISHIGA KO‘RA KECHISHI VA ALLERGIK REAKSIYALARGA MOYILLIGI	**86**
Xodjimetov X.A., Zokirjonov M.F. BIR YOSHGACHA BO’LGAN BOLALARDA OZIQLANISHIGA KO’RA PNEVMONIYA KASALLIGINING KECHISHI VA QONDAGI LEYKOTSITLAR O’ZGARISHI	**87**
Худайназарова С.Р., Сайдуллаева Р. Б. КИЧИК МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА D ВИТАМИНИ ЕТИШМОВЧИЛИГИ ФОНИДА СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ	**88**
Huseynova S.A., Namazova B.A., Bayramova N.A., Rasulova L.T. THE EFFECT OF LACTOBACILLUS GG-ENRICHED FERMENTED MILK PRODUCTS ON INTESTINAL MOTOR FUNCTION IN PATIENTS WITH CONSTIPATION	**89**
Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Каримова М.Х., Абдуллаева М.К. ПРОФИЛЬ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА TLR6 У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	**89**
Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Узакова Ш.Б., Каримова М.Х., Абдуллаева М.К. СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В ПЕДИАТРИИ	**91**
Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Каримова М.Х., Абдуллаева М.К., Файзуллаева Н.Х. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	**92**
Шарипова Н.П., Шамсиев Ф.М.	**93**

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЬЮТЕРНОЙ БРОНХОФОНОГРАФИИ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ	
Shomansurova. E.A., Isaqova.M.N. TURLI YOSHDAGI BOLALARDA QABZIYATNING KLINIK KECHISHI XUSUSIYATLARI VA OLIB BORISH TAKTIKASI	**94**
Эргашева Д.Ш., Ташматова Г.А. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	**95**
Эфендиева М.З., Алиева А.М., Насирова С.Р., Мехтиева С.А. ОЦЕНКА ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА ПРИ СЕПСИСЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ	**96**
Yusupova G.A., Israilova N.A., Iskanova G.X., Azimova R.A. BOLALARDA O'TKIR BRONXIOLITNING YUZAGA KELISH VA RIVOJLANISH XAVF OMILLARINI O‘RGANISH	**96**
Яхяева К.З. БОЛАЛАРДА ДИСБАКТЕРИОЗНИ ДАВОЛАШДА МЕТАБИОТИК ВА АНТИОКСИДАНТ ДАВОНИНГ САМАРАДОРЛИГИ	**97**