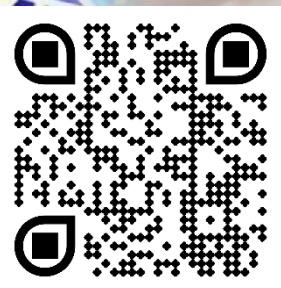




**МАТЕРИАЛЫ**  
МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

# **ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ: НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ МЕДИЦИНЫ**



**27-28 МАРТ  
2026**

**Здоровье детей: новые горизонты медицины:** материалы международной научно-практической конференции. (г. Самарканд, 27-28 марта 2026 г.) / отв. ред. Ризаев Ж.А. - Самарканд: СамГМИ, 2026. – 112 стр.

Настоящий сборник международной научно-практической конференции «ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ: НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ МЕДИЦИНЫ», состоявшейся 27-28 марта 2026 года в Самаркандском государственном медицинском университете содержит научные статьи, отражающие актуальные проблемы и научные достижения в изучении педиатрии на современном этапе, предложены практические рекомендации в решении проблем здоровья детей и подростков.

Представленные материалы, несомненно, вызовут интерес, будут полезными и найдут своё место в деятельности и практике ученых, врачей и послужат в охране здоровья детского населения.

## **ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ**

**Ризаев Ж.А.** — Председатель организационного комитета конференции, профессор, ректор СамГМУ  
**DSc, проф. Кубаев А.С.** — проректор по научной работе и инновациям, заместитель председателя организационного комитета конференции  
**DSc, проф. Ярмухамедова Н.А.** — проректор по учебной работе  
**PhD, доц. Ким А.А.** — начальник отдела научных исследований, инноваций и подготовки научно-педагогических кадров  
**DSc, проф. Гарифулина Л.М.** — профессор заведующая кафедрой Педиатрии  
**DSc, проф. Шарипов Р.Х.** — заведующий кафедрой педиатрии и неонатологии ФПДО  
**DSc, проф. Дильмурадова К.Р.** — профессор кафедры педиатрии и неонатологии ФПДО  
**DSc, проф. Расулов С.К.** — профессор кафедры педиатрии лечебного факультета  
**PhD, доц. Ахмедова М.М.** — доцент кафедры педиатрии и неонатологии ФПДО  
**PhD, доц. Кудратова Г.Н.** — доцент кафедры педиатрии лечебного факультета  
**PhD, доц. Ишкабулова Г.У.** — доцент кафедры педиатрии лечебного факультета  
**PhD, доц. Ашурова М.Ж.** — доцент кафедры педиатрии лечебного факультета  
**PhD, доц. Расулова Н.А.** — доцент кафедры педиатрии и неонатологии ФПДО  
**PhD, Гойибова Н.С.** — ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета  
**Тураева Д.Х.** — ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета  
**Исламова Д.С.** — ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета  
**Холмурадова З.Э.** — ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета  
**Маматкулов Т.А.** — ассистент кафедры педиатрии и неонатологии ФПДО  
**Кадирова Ш.С.** — ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета  
**Ибрагимов Ю.Б.** — ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета  
**Санаккулов А.Б.** — ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета  
**Хайдарова Х.Р.** — ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета

Открытие и проведение конференции будут осуществляться в онлайн-формате на базе клиники кафедры педиатрии лечебного факультета СамГМУ по адресу:  
Буюк Ипак Йули, 9А, г. Самарканд  
E-mail: konferenciya\_pediatr\_2026@bk.ru



**УРАЛЬСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**



**САМАРКАНДСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**



**ИЖЕВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

# **ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ: НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ МЕДИЦИНЫ**

## **МАТЕРИАЛЫ**

международной научно-практической конференции  
(Самарканд, 27-28 марта 2026 г.)

Под редакцией  
Ж.А. РИЗАЕВА



Самарканд-2026

## УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ, ДОРОГИЕ ДРУЗЬЯ!

*Рад приветствовать вас на научно-практической конференции, посвящённой актуальным вопросам охраны здоровья детей. Проведение данного мероприятия отражает высокую значимость объединения усилий специалистов в решении ключевых задач современной педиатрии.*

*В Республике Узбекистан и Российской Федерации дети и подростки составляют значительную часть населения, что определяет приоритетность государственной политики в области охраны материнства и детства. Несмотря на достигнутые успехи, вопросы профилактики, ранней диагностики и эффективного лечения заболеваний детского возраста остаются чрезвычайно актуальными.*

*Современная педиатрия развивается в условиях стремительного внедрения инновационных технологий, что требует постоянного обновления знаний, обмена опытом и консолидации профессионального сообщества. В этой связи проведение подобных конференций играет важную роль в обсуждении актуальных проблем, выработке новых подходов и внедрении передовых практик в систему здравоохранения.*

*Убеждён, что международная научная площадка, организованная на базе Самаркандского государственного медицинского университета, станет эффективной платформой для профессионального взаимодействия специалистов из Узбекистана и Российской Федерации, позволит расширить научное сотрудничество и укрепить практическое здравоохранение.*



**Жасур Алимджанович Ризаев**  
доктор медицинских наук, профессор,  
Ректор Самаркандского государственного медицинского университета

Аббасов А.Н., Хайдарова Г.С.

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ

Университета бизнеса и науки, Ташкентского государственного медицинского университета,  
Ташкент, Узбекистан

**Актуальность:** Доброкачественные образования гортани составляют 50–70% всех опухолевых и опухолеподобных процессов данной локализации и выявляются у 15–25% пациентов с дисфонией. Наиболее часто патология диагностируется в возрасте 25–55 лет. Папилломатоз занимает 10–15% в структуре доброкачественных новообразований и характеризуется высокой частотой рецидивов — до 70%. Фибромы и полипы составляют до 30–40% органических поражений голосового аппарата, кисты — 5–10%, сосудистые образования — до 5%. В исследование включены 119 пациентов (2024–2026 гг.), распределённых на три группы: 34 пациента с папилломами, 40 — с фибромами и 28 — с хондромами. Основным клиническим проявлением являлась дисфония: 91,2% при папилломах, 95,0% при фибромах и 82,1% при хондромах. Инспираторная одышка чаще наблюдалась при хондромах — 39,3%, тогда как при папилломах и фибромах — 29,4% и 15,0% соответственно. Рецидивирующее течение отмечено у 41,2% пациентов с папилломами против 15,0% при фибромах и 14,3% при хондромах. **Результаты исследования:** По данным видеостробиоскопии множественный характер поражения выявлен у 58,8% пациентов с папилломами, снижение амплитуды колебаний — у 72,5% при фибромах и 75,0% при хондромах. Нарушение мукозной волны регистрировалось в 65–68% случаев во всех группах. Деформация каркаса гортани отмечена у 60,7% пациентов с хондромами и отсутствовала при папилломах и фибромах. Неполное смыкание голосовых складок наблюдалось у 64,7%, 70,0% и 71,4% соответственно. Морфологически выявлены признаки хронического воспаления и ремоделирования стромы. Повышенная экспрессия MMP-9 и IL-6 коррелировала с выраженностью отёка и частотой рецидивов ( $p < 0,05$ ). При папилломатозе ДНК ВПЧ 6 и 11 типов обнаруживается более чем в 80% случаев. Экономический анализ показал, что при стандартном подходе повторные операции требовались в 12% случаев, тогда как внедрение усовершенствованного видеостробиоскопического алгоритма снизило показатель до 4%. Экономия составила 56 000 000 сум на 100 пациентов, чистый экономический эффект — 26 000 000 сум, коэффициент экономической эффективности — 1,87. Экономия на одного пациента достигла 260 000 сум. **Выводы:** Таким образом, интеграция клинических, морфологических и функциональных параметров с обязательным применением видеостробиоскопии повышает точность диагностики, снижает частоту рецидивов и повторных вмешательств, а также обеспечивает доказанную клиничко-экономическую эффективность.

Абдукаримов С.А., Кодирова И.Ф., Гаибназаров С.С., Шеркузиева Г. Ф.

## ГИГИЕНА ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ДО ПОСТУПЛЕНИЯ В ВЫСШЕЕ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ И ПОСЛЕ

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

**Введение:** Питание является важным фактором здоровья и работоспособности студентов. После поступления в вуз из-за увеличения учебной нагрузки у многих студентов нарушается режим питания: пропускаются приёмы пищи и увеличивается употребление быстрых перекусов, что может негативно влиять на здоровье и концентрацию внимания. **Цель исследования:** является изучение особенностей гигиены питания студентов-медиков до поступления в высшее учебное заведение и после начала обучения, а также анализ влияния изменений режима питания на их самочувствие. **Материалы и методы:** Для исследования были использованы методы анкетирования и наблюдения. В опросе приняли участие студенты медицинских вузов, которые оценивали свой режим питания до поступления в университет и после начала обучения. **Результаты и обсуждение:** Результаты опроса показали, что поступление в высшее учебное заведение заметно влияет на образ жизни студентов, особенно на режим питания и уровень физической активности. Средний возраст опрошенных составил



18 лет. Среди респондентов 57% составили мужчины и 43% женщины, при этом около 80% являются студентами медицинских вузов. Анализ данных показал, что после поступления в вуз изменился режим питания студентов. До начала обучения большинство опрошенных питались 3–4 раза в день, включая завтрак, обед и ужин. После поступления значительная часть студентов стала питаться лишь 2–3 раза в день, чаще всего пропуская завтрак из-за нехватки времени. Также увеличилось употребление быстрых перекусов и продуктов быстрого приготовления, тогда как потребление домашней пищи, овощей и фруктов снизилось. Кроме того, наблюдается снижение уровня физической активности. Многие студенты стали реже заниматься спортом и уделять меньше времени активному отдыху из-за высокой учебной нагрузки. Недостаток физической активности в сочетании с нерегулярным питанием может приводить к повышенной утомляемости, снижению работоспособности и ухудшению общего самочувствия. **Выводы:** Исследование показало, что после поступления в медицинский вуз у студентов часто нарушается режим питания. Нерегулярные приёмы пищи и увеличение потребления фастфуда могут отрицательно влиять на здоровье и учебную работоспособность. Соблюдение принципов гигиены питания, включающих регулярные приёмы пищи и сбалансированный рацион, является важным условием поддержания здоровья и успешного обучения студентов.

**Abdullayeva D.Sh., Matkarimova D.S.**

### **IMMUN REGULYATOR GENLAR POLIMORFIZMLARINING ONKOGEATOLOGIK KASALLIKLAR KECHISHIGA TA'SIRINI BAHOLASH**

Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, O'zbekiston, Toshkent

**Maqsad.** Immun reaksiyalariga javob beruvchi TNF- $\alpha$ /G308A va IL-10/G1082A (yallig'lanish va yallig'lanishga to'sqinlik qiluvchi sitokinlar) genlar polimorf variantlarining onkologematologik kasalliklar yuzaga chiqishi va rivojlanishida bilan o'zaro bog'liqligini tahlil qilish. **Materiallar va usullar.** Tahlil uchun O'L tashxisi tasdiqlangan (tashxis qo'yilganligiga bir yildan kam bo'lmagan) kimyoterapiyaning konsolidatsiya remissiya kursini qabul qilayotgan 110 ta bemor (54 (49%) erkak va 56 (51%) ayol) ishtirok etdi. Ularning o'rtacha yoshi 44.5 (19-70 yosh) ni tashkil etadi. Tahlil uchun tanlangan bemorlar venasidan 10,0 ml qon namunasi olib, IFA usulida TNF- $\alpha$ /G308A, IL-10/G1082A titri tekshirilib, darajasiga qarab ajratib chiqildi. Shu asnoda, TNF- $\alpha$ /G308A, IL-10/G1082A darajasi me'yoriy ko'rsatkich (9,1-10,0 pg/ml) dan oshgan bemorlardagi klinik-obyektiv o'zgarishlar solishtirish yo'li orqali tahlil qilib chiqildi. Bemorlarning barchasi "7+3" induksiya remissiya kimyoterapiya kursini qabul qilganligi inobatga olindi. **Natijalar.** TNF- $\alpha$ /G308A darajasi yuqori bo'lgan bemorlar soni 79/110 (71,8%) ni tashkil qildi. Bu bemorlardagi umumiy simptom subfebril harorat ko'tarilishi bo'ldi. Bundan tashqari, bu bemorlarning 12 ta (11%) bemorda nefrotik belgilar, 23 ta (21%) bemorda ikki tomonlama pnevmoniya, 5 ta (4,5%) bemorda paraproktit, 14 ta (12,7%) bemorda gepatit (11 ta virusli va 3 ta novirus etiologiya bilan) qayd qilindi ( $p < 0.05$ ). IL-10/G1082A yuqori konsentratsiyasiga ega bo'lgan 15/110 ta (17%) bemorda giperplastik belgilar yoqqolroq bo'ldi. Splenomegaliya ( $> 3,0$  sm) 6 ta (5,5%), limfadenopatiya 4 ta (3,6%), gepatomegaliya ( $> 2,5$  sm) 9 ta (8,2%), neyroleykoz 3 ta (2,7%), oyoq-qo'llarda edema 2 ta (1,8%) bemorda yuzaga kelganligi aniqlandi. **Muhokama** TNF- $\alpha$ /G308A gen polimorfizmi topilgan bemorlarning barchasida ilgari mavjud bo'lgan surunkali somatik kasalliklar sitostatik terapiya fonida retsdiv berganligi ma'lum bo'ldi. Shu bilan birga, ayrim bemorlarda aksincha, yallig'lanishga qarshi mediator - IL-10 genining G1082A polimorfizmi immunosupressiv terapiya ta'sirida proliferatsiya jarayonlarini keragidan ortiq darajada kuchayishiga sabab bo'ldi. **Xulosa.** Immun regulyator genlar TNF- $\alpha$  hamda IL-10 onkologematologik kasalliklar, jumladan, o'tkir leykemiyalar rivojlanishida aloqadorligi isbotlandi. Endilikda o'tkir leykoz tashxisi qo'yilgan va kimyoterapiyaga ko'rsatmasi bo'lgan bemorlar anamnezida komorbid kasalligi qayd qilingan holatlarda yallig'lanish mediator TNF- $\alpha$  (G308A) hamda yallig'lanishga qarshi mediator IL-10 genining (G1082A) polimorfizmlarini tekshirish kimyoterapiya fonida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni oldindan bashorat qilish va oldini olishga, kasallik remissiyasiga erta va oson erishishga yordam bergan bo'ladi.

Абдурахманова У.Ш., Расулова С.А., Мухаммаднабиева Ф.А.,  
Давлатова С.Н.

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОФИЛИИ У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН ПО ДАННЫМ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино.  
Душанбе, Таджикистан

**Актуальность:** Гемофилия остаётся одной из актуальных наследственных коагулопатий детского возраста. **Целью** настоящей работы явился анализ структуры и территориального распределения гемофилии у детей Республики Таджикистан на основании регистра, включающего 217 пациентов. **Материалы и методы:** Анализ показал, что среди зарегистрированных детей преобладает гемофилия А — подавляющее большинство случаев (около 75–80%), гемофилия В составляет приблизительно 18–22%, единичные случаи представлены сочетанными формами (А и В) и болезнью Виллебранда. Отмечается выраженное преобладание мальчиков, что соответствует X-сцепленному типу наследования заболевания. Зарегистрированы отдельные случаи заболевания у девочек, что требует дополнительного генетического анализа и исключения носительства с клинической манифестацией. Возрастной диапазон пациентов — от раннего детского возраста до подросткового периода (2006–2025 гг. рождения), при этом значительная доля приходится на детей младше 10 лет, что отражает сохраняющуюся рождаемость и необходимость ранней диагностики. Территориально пациенты представлены практически всеми регионами страны: г. Душанбе, районы республиканского подчинения (Рудаки, Вахдат, Варзоб, Хисор), Хатлонская область (Вахш, Ёвон, Фархор, Дангара, Шахритуз, Кушониён и др.), Согдийская область (Панджакент, Худжанд), ГБАО (Хоруг, Шугнон, Ванч). Это свидетельствует о повсеместной распространённости заболевания и необходимости централизованной системы наблюдения. У большинства пациентов маркёры вирусных гепатитов отрицательные; зарегистрированы единичные случаи гепатита С, что подчёркивает важность вирусной безопасности трансфузионной терапии. В регистре отмечены случаи летального исхода, что указывает на сохраняющиеся риски тяжёлых кровотечений и необходимость усиления профилактической заместительной терапии. **Выводы:** анализ регистра демонстрирует доминирование гемофилии А, широкую географию распространения и актуальность создания национальной программы профилактического лечения, расширения молекулярно-генетической диагностики и формирования единого государственного регистра пациентов с гемофилией в Республике Таджикистан.

Abdurakhmanova B.R., Topkhara E.N.

## RECURRENT CHOLESTATIC HEPATOSIS OF PREGNANCY

Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Uzbekistan

**Introduction.** Recurrent cholestatic hepatitis of pregnancy (RCHP) is a transient hepatic dysfunction that predominantly occurs in the third trimester of pregnancy and significantly complicates its course. This pathology remains one of the most pressing issues in both scientific and practical obstetrics and, despite numerous studies, is still far from being fully understood or resolved. RCHP lacks a specific clinical picture—other than pruritus—thus, its initial symptoms are often misdiagnosed as food allergies, dermatoses, or viral hepatitis, which hinders timely diagnosis. **Objective.** To reflect the clinical and laboratory diagnostic features in pregnant women with recurrent cholestatic hepatitis. **Materials and Methods.** A total of 109 pregnant women with cholestatic hepatitis were observed at Maternity Complex No. 2 in Tashkent, in the city of Khiva, and at the Urgench Perinatal Center in the Khorezm region. Data were collected between 2021 and 2024. All patients underwent comprehensive examinations, including traditional clinical-laboratory tests, virological and immunological studies, and ultrasound imaging. **Results.** One of the specific clinical signs of RCHP, according to our data, was skin pruritus, observed in all 109 (100%) pregnant women: moderate in 27 (24.7%) and severe in 82 (75.2%). Dyspeptic symptoms in more severe stages occurred 1.5 times more frequently. Weight loss was noted in 30.9% of the women, which we associate with nutritional disturbances and gastrointestinal

dyspepsia. Changes in the central nervous system in patients with RCHP were characterized by headaches in 11 (10.0%) women and sleep disturbances in 102 (93.5%), while consciousness was preserved in all cases—unlike various forms of hepatitis, which are often accompanied by coma. The most severe clinical manifestation of RCHP was disseminated intravascular coagulation (DIC) syndrome, diagnosed in 7 (6.4%) pregnant women. Typical signs included petechial hemorrhages of varying sizes in 2 (1.8%) patients and postpartum uterine bleeding of more than 1500 ml in 4 (3.6%) women. At the time of diagnosis, the average total bilirubin level was  $68.2 \pm 4.2 \mu\text{mol/L}$ , with a predominance of the direct bilirubin fraction. ALT and AST levels were elevated by threefold in 69 (63.3%) patients, while in 13 women the enzymes were at the upper limit of normal. From the time of diagnosis, ALT and AST levels increased by an average of 2.1 and 1.6 times respectively, reaching  $1.33 \pm 0.04 \text{ mmol/L}$  and  $0.76 \pm 0.07 \text{ mmol/L}$  ( $p < 0.05$ ). However, the activity of these enzymes as indicators of cytolysis did not reach excessively high levels in RCHP. Data analysis also showed that the thymol turbidity test was elevated by 2.4 times, likely due to dysproteinemia and possibly a history of hepatitis. **Conclusion.** Our research indicates that a threefold increase in total bilirubin with a predominance of the direct fraction, a 2.1-fold rise in ALT and AST levels, decreased coagulation parameters, hypoproteinemia, and elevated alkaline phosphatase are key laboratory diagnostic criteria characteristic of cholestatic hepatitis in pregnancy.

**Азизова П.Г., Каландарова М.С., Ходжаева Н.Н.**  
**ХРОНИЧЕСКАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЯ У**  
**ДЕТЕЙ**

Таджикский государственный медицинский университет  
им. Абу Али Ибни Сино. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования:** Изучить клинико-лабораторные особенности хронической иммунной тромбоцитопенической пурпуры (ХИТП/ИТП) у детей подросткового возраста. Систематизировать основные осложнения с акцентом на влияние COVID-19 на дебют и течение ИТП без наследственной предрасположенности. **Материалы и методы:** Ретроспективно проанализированы истории болезни всех детей с ИТП, находившихся на лечении в детском гематологическом отделении в течение одного календарного года. Оценивали клинику и лабораторные показатели: гемограмму, миелограмму, коагулограмму, биохимический анализ крови, тесты на свёртываемость, общий анализ мочи, УЗИ органов брюшной полости. **Результаты:** За год госпитализированы 113 пациентов с ИТП; у 30% выявлена хроническая форма. Диапазон тромбоцитопении —  $8 \times 10^9/\text{л}$  до  $95 \times 10^9/\text{л}$ . Клиническая картина — кожно-геморрагический синдром, носовые и десневые кровотечения, анемический синдром. У девочек подросткового возраста заболевание протекало тяжелее и несмотря на благоприятный исход у большинства, от **10 до 30%** детских случаев переходят в хроническую форму. Выраженность и хронизация чаще наблюдаются у девочек подросткового возраста, что согласуется с опубликованными данными о женском поле и старшем возрасте как предикторах хронизации. Хроническая ИТП остаётся актуальной проблемой детской гематологии. Наблюдается большая доля хронических форм у девочек-подростков. По литературным данным женский пол и старший возраст являются предикторами хронизации. Инфекции традиционно провоцируют ИТП у детей. Описаны педиатрические случаи ИТП, ассоциированной с SARS-CoV-2, а также систематические обзоры. При этом крупные когортные/регистрационные исследования показали, что в период жёстких НПИ инцидентность ИТП у детей могла снижаться, а госпитализации по ИТП в 2020 году не увеличивались по сравнению с 2018. **Вывод:** Возможное влияние SARS-CoV-2 как триггера первичной ИТП подтверждается сериями случаев и систематическими обзорами, при этом популяционные исследования показали неоднозначные тренды инцидентности в пандемию.

**Х.А. Акилов, Г.А. Максумов**  
**СОВРЕМЕННЫЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ИНВАГИНАЦИИ**  
**КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников  
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи  
г. Ташкент, Узбекистан

**Актуальность:** инвагинация кишечника является одним из наиболее распространённых видов приобретённой кишечной непроходимости у детей и составляет 70–80% всех случаев, требующих своевременной диагностики и лечения. В большинстве случаев стандартным лечением было неоперативное вправление с использованием воздушной клизмы или других методов гидростатического вправления. В этой связи современная детская хирургия всё чаще обращается к минимально инвазивным подходам, которые позволяют снизить травматичность вмешательства, сократить время пребывания в стационаре и повысить эффективность лечения инвагинации кишечника у детей. **Цель исследования** — оценить эффективность современных минимально инвазивных методов лечения инвагинации кишечника у детей. **Материалы и методы:** Проведён ретроспективный анализ лечения 157 детей в возрасте от 2 месяцев до 18 лет (средний возраст —  $3,4 \pm 1,8$  года) с инвагинацией кишечника и её осложнениями, находившихся на лечении в отделении детской хирургии РНЦЭМП в период с 2014 по 2024 год. Мальчиков было 101 (64,3%), девочек – 56 (35,7%) (табл. 1). Наиболее часто инвагинация развивалась у детей до 1-го года (110; 70,1%). **Результаты и обсуждения:** Всем 157 пациентам выполнены УЗИ и обзорная рентгенография. Клинически преобладали боли в животе (98%), рвота (87%), кровянистые выделения «малинового желе» (61,8%) и пальпируемый инвагинат (72,6%). Оперативное вмешательство выполнено у 116 пациентов (73,9%). В 9 (5,7%) случаях наличие клинических и инструментальных признаков перитонита явилось показанием к экстренной лапаротомии. У 148 (94,3%) пациентов без признаков перитонита и некроза кишечника первично применялась пневмодезинвагинация, эффективность которой составила 27,7% (41/148). При её неэффективности у 72,3% (107/148) детей выполнена лапароскопически ассистированная пневмодезинвагинация. У 31 пациента после дезинвагинации выявлены выраженные вторичные изменения червеобразного отростка, в связи с чем выполнены лапароскопическая аппендэктомия и цекопексия. Конверсия в лапаротомию потребовалась в 8 случаях вследствие неэффективности пневмокомпрессии при выраженном отёке терминального отдела подвздошной кишки. **Выводы:** Минимально инвазивные методы лечения инвагинации кишечника у детей эффективны и безопасны. Лапароскопия позволяет расправлять инвагинат, оценивать состояние кишки и брыжейки, выявлять органические причины и при необходимости выполнять аппендэктомию или фиксацию слепой кишки. Этот подход сокращает время госпитализации, снижает риск осложнений и ускоряет восстановление ребёнка.

**Алимова И.А.**  
**ПРОФИЛАКТИКА ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА С РАННЕГО**  
**ВОЗРАСТА КАК КЛЮЧЕВОЙ АСПЕКТ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ**  
**В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.**

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, г. Фергана

**Цель исследования.** Ключевыми задачами в области охраны здоровья детей в Узбекистане являются осуществлению мер по обеспечению безопасного материнства и рождению здоровых детей, улучшение качественных показателей здоровья детей, а также раннее выявление и помощь детям с отклонениями в развии. **Результаты исследования:** По статистическим данным по Ферганскому вилояту в 2023 году зарегистрировано 15470 детей с инвалидностью, 2024 году эта цифра составляет до 15512 детей. По Ферганскому вилояту в 2022 году детей с инвалидностью от 0-3-х лет зарегистрировано 2349, в 2023 году этот показатель составляет 2487 детей, в 2024 году показатель 2481 детей. Количество детей с инвалидностью 2022 года рождения по Ферганскому вилояту составило 9%

от общего количества детей с инвалидностью за этот год. Дети с инвалидностью этого же года рождения в 2023 году составило 27%, в 2024 году 32%. Если инвалидность детей 2023 года рождения составляет 9,7%, то в 2024 году инвалидность детей 2023 года рождения составило 26,3%. Показатели динамики комплексной реабилитации детей информационно консалтинговой службы Ферганского регионального филиала республиканского центра социальной адаптации детей 2014-2024 годы показывают, положительная динамика реабилитационных и абилитационных мероприятий из 2068 детей от 0 до 3 лет явные положительные изменения имеют 39% детей, относительные изменения 51%, без изменений 10%. Из 3539 детей, получивших услуги 4-7 лет явную положительную динамику имеет 24%, относительную 34%, без изменений 42%. Анализ применяемых на амбулаторном этапе традиционных программ лечения и оказания помощи детям раннего возраста с проблемами развития показывает, что в них не предусмотрен комплексный, междисциплинарный, семейно-центрированный, системно-продолжительный подход. **Вывод.** Основными направлениями в предупреждении инвалидности, реабилитации детей инвалидов должны быть следующие: пропаганда здорового образа жизни, профилактика алкоголизма, наркомании, токсикомании; внедрение новых технологий в перинатологию, обеспечивающих раннюю диагностику тяжелых перинатальных повреждений центральной нервной системы, и использование многофакторных компьютерных программ для прогнозирования формирования инвалидности у детей первого года жизни на всех этапах медицинского обслуживания; реализация в полном объеме мероприятий индивидуального комплексного плана реабилитации, включающего раннюю комплексную медико-реабилитационную, медико-педагогическую, психологическую коррекцию с целью восстановления здоровья ребенка; организация обучающих школ для родителей с целью осуществления контроля за состоянием здоровья ребенка с риском на инвалидность и оказания необходимой доврачебной помощи; санаторно-курортное лечение в специализированных санаториях для детей-инвалидов с родителями; межведомственные мероприятия по реабилитации детей с инвалидностью с оказанием медицинской, медико-педагогической, психологической, юридической помощи, направленной на социальную адаптацию ребенка-инвалида в семье по программе КИПР, образовательных заведениях, обществе; совершенствование службы медико-генетического консультирования, планирования семьи и репродукции для предупреждения рождения детей с врожденной и наследственной патологией, а так же больных вследствие патологического течения беременности и родов.

Асвабетдинова А.Р., Фелицына Д.А., Шипулина И.А.

## КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ ВВЕДЕНИЯ ПЕРВОГО ПРИКОРМА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера, г. Пермь, Россия

**Актуальность:** Правильное введение первого прикорма имеет важное значение в формировании пищевых привычек, метаболизма, а, значит, и будущего здоровья ребенка. **Цель работы:** Провести анализ введения первого прикорма и информированности родителей в данном вопросе. **Материалы и методы:** С помощью разработанной нами анкеты был проведен добровольный анонимный опрос 53 матерей, имеющих детей в возрасте от 8 месяцев до 3 лет, из них 30 мальчиков (56,6%), остальные - девочки. **Результаты и обсуждение:** Анкета включала блоки из 19 вопросов: о структуре первого прикорма, источниках информации, оценки психоэмоционального состояния мамы и реакции ребенка на новый вид питания. Обработка данных проводилась методами описательной статистики. Анализ источников информации показал отсутствие единого авторитета для мам. Ведущим фактором стал собственный опыт родителей (41,5%). Рекомендациями медицинских специалистов воспользовались 39,6%, ресурсам сети Интернет доверяют 32,1%, а опыт других матерей важен для 28,3% респондентов. Возраст введения первого прикорма у большинства детей (62,3%) соответствовал общепринятым рекомендациям 5-6 мес., 17 детей (32,1%) познакомились с прикормом довольно рано (в 3-4 мес), а трое – только в 8 мес. В качестве первого продукта прикорма 71,1% мам выбрали однокомпонентное овощное пюре. Поликомпонентное пюре использовали 11,3% респондентов. Выбор других продуктов (фруктовое пюре, каша, мясной фарш) составил 17,6%. Изучение эмоционального

фона: более половины матерей (56,6%) не испытывали волнения при введении первого прикорма. Остальные переживали по поводу возможной аллергии, запора, колик, и ощутили недостаточную информированность в вопросах питания. 2/3 детей (66%) продемонстрировали позитивную реакцию на прикорм, нейтральную - 28,3%, негативную (отказ от еды, аллергическая реакция) - 5,7%. **Выводы:** Большинство матерей выбирают правильные продукты для первого прикорма (однокомпонентное овощное пюре) и начинают вводить его в рекомендуемом возрасте (5 - 6 месяцев), но каждая третья женщина допускает погрешности в этом вопросе. Введение прикорма у большинства детей проходит успешно (более 94% не имеют серьезных проблем), что говорит о хорошей физиологической зрелости современных младенцев при соблюдении адекватных сроков. Почти половина опрошенных женщин испытывает психоэмоциональное напряжение при введении прикорма. При этом в процессе принятия решения о начале прикорма медицинские рекомендации, субъективный опыт родителей и советы сторонних людей (подруг, интернет-блогеров) имеют практически равное значение. Роль недоверенных источников указывает на необходимость повышения авторитета медицинского персонала в консультировании семей для предотвращения ошибок в нутритивной поддержке.

**Asqarova F.**

### **PEDIATRIYA AMALIYOTIDA FAST-FOOD TARKIBIDAGI OZIQ-OVQAT QO'SHIMCHALARINING BOLALAR ORGANIZMIGA ALLERGIK VA TOKSIK TA'SIRI**

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot institute, Farg'ona, O'zbekiston

**Dolzarblik:** Bugungi kunda bolalar va o'smirlar o'rtasida allergik kasalliklar va modda almashinuvi buzilishining keskin ortishi bevosita ovqatlanish ratsionining o'zgarishi bilan bog'liq. Fast-food (tez tayyorlanadigan taomlar) nafaqat yuqori kaloriyali, balki tarkibida o'nlab sintetik qo'shimchalarni saqlashi bilan xavflidir. Pediatriya sohasidagi eng dolzarb vazifalardan biri — bu "yashirin allergenlar" va toksik ksenobiotiklarning bolalar immun tizimiga ta'sirini kamaytirishdir. **Tadqiqot materiallari va usullari:** Klinik kuzatuvlar davomida allergik anamneziga ega bo'lgan 7 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan 60 nafar bola o'rganildi. Tadqiqotda ularning kunlik ratsioni tahlil qilindi hamda qondagi umumiy IgE (Immunoglobulin E) miqdori va jigar funksional ko'rsatkichlari tekshirildi. **Natijalar va ularning muhokamasi:** Olingan tahlillar shuni ko'rsatdiki, tarkibida E102 (tartrazin), E110 (quyosh botishi sariqligi) kabi bo'yoqlar mavjud bo'lgan mahsulotlarni iste'mol qilgan bolalarda: • Psevdoallergik reaksiyalar: Bolalarning 45 foizida teri qichishishi, eshakemi va atopik dermatitning kuchayishi kuzatildi. • Psixonevrologik o'zgarishlar: Sintetik qo'shimchalar neyronlararo aloqaga ta'sir qilib, 30% bolalarda diqqatning tarqoqligi va asabiylikni keltirib chiqardi. • Metabolik yuk: E621 (glutamat natriy) moddasi ishtahani sun'iy qo'zg'atishi natijasida bolalarda ovqatlanish xulq-atvori buzilib, ularda o'rtacha vazn ko'rsatkichi me'yordan 18-22% ga yuqoriligi aniqlandi. **Xulosalar:** Fast-food tarkibidagi kimyoviy komponentlar bolalarda allergik fonni kuchaytiruvchi asosiy ekzogen omil hisoblanadi. Konservantlar ichak mikrobiomasini o'zgartirib, organizmning umumiy rezistentligini (qarshiligini) pasaytiradi. Pediatrlarning tavsiyasiga ko'ra, allergik patologiyasi bor bolalar ratsionidan tarkibida "E" belgisi bo'lgan barcha fast-food mahsulotlarini to'liq chiqarish (eliminatsiya qilish) shart.

**Аслиддинов Ш.Б., Тураева Д.Х.**

### **СЕМИЗЛИГИ БЎЛГАН БОЛАЛАРНИ ҲАЗМ ТИЗИМИНИ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ**

Самарканд Давлат Тиббиёт Университети, Самарканд, Ўзбекистон

**Тадқиқот мақсади:** семизлиги бўлган болаларда ҳазм тизими функциясини клиник хусусиятларини баҳолаш. **Текшириш материаллари ва усуллари:** 14 ёшдан 18 ёшгача бўлган, экзоген-конституционал семизлиги бўлган 27 нафар бола текширилди. Уларнинг ўртача ёши 16,01±0,13 ёшни ташкил этди. Клиник таҳлил ўтказилди: анамнез, антропометрия, ВБИ, бел айланаси (БА) ўрганилди. Текширилаётган болалар 2 гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳга 14 нафар тана массаси юқори бўлган болалар киритилди, 2-гуруҳни - 13 нафар семизлиги бўлган болалар ташкил этди. Назорат гуруҳи - 22 нафар 13 ёшдан то 17 ёшгача ВБИ 18 дан то 24,9 кг/м<sup>2</sup> бўлган болалардан иборат бўлди. **Тадқиқот**



**натижалари:** 1 гуруҳда ВБИ  $27,07 \pm 0,42$  кг/м<sup>2</sup>, 2-гуруҳда  $32,14 \pm 0,39$  кг/м<sup>2</sup>, солиштирилаётган гуруҳда  $18,17 \pm 0,43$  кг/м<sup>2</sup> ни ташкил этди. Чуқур текширилганда қориннинг юқори қисмидаги оғриқ 1-ва 2- гуруҳдаги деярли барча болаларда, тана массаси юқори бўлган 76,8% ва семизлиги бўлган 100% болада кузатилди (назорат гуруҳида 25%,  $p < 0,01$ ). Оғриқ асосан қориннинг юқори қисмида (эпигастрал ва ўнг қовурға ости соҳасида) кузатилди. Олинган натижалар патологик жараён асосан ҳазм тизимининг юқори қисмлари зарарланганлигидан далолат беради. Симптомлар гипреацид ҳолат борлигидан далолат беради, ҳамда, иккала гуруҳда ҳам болаларни ярмидан кўпида гастродуоденла зонадаги мотор-эвакуатор функция бузилишини гастро- ва дуоденостаз белгилари билан намоён қилади. Бу белгилар кўпроқ семизлиги бўлган беморларда 1-гуруҳда 69,3 % ва семизлиги бўлган болаларда 91,7% ни , назорат гуруҳидаги болаларда эса 16% ни ташкил этди ( $p < 0,01$ ). гастрозофагеал рефлюкс учун хос бўлган зарда бўлиш каби белгилар семизлиги бўлган болаларда (41,7%) тана массаси юқори бўлган болаларга нисбатан кўпроқ (30,8%) кузатилди. Метеоризм кўринишидаги мчак диспепсияси белгилари иккала гуруҳдаги ҳар учинчи беморда кузатилди, бу мальдигестия синдроми ёки ичак микробиоти патологияси белгилари сифатида қаралади. Семизлиги бўлган беморларда ҳафтада 14-15 мартагача (ўртача суткада 2-3 марта) ич кетиши кузатилди, ахлат шаклланмаган, ахлатни ёғли бўлиши семизлиги бўлган беморларни 91,7% да тана массаси юқори бўлган болаларни 53,9%да кузатилди,  $p < 0,05$  ҳафтада 8-9 марта (кунига ўртача 1 марта) кузатилди. Кўрик пайтида йиғилган маълумотлар патологик жараёнга жигар, ўт йўллари ва ошқозон ости беши кўшилганидан далолат беради. Жигарни топографик перкуссия қилиб текширилганда иккала гуруҳда ҳам назорат гуруҳига нисбатан жигар ўлчамини 1, 2 ўлчамга катталашини назорат гуруҳи билан солиштирилганда аҳамиятли ўлчамларда бўлди. Пальпацияда жигар ўлчамини катталашини ва оғриқ ҳисси иккала гуруҳда 2/3 ҳолатда кузатилди (76,8% ва 84,7%). Ўт қопи симптомлари ўт қопи моторикасининг бузилганлигидан далолат беради. Бу беморларни ярмида кузатилди ва ошқозон ости беши соҳасида оғриқ кузатилди (1-гуруҳда 46,3% ва 2-гуруҳда 53,9%). **Хулоса:** тана массаси юқори ва семизлиги бўлган болаларда тана вазни ошиб борган сари ошқозон-ичак тракти аъзолари, ошқозон, ўт қопи, ошқозон ости беши зарарланиши ҳам кучайиб боради, бу тана вазни юқори бўлганда ва семизликда ошқозон, жигар ва ошқозон ости безининг зарарланишида умумий патогенетик механизмлар борлигидан далолат беради.

**Asliddinov Sh.B., Turayeva D.X.**

## **SEMIZLIGI BO'LGAN BOLALARDA O'T PUFAGIDAGI O'ZGARISHLARNI ULTRATOVUSH DIAGNOSTIKASI**

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti, Samarqand, O'zbekiston

**Dolzarbli:** Yondosh semizlik tashxis qo'yishni qiyinlashtiradigan va bu muammoni dolzarb qiladigan salbiy omillar hisoblanadi. **Tadqiqotning maqsadi** ortiqcha tana vazni va semizligi bo'lgan bemorlarda o't pufagidagi patologik o'zgarishlarni ultratovush diagnostikasi usulini takomillashtirishdan iborat. **Tadqiqotning obyekti** sifatida o't pufagidagi patologik o'zgarishlar bo'yicha 2024-yilda Samarqand viloyati, Samarqand shahri, Bolalar shifoxonasida davolangan 42 nafar ( $n=42$ ) bemorning UTT ma'lumotlari tahlil qilingan. Ulardan qiz bolalar - 23 (54,76%) va o'g'il bolalar - 19 (45,24%). Barcha bemorlarga davolanishdan oldin qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi o'tkazilgan. Biz ilgari qo'llanilgan o't pufagidagi patologik o'zgarishlarni ultratovush diagnostikasi usulini takomillashtirdik, bu shundan iboratki, ultratovush tekshiruvida o't pufagi standart o'lchovlari bilan bir qatorda qo'shimcha ravishda uning devorining qalinligi, notekisligi, undagi biliar cho'kma, o't toshi borligi, ularni o'lchash va ko'ndalang kesimni doiraga solishtirish va datchik bilan siqilganda doira shaklining o'zgarishi, bir vaqtning o'zida "Merfi" exografik simptomini aniqlash amalga oshiriladi. Olingan natijalar nazorat guruhi bilan taqqoslandi. Ortiqcha tana vazni va semizligi bo'lgan bemorlarda qo'llash uchun usul takomillashtirildi. **Tadqiqot natijalari va muhokamasi:** Tadqiqotda ko'ndalang kesimning uzunligi, kengligi, ikkita diametri va o't pufagining butun konturini 33 (78,57%) bemorda devor qalinligini o'lchash bilan vizualizatsiya qilish mumkin bo'ldi. 3 nafar (7,1%) bemorda esa ko'ndalang kesimning barcha o'lchamlari va diametrlarini chiqarib bo'lmadi. Ultratovush tekshiruvi o'tkazilgan bemorlarda 12 (28,57%) bemorda ko'ndalang kesimning uzunligi, kengligi, ikkita diametri va devor qalinligini o'lchash bilan o't pufagining butun

konturini chiqarish va vizualizatsiya qilish mumkin bo'ldi. 9 (21,42%) bemorda esa uzunlik va kenglik o'lchamlari, shuningdek, ko'ndalang kesim diametrlarini aniqlab bo'lmadi. **Xulosalar:** O't pufagi patologiyalarini ultratovushli tashxislashning ishlab chiqilgan va takomillashtirilgan usuli ortiqcha tana vazni va semizligi bo'lgan bemorlarda tashxislashni 88,79% ga yaxshilash imkonini beradi.

Рашидова Л., Атаева М.С

## БРОНХООБСТРУКТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Актуальность.** Респираторные заболевания являются одной из наиболее частых причин посещения педиатров и госпитализации во всем мире и представляют собой серьезную медико-социальную проблему. **Цель исследования.** Изучение клинико-функциональных особенностей органов дыхания у детей с респираторными заболеваниями в амбулаторной практике. **Материал и методы.** В исследование были включены 74 ребенка в возрасте  $9,8 \pm 2,6$  года в Семейной поликлинике №13 в Самарканде. Все пациенты прошли комплексное клиническое и функциональное обследование, включая спирометрию. Основными параметрами функции легких были ОФВ<sub>1</sub>, FVC, индекс Тиффено и пиковый поток выдоха (PEF). Данные были статистически оценены. **Результаты.** Обследование показало, что у большинства детей наблюдаются нарушения вентилиации дыхательных путей, преимущественно обструктивного типа. Средние значения составили: FVC  $86,4 \pm 9,2\%$  ( $p < 0,05$ ), ОФВ  $\approx 74,8 \pm 10,6\%$  ( $p < 0,001$ ), индекс Тиффено  $69,5 \pm 8,9\%$  ( $p < 0,01$ ), PEF  $72,2 \pm 11,4\%$  ( $p < 0,01$ ). Бронхиальная обструкция была обнаружена у 86,4% детей, из которых 37,8% имели легкую, 32,4% - умеренную и 16,2% - тяжелую обструкцию. Только у 13,6% пациентов не было обструкции. Средний возраст детей составлял  $9,8 \pm 2,6$  года, с небольшим преобладанием мальчиков (56,8%). Средняя продолжительность заболевания составила  $2,4 \pm 1,1$  года, что указывает на преимущественно хронический или рецидивирующий характер. Частота клинических симптомов варьировала: у 39,2% детей было  $\leq 3$  обострений в год, в то время как у остальных они были более частыми. Кашель, одышка и свистящие звуки дыхания были доминирующими симптомами. Анализ показал, что интенсивность клинических симптомов коррелировала с тяжестью функциональных нарушений: была обнаружена умеренная отрицательная корреляция между ОФВ<sub>1</sub> и частотой обострений ( $r = -0,48$ ,  $p < 0,01$ ), между индексом Тиффено и одышкой ( $r = -0,42$ ,  $p < 0,05$ ), а также между ПЭФ и интенсивностью кашля ( $r = -0,42$ ,  $p < 0,05$ ) и между ПЭФ и интенсивностью кашля ( $r = -0,39$ ,  $p < 0,05$ ). Полученные данные подтверждают, что объективная функциональная диагностика органов дыхания незаменима у детей с бронхолегочными заболеваниями. В частности, параметры FEV<sub>1</sub>, индекс Тиффено и PEF используются не только для постановки диагноза, но и для контроля течения заболевания и оценки прогноза. Высокая распространенность обструктивных изменений (более 85%) в обследованной амбулаторной популяции подчеркивает клиническую значимость регулярных функциональных обследований для раннего начала терапевтических мероприятий и снижения риска долгосрочного повреждения легких. **Заключение.** Бронхообструктивные изменения у детей являются обычным явлением и в значительной степени коррелируют с клиническими симптомами. Спирометрия зарекомендовала себя как ценный диагностический и прогностический инструмент в амбулаторной практике. Регулярная функциональная оценка позволяет выявить препятствия на ранней стадии, оптимизирует терапию и способствует улучшению лечения и предотвращению прогрессирования заболевания.

Рашидова Л., Атаева М.С

## КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ И ПИТАНИЯ

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Актуальность:** Гастроэнтерологические заболевания относятся к числу наиболее частых причин амбулаторного обращения к врачу у детей и характеризуются высокой распространенностью, разнообразием клинических проявлений и выраженной частотой хронизации. **Целью** настоящего исследования был анализ структуры гастроэнтерологических заболеваний и клинических проявлений у детей в амбулаторных условиях. **Материалы и методы исследования:** в исследовании приняли участие 68 детей в возрасте от 4 до 12 лет, которые были госпитализированы в городскую семейную поликлинику №13 в Самарканде. Все пациенты прошли комплексное клиническое обследование и обследование, основанное на анамнезе. Регистрировались жалобы, анамнестические данные, клинические синдромы, а также нозологическая структура заболеваний. Особое внимание было уделено болям в животе, диспепсическим симптомам, нарушениям стула и факторам, влияющим на питание и психологический стресс. **Результаты исследования:** анализ собранных данных показал, что функциональные нарушения составляли преобладающую форму гастроэнтерологической патологии в 58,8% случаев, в то время как органические заболевания составляли 41,2%. Наиболее распространенными органическими заболеваниями были хронический гастрит и гастродуоденит, которые были диагностированы у 24 детей (35,3%). Функциональная диспепсия наблюдалась у 18 детей (26,5%), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь - у 10 пациентов (14,7%), синдром раздраженного кишечника и дискинезия желчевыводящих путей - у 8 пациентов (11,8% и 11,7% соответственно). Наиболее частыми клиническими проявлениями были боли в животе, которые наблюдались у 50 детей (73,5%) и локализовались преимущественно в эпигастрии и периомбиликальном отделе. Тошнота была обнаружена у 36 детей (52,9%), снижение аппетита у 32 детей (47,1%), изжога у 22 детей (32,4%), нарушения стула у 28 детей (41,2%) и метеоризм у 26 детей (38,2%). Сравнение клинических симптомов между функциональными и органическими заболеваниями показало, что боль в животе (85,7% против 65,0%,  $p < 0,05$ ), тошнота (64,3% против 45,0%,  $p < 0,05$ ) и изжога (42,9% против 45,0%,  $p < 0,05$ ) были более выраженными. 25,0%,  $p < 0,05$ ) значительно чаще встречались при органических заболеваниях, в то время как нарушения стула не имели статистически значимых различий. **Заключение:** результаты исследования показывают, что функциональные нарушения являются наиболее распространенной формой гастроэнтерологической патологии у детей в амбулаторных условиях, но органические заболевания имеют значительную клиническую значимость. Боли в животе, тошнота и изжога особенно заметны при органических заболеваниях, в то время как нарушения стула, как правило, неспецифичны. Профилактические меры, раннее выявление и модификация факторов риска имеют решающее значение для снижения прогрессирования гастроэнтерологических заболеваний и улучшения качества жизни пострадавших детей.

Akhmedzhanova N.I., Gapparova G.N., Zhabborov T.

## CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF ACUTE PYELONEFRITIS IN CHILDREN ASSOCIATED WITH COVID-19

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

**Relevance.** A significant gap remains in the study of endogenous pathological renal manifestations in children following acute COVID-19 infection. **The aim** of this study was to identify and evaluate the clinical and laboratory characteristics of acute pyelonephritis (AP) in children, both with and without COVID-19. **Materials and Methods.** An observational cohort retrospective clinical study was conducted involving 65 children with acute pyelonephritis. Participants were assigned to different comparison groups before treatment for renal complications based on the presence or absence of a history of COVID-19. Three groups were formed:

Group 1 included 30 children with AP without a history of COVID-19, Group 2 included 35 patients with AP against the background of COVID-19, and Group 3 (control group) included 20 healthy children. A general clinical urine analysis was performed (proteinuria (mg/day), leukocyturia (cells in field of view), bacteriuria (CFU/ml)); cumulative tests according to Nechiporenko (cells/ml); urine culture for microflora ( $> 100,000$  CFU/ml). **Results.** Subject selection included establishing a diagnosis of acute pyelonephritis based on clinical and laboratory diagnostics in accordance with clinical guidelines. Diagnostic criteria for group assignment included the results of anamnesis, physical examination, and clinical and laboratory data (including urinalysis, Nechiporenko test, urine culture with detection of the pathogen, and determination of leukocytes in urine). The clinical basis for acute pyelonephritis in children in the study groups was febrile fever (combined with symptoms of intoxication). The duration of Covid-19 in the anamnesis from the date of admission ranged from 3 weeks to 2 months. The following main clinical symptoms were identified in children with AP: febrile fever in 90% (27) and 100% (35) of children against the background of intoxication symptoms. These signs were combined with dysuric disorders (imperative urges, pollakiuria, rare urination) in 33.3% (10) and 48.5% (17) of children, painful urination was noted in 33.3% (9) and 25.7% (10) of cases; In 46.6% (14) and 71% (25) of patients, respectively, intestinal disorders (constipation or diarrhea) were observed; in 50% (15) and 54% (19) of patients, respectively, abdominal pain was noted, which we associate with intoxication of the child's body. To determine the presence of COVID-19 in the clinical history of the children with acute renal failure, an ELISA test was performed on the blood serum. This revealed elevated IgG levels, confirming the presence of this pathology in the clinical history and the development of a remission stage of COVID-19. **Conclusion:** We determined that clinical signs of the disease were more pronounced in patients with a history of COVID-19, which is associated with more significant intoxication in acute renal failure due to kidney inflammation, increased vascular permeability, fluid loss, intra-abdominal hypertension, hypovolemia, and subsequent shock.

Ахмедова М.М., Шарипов Р.Х., Саттаров З., Хасанов Ш.

## ДИАГНОСТИКА ПОЧЕЧНЫХ ПОРАЖЕНИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Самаркандский Государственный Медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Актуальность проблемы:** Внедрение передовых клиничко-генетических и биохимических методов в нефрологию открывает новые горизонты в понимании нозологической структуры заболеваний и выявлении многофакторных клинических форм. Однако, несмотря на эти достижения, повторяющиеся эпизоды мочевого синдрома, возникающие в контексте различных сопутствующих состояний, зачастую остаются недооцененными и ошибочно трактуются как инфекционные или токсические поражения почек. **Цель исследования:** изучения состояния парциальных функций почек у детей раннего возраста, больных пневмонией с поражением почек разработать принципы ранней дифференциальной диагностики поражений почек обменного генеза. **Материал и методы исследования:** под нашим наблюдением находилось 120 больных с пневмонией, имеющих дизметаболические нефропатии (ДЗМН) и 20 больных пневмонией без дизметаболических нефропатий (ДЗМН). Функции клубочкового аппарата оценивались по клиренсу эндогенного на Van Slyke. О состоянии канальцевых функций почек судили по осмолярности мочи криоскопическим методом на аппарате ОМК Щ-01, титруемых кислот по И. Тодорову (1963). **Результаты исследования:** Установлено, что у всех больных с пневмонией отмечалась тенденция к снижению суточного диуреза, а у больных пневмонией с ДЗМН нарушениями достоверно снижалось до  $0,37 \pm 0,013$  по сравнению со здоровыми детьми  $0,450 \pm 0,038$  ( $p < 0,001$ ) и у больных пневмонией без ДЗМН  $0,430 \pm 0,021$  ( $p < 0,05$ ). Снижение клубочковой фильтрации обнаружено у больных пневмонией с ДЗМН до  $0,97 \pm 0,17$  мл/сек ( $p < 0,05$ ), что, по-видимому, связано с гемодинамическими нарушениями на фоне инфекционно-токсического поражения легких, гипертермии, микроциркуляторных расстройств. Выявлено значительное снижение экскреции аммиака у больных пневмонией с ДЗМН до  $9,0 \pm 1,18$  ммоль/с по сравнению со здоровыми детьми ( $p < 0,001$ ) и у детей с пневмонией без ДЗМН  $42,0 \pm 1,2$  ( $p < 0,05$ ). Уменьшение экскреции титруемых кислот до  $23,37 \pm 4,25$  ммоль/с по сравнению показателями у здоровых детей  $51,0 \pm 2,8$  ммоль/с ( $p < 0,001$ ) и у детей с пневмонией без ДЗМН  $48,8 \pm 2,2$ . ( $p < 0,05$ ). Значительное увеличение экскреции оксалатов с мочой выявлено у детей пневмонией с ДЗМН до  $244,0 \pm 1,8$  мкмоль/с по сравнению со здоровыми детьми  $110,0 \pm 10,5$  ( $p < 0,001$ ), и с группой детей пневмонией без

ДЗМН  $130,0 \pm 11,5$  ( $p < 0,05$ ), что, возможно, носит характер вторичной оксалурии, являющейся результатом нестабильности цитомембран почечного эпителия на фоне интоксикации организма, гипоксии, электролитных нарушений, сопровождающих развитие воспалительного процесса в легких. У больных пневмонией с ДЗМН отмечалось почти двухкратное возрастание экскреции уратов и мочевой кислоты, соответственно  $6,9 \pm 0,22$  ммоль/с и  $6,64 \pm 0,36$  ммоль/с по сравнению с показателями у здоровых детей ( $p < 0,001$ ) и детей с пневмонией без ДЗМН  $3,18 \pm 0,20$  ( $p < 0,05$ ) и  $5,2 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ). **Выводы:** Таким образом, исследование показало, что у пациентов с пневмонией и сопутствующей дизметаболической нефропатией (ДМН) наблюдаются выраженные функциональные нарушения почек. Отмечается повышение концентрации нефротоксичных метаболитов, включая ураты, оксалаты и мочевую кислоту, до значений, обладающих нефротоксическим потенциалом. Отсутствие регрессии данных показателей на фоне проводимой терапии пневмонии свидетельствует о необходимости дальнейшего комплексного обследования данной когорты пациентов.

**Ахунжанов Б.З., Самадов Д.С., Сайфиддин Ходжи К. Ш., Орифжонов Д.Р. Абдуллаева Д.Т.**  
**МИКРОБИОМ КИШЕЧНИКА КАК МОДИФИКАТОР ТЯЖЕСТИ ВИРУСНЫХ**  
**РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский Государственный Медицинский Университет, Ташкент, Узбекистан

**Цель работы:** Оценить влияние состояния кишечного микробиома на тяжесть течения вирусных респираторных инфекций у детей и определить его прогностическую значимость. **Материалы и методы:** Проведено проспективное исследование с участием 90 детей в возрасте от 1 до 12 лет, госпитализированных с подтвержденной вирусной респираторной инфекцией. Верификация возбудителя осуществлялась методом ПЦР. В исследование не включались пациенты с хроническими заболеваниями кишечника и иммунодефицитами. В первые сутки госпитализации проводилась клиническая оценка тяжести состояния (длительность лихорадки, выраженность интоксикации, наличие дыхательной недостаточности), определялись лабораторные показатели воспаления (CRP, лейкоцитарная формула, нейтрофильно-лимфоцитарный индекс). Одновременно выполнялся микробиологический анализ кала с количественной оценкой бифидо- и лактобактерий и выявлением условно-патогенной флоры. Пациенты были разделены на две группы: лёгкое течение ( $n=52$ ) и среднетяжёлое/тяжёлое течение ( $n=38$ ). Статистическая обработка включала корреляционный анализ и расчёт отношения шансов. **Результаты и обсуждение:** У 63,2% детей со среднетяжёлым и тяжёлым течением выявлен дисбиоз II–III степени, тогда как в группе лёгкого течения подобные изменения отмечались лишь у 28,8% пациентов ( $p < 0,01$ ). Средний уровень бифидобактерий был достоверно ниже у детей с осложнённым течением. Отмечена отрицательная корреляция между количеством бифидобактерий и длительностью лихорадки ( $r = -0,48$ ;  $p < 0,01$ ), а также положительная корреляция между степенью дисбиоза и уровнем CRP ( $r = 0,51$ ;  $p < 0,01$ ). Риск развития пневмонии при наличии дисбиоза II–III степени увеличивался в 2,9 раза. Полученные данные подтверждают участие кишечной микробиоты в регуляции системного воспалительного ответа. Снижение концентрации комменсальной флоры, вероятно, приводит к уменьшению продукции короткоцепочечных жирных кислот, обладающих иммуномодулирующим действием, что способствует усилению провоспалительных реакций. Таким образом, кишечный дисбиоз может рассматриваться как модифицируемый фактор риска тяжёлого течения вирусной инфекции. **Заключение:** Состояние кишечного микробиома оказывает существенное влияние на характер течения вирусных респираторных инфекций у детей. Выраженный дисбиоз ассоциируется с более интенсивным воспалительным ответом и повышенным риском осложнений. Оценка микробиоты может рассматриваться как дополнительный прогностический инструмент и потенциальная мишень профилактических вмешательств.

**Ашуров Т. А., Халилов С.А.**

## **ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЗОНЫ РОСТА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАШКАДАРИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан

Комплексное изучение зон роста и процессов окостенения трубчатых костей, с применением рентгенологического метода, позволяет определить общие закономерности развития организма и является ценным показателем для оценки уровня физического развития и степени полового созревания детей. Известно, что в дистальном эпифизе бедренной кости ядро окостенения появляется во внутриутробном развитии плода. При этом наличие ядра окостенения дистального эпифиза бедренной и проксимального эпифиза большеберцовой костей служит одним из показателей доношенности плода. Анализ динамики изменений эпифизарных частей бедренной кости показал, что площадь поверхности оссифицированной части с увеличением возраста претерпевает неоднозначные изменения. В 7 лет оссифицированная площадь дистального эпифиза намного превышает показатели проксимальной части. В 16 лет площадь окостенения проксимального эпифиза увеличивается в 2 раза, а дистального – в 7,6 раза. Наиболее интенсивный прирост площади проксимального эпифиза наблюдается в 7-8 (на 45,5 мм<sup>2</sup>), 8-9 (на 45,1 мм<sup>2</sup>) и 10-11 (на 62,9 мм<sup>2</sup>) лет. В последующие годы ежегодный прирост уменьшается и в 14-15 лет обнаруживается второй подъем увеличения оссифицированной площади на 87 мм<sup>2</sup>. Эффективное увеличение площади дистального эпифиза бедренной кости, соответствует 8-9 (на 246,1 мм<sup>2</sup>), 9-10 (на 319,9 мм<sup>2</sup>) и 13-14 (на 293,6 мм<sup>2</sup>) годам. Наибольший ежегодный прирост ширины проксимального эпифиза (головки) бедренной кости отмечается в 7-8 (на 10,3%) и 14-15 (13%) лет. Ширина костной части головки бедренной кости в 16 лет увеличивается на 67,8%, тогда как эффективное увеличение по длине наблюдается в 11 лет (на 12,7%). Длина проксимального эпифиза бедренной кости к 16-летнему возрасту увеличивается на 57,2%. На рентгенограммах видно, что в 9 лет метаэпифизарная зона открыта полностью, а в 11 лет склерозируется менее 1/2 ростковой зоны. К 14 годам метаэпифизарная ростковая зона прослеживается с трудом и об отсутствии синостоза свидетельствуют участки, свободные от костной ткани, которые сохраняются по краям щели. В 16 лет на месте метаэпифизарной зоны остается участок в виде белой полоски, что указывает на возможность дальнейшего роста бедренной кости. Дистальный эпифиз бедренной кости у 7-летних детей отображается на рентгенограммах в виде двух полуovalов, из которых больший, с менее четкими контурами, соответствует медиальному мыщелку. В 7-8 лет изменяется соотношение темпов окостенения медиального и латерального мыщелков. При этом более интенсивно увеличивается вертикальный размер (длина) медиального мыщелка, в результате чего отмечается отчетливое преобладание высоты медиального мыщелка в отличие от латерального. Наибольшая ежегодная прибавка длины медиального мыщелка отмечается в 7-8 (на 10,9%) и 8-9 (на 12,1%) лет, а латерального - в 10-11 (на 10,6%) и 14-15 (на 9,7%) лет. Наибольший прирост ширины дистального эпифиза бедренной кости отмечается в 8-9 (на 11,7%), 12-13 (на 9,9%) и 15-16 лет (на 49,8%) лет. В 13 лет метаэпифизарная щель дистальной части бедренной кости, синостозирована от 1/2 до 2/3 частей, а в 15 лет синостозирование распространяется на всю ростковую зону, но по краям щели срастание эпифиза с метафизом не завершается. У большинства детей 16 лет эпифиз и метафиз представляют единое целое, а на месте бывшей ростковой зоны прослеживается только узкая горизонтальная полоска склероза.

**Бабаджанова Х.М.**

## **ПРОФИЛАКТИКА ЗАДЕРЖКИ РЕЧЕВОГО И ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 2–10 ЛЕТ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

Ферганский институт общественного здоровья, Фергана, Узбекистан

**Цель исследования:** Оценить распространённость задержки речевого и психоречевого развития у детей 2–10 лет и определить влияние цифровых технологий как фактора риска формирования данных нарушений в условиях Ферганской области. **Материалы и методы:** Проведено проспективное сравнительное исследование, включившее 225 детей в возрасте от 2 до 10 лет,

проживающих в Ферганской области. Сформированы две группы: Основная группа — 145 детей, использующих цифровые устройства более 1 часа в день. Контрольная группа — 80 детей с ограниченным использованием цифровых устройств. Методы исследования включали анкетирование родителей, клинико-логопедическое обследование детей, наблюдение за коммуникативной активностью, а также статистический анализ данных с использованием критерия  $\chi^2$  и расчёта отношения шансов (Odds Ratio — OR). **Результаты:** В основной группе задержка речевого и психоречевого развития выявлена у 62,1% детей (90 из 145), тогда как в контрольной группе данный показатель составил 16,3% (13 из 80). Статистический анализ показал достоверную связь между длительным использованием цифровых устройств и риском формирования нарушений речевого развития:  $\chi^2 = 44,7$ ;  $p < 0,001$ . Отношение шансов развития ЗРР/ЗПРР при активном использовании цифровых устройств составило: OR = 8,43 (95% ДИ: 4,3–16,7). Полученные результаты свидетельствуют о том, что у детей, использующих цифровые устройства более 1 часа в день, вероятность развития задержки речевого и психоречевого развития примерно в 8,4 раза выше по сравнению с детьми контрольной группы. **Выводы:** Избыточное использование цифровых устройств является значимым фактором риска задержки речевого и психоречевого развития у детей. Частота ЗРР и ЗПРР достоверно выше среди детей с длительным экранным временем. Ограничение экранного времени и стимулирование речевого взаимодействия являются важными направлениями профилактики нарушений речевого развития.

**Bayjanova G. J., Akramova X.A.**

### **BOLALARDA KAMQONLIK FONIDA KECHUVCHI FUNKSIONAL ICHAK BUZILISHLARINING KLINIK VA SOMATIK HUSUSIYATLARI**

Toshkent davlat tibbiyot universiteti Toshkent, O‘zbekiston

**Maqsad:** Tadqiqot maqsadi — funksional ichak buzilishlari tashhisi qo‘yilgan bolalarda hamroh kasalliklar, hususan, rahit va turli darajadagi kamqonlikning tarqalishi va korrelyatsiyasini tahlil qilishdir. **Tadqiqot ob’ekti va tekshiruv usullari.** Tadqiqotda Urganch davlat tibbiyot instituti klinikasida davolangan 144 ta (1-3 yosh) bemor bolalar qatnashdi. Bemorlarda biokimyoviy qon tahlilida vitamin D va umumiy kalsiy ko‘rsatkichlari va klinik tekshiruvlardan foydalanildi. **Natija:** Funksional ichak buzilishlari aniqlanmagan shakli (K59.9) kuzatilgan bolalarda hamroh kasalliklarning yuqori uchrash chastotasi qayd etildi. Hususan, kamqonlikning I darajasida 1–2-darajali rahit 10 nafar bemorda (13,1 %), kamqonlikning II darajasida — 47 nafar bolada (61,8 %), kamqonlikning III darajasida esa — 8 nafar bolada (10,5 %) aniqlandi. Atopik dermatit ham ushbu toifadagi bemorlarda ro‘yhatga olingan bo‘lib, kamqonlikning I darajasida — 4 nafar bolada (5,2 %), II darajasida — 18 nafar bolada (23,6 %) va og‘ir darajadagi kamqonlikda — 2 nafar bemorda (2,6 %) kuzatildi. Funksional diareya (K59.1) da hamroh kasalliklar bilan bog‘liqlik ham yaqqol namoyon bo‘ldi. Kamqonlikning I darajasi bo‘lgan bolalarda rahit holatlari 10 ta holatda (24,3 %), o‘rta og‘irlikdagi kamqonlikda — 22 nafar bolada (53,6 %) va og‘ir kamqonlikda — 2 nafar bolada (4,8 %) aniqlandi. Atopik dermatit ham kamqonlikning I darajasida — 5 nafar bolada (12,2 %), II darajasida — 14 nafar bolada (34,1 %) va og‘ir kamqonlikda — 1 nafar bemorda (2,4 %) kuzatildi (3.1.2-diagramma). Funksional qabziyat (K59.0) kuzatilgan bolalar guruhida hamroh kasallik sifatida rahit kamqonlikning I darajasi fonida 9 ta holatda (33,3 %), o‘rta og‘irlikdagi kamqonlikda esa — 10 nafar bolada (37 %) uchradi. SHu bilan birga, III darajali og‘ir kamqonlikda ushbu ko‘rsatkich 1 nafar bolani (3,7 %) tashkil etdi. Atopik dermatit ham kamqonlikning I darajasida — 8 nafar bolada (29,6 %), II darajasida — 5 nafar bolada (18,5 %) va og‘ir kamqonlikda — 1 nafar bemorda (3,7 %) qayd etildi. **Xulosa:** SHunga ko‘ra, o‘tkazilgan tahlillar antenatal va perinatal xavf omillarining majmuasi kamqonlik fonida bolalarda funksional ichak buzilishlari rivojlanishiga sezilarli ta’sir ko‘rsatishini tasdiqlaydi. Erta yoshdagi bolalarda funksional ichak buzilishlari lari alohida kasallik emas, balki organizmdagi chuqur metabolik o‘zgarishlar (kamqonlik va rahit) natijasida kelib chiquvchi somatik sindromdir. Antenatal (homiladorlik davri) va perinatal davrdagi xavf omillarini erda aniqlash, bolalarda kamqonlikni va vitamin D tanqisligini o‘z vaqtida korreksiya qilish — kelajakda surunkali ovqat hazm qilish tizimi buzilishlarining oldini olishda asosiy bo‘g‘in hisoblanadi. Funksional ichak buzilishlari tashhisi

qo'yilgan har bir bola, albatta, gemoglobin, vitamin D va kalsiy darajasini aniqlash uchun kompleks biokimyoviy tekshiruvdan o'tkazilishi shart.

**Балмасова В.А., Тимофеева А.М., Лепешкова Т.С.**

**РЕГИСТР ПИЩЕВОЙ АНАФИЛАКСИИ У ДЕТЕЙ 0–12 ЛЕТ В Г. ЕКАТЕРИНБУРГЕ.**

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,

Екатеринбург

**Актуальность:** Анафилаксия — жизнеугрожающая системная реакция гиперчувствительности немедленного типа с быстрым развитием респираторных и/или гемодинамических нарушений. Частота анафилаксии у детей, по данным международных исследований, варьирует от 1 до 761 случая на 100000 человеко-лет. Рост распространённости пищевой аллергии и тяжёлых системных реакций определяет необходимость создания региональных регистров для анализа триггеров, клинических особенностей и факторов риска. **Цель исследования:** Создание регистра пищевой анафилаксии у детей 0–12 лет в г. Екатеринбурге с анализом клинических особенностей, предрасполагающих факторов и спектра сенсibilизации. **Материалы и методы:** Проведён ретроспективный анализ 75 историй болезни детей с зарегистрированной пищевой анафилаксией. Критерии включения: возраст 0–12 лет, проживание в г. Екатеринбурге, наличие анафилактической реакции на пищевой продукт в анамнезе. **Результаты:** В регистр включено 75 детей (45 мальчиков и 30 девочек). Средняя продолжительность наблюдения составила 43 месяца.

У 88% пациентов отмечена отягощённая наследственность по аллергическим заболеваниям. В 76% случаев анафилаксия формировалась на фоне атопического дерматита. Наиболее частые пищевые триггеры: белки коровьего молока (0–3 года — 58%), куриное яйцо (0–6 лет — 22,5%), орехи и рыба (7–12 лет). В 97% случаев белки коровьего молока являлись первым проявлением пищевой аллергии. По результатам компонентной диагностики в 100% случаев идентифицирована клинически значимая молекула аллергена. Наиболее значимые молекулы: Bos d4, Bos d5, Bos d8; Gal d1, Gal d2; Cor a8, Cor a9; Jug r1–3; Gly m4, Gly m6. Анафилаксия сопровождалась частыми коморбидными заболеваниями: атопический дерматит (85–89%), бронхиальная астма (33–44%), аллергический ринит (41–92%). **Выводы:** Создан региональный регистр пищевой анафилаксии у детей 0–12 лет. Установлена ведущая роль белков коровьего молока как первого аллергена в раннем возрасте. Компонентная диагностика позволяет верифицировать причинно-значимые молекулы и оптимизировать профилактическую тактику. Полученные данные обосновывают необходимость ранней молекулярной диагностики и формирования групп высокого риска среди детей с атопической предрасположенностью.

**Baxriddinova F.A., Quldosheva Sh. S., Obloqulova N.T., X.X. Rustamova**

**PEDIATRIYADA ANTIBIOTIKLARDAN OQILONA FOYDALANISHNING FARMAKOLOGIK ASOSLARI**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, O'zbekiston, Samarqand

**Dolzarbliqi:** Antibiotiklar pediatriya amaliyotida infeksiyon kasalliklarni davolashning asosiy etiotrop vositalaridan biri hisoblanadi. So'nggi yillarda antibiotiklarga chidamli mikroorganizmlar sonining ortishi global sog'liqni saqlash tizimi uchun jiddiy muammoga aylangan. Antimikrob rezistentlik rivojlanishi bolalar orasida davolash samaradorligining pasayishiga, kasallikning og'ir kechishiga hamda asoratlar sonining ortishiga olib kelmoqda. Absorbsiyalanish, distribusiyasi, metabolizm va eliminatsiya jarayonlari yoshga qarab o'zgaradi. **Tadqiqot maqsadi** - Pediatriya amaliyotida antibiotiklardan foydalanishda farmakokinetik va farmakodinamik tamoyillarni tahlil qilish hamda oqilona antibiotikoterapiya strategiyasining ilmiy asoslarini yoritish. **Materiallar va tadqiqot usullari.** Zamonaviy klinik protokollar va farmakologik manbalar tahlil

qilindi. Antibiotiklarning ta'sir mexanizmlari o'rganildi: hujayra devori sintezini ingibitsiya qilish, oqsil biosintezini bloklash hamda DNK-giraza faoliyatini susaytirish. Minimal inhibitsiyalovchi konsentratsiya (MIK), postantibiotik effekt, vaqtga bog'liq va konsentratsiyaga bog'liq bakterisid ta'sir ko'rsatkichlari baholandi. Shuningdek, dozani hisoblashda tana vazni, yosh, buyrak va jigar funksional holati kabi omillar inobatga olinishi zarurligi tahlil qilindi. **Natijalar va ularning muhokamasi.** Tahlillar shuni ko'rsatdiki, antibiotik tanlashda infeksiya etiologiyasi, patogenning sezuvchanlik spektri va bemorning individual xususiyatlari asosiy mezon hisoblanadi. Beta-laktam antibiotiklar vaqtga bog'liq bakterisid ta'sir ko'rsatadi va ularning samaradorligi  $T > MIC$  ko'rsatkichi bilan belgilanadi. Aminoglikozidlar va ftorxinolonlar konsentratsiyaga bog'liq ta'sir ko'rsatadi. Ularning maksimal konsentratsiyasi patogenning MIK ko'rsatkichidan bir necha baravar yuqori bo'lishi kerak. Bu yuqori samaradorlikni hamda postantibiotik effektini ta'minlaydi. Empirik terapiya keng spektrli preparat bilan boshlanishi mumkin, biroq mikrobiologik tekshiruv natijalariga ko'ra deeskalatsiya prinsipi asosida tor spektrli antibiotikka o'tish tavsiya etiladi. Antibiotikoterapiya davomida klinik va laborator monitoring o'tkazish, nojo'ya ta'sirlarni nazorat qilish hamda ichak mikroflorasini saqlash choralarini ko'rish muhim ahamiyatga ega. **Xulosa.** Pediatriyada antibiotiklardan oqilona foydalanish farmakokinetik va farmakodinamik ko'rsatkichlarga asoslangan holda amalga oshirilishi zarur. Individual dozani to'g'ri hisoblash, davolash davomiyligini nazorat qilish hamda deeskalatsiya strategiyasini qo'llash antibiotik rezistentlikning kamayishiga xizmat qiladi.

**Бахуревич Е.В., Клепацкая Д.А., Ситько И.М**  
**«ПЕРВЫЙ ВКУС ЖИЗНИ»: ЧТО ВЫБИРАЮТ МАМЫ, ВВОДЯ ПРИКОРМ.**  
Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

**Актуальность.** Введение прикорма — критический этап первого года жизни ребёнка, формирующий пищевые привычки и влияющий на будущее здоровье. Под прикормом подразумеваются все продукты, кроме женского молока и детских молочных смесей, дополняющие рацион пищевыми веществами, необходимыми для обеспечения дальнейшего роста и развития ребенка. **Цель исследования.** Изучить сроки, последовательность и методы введения прикорма, оценить приверженность родителей современным рекомендациям. **Методы исследования.** Проведено анкетирование в поликлиниках г. Гродно родителей, воспитывающих детей до 2-х лет. Обработка в Google-сервисе. Анкета включала 29 вопросов: о вскармливании, выборе первых продуктов, способах приготовления и реакции ребенка на прикорм. **Результаты и их обсуждение.** Участвовали 71 респондент: 98,5% женщины с высшим/среднеспециальным образованием, 46,5% воспитывали первенцев, 40,8% - второго ребенка; 95,8% детей родились доношенными. Сроки введения прикорма: 80,3% в 4–6 месяцев, ранее - 7,0%, позднее - 12,3%. Первый продукт: 66,2% овощи (кабачок 46,5%, брокколи 16,9%, смесь овощей 19,8%); 19,7% каши (безмолочные 52,9%, гречневая 39,4%, рисовая 32,4%), 14,1% фруктовое пюре. Мясной прикорм: 50,7% индейка, 29,6% кролик. Тип питания: 56,3% используют консервы овощного пюре, 73,2% инстантные каши, 66,2% мясные консервы. Методика прикорма: 98,6% используют классическую схему. 32,4% ведут дневник питания, чаще мамы первенцев, 66,2% полагаются на память. Проблемы прикорма: 56% отказ от еды, 26% нарушение пищеварения, 18% аллергия. Источники знаний о прикорме: 75% педиатр, 15,5% интернет. 96,2% родителей считают прикорм важным для развития. **Выводы.** Большинство родителей вводят прикорм в рекомендованный период, выбирают овощные пюре или безмолочные каши, что свидетельствует о хорошем уровне осведомленности родителей в вопросах прикорма. Продукты промышленного производства популярны на начальном этапе, с последующим переходом к домашнему приготовлению. Высокий уровень отказов и пищеварительных проблем у детей диктует необходимость индивидуального подхода и детального обучения родителей, которым стоит знать, что на принятие нового блюда порой требуется до 10 попыток. Врач-педиатр остается ключевой фигурой в формировании рациона ребенка, значительно опережая интернет-ресурсы и семейные советы по степени доверия.

**Бездетко Г.И., Шкатова Е.Ю., Васильева Л.П.**  
**ЕЖЕДНЕВНЫЙ РАЦИОН ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ**

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Введение.** В последнее десятилетие в мире актуализировалась проблема рационального питания как взрослого, так и детского населения, что отражается в значительном росте социологических исследований. Здоровая еда является одним из основных необходимых элементов здоровьесберегающего поведения для современной студенческой молодежи. Они имеют социальные статус с особым образом жизни, и подвержены современным модным тенденциям и существующим социальным переменам. **Цель исследования:** оценить ежедневный рацион питания студентов. **Материалы и методы исследования.** Проведено социологическое исследование по изучению социально-средовых факторов риска развития заболеваемости, в том числе по вопросам рационального питания в Ижевском государственном медицинском и Ижевском государственном техническом университетах. В исследовании приняли участие по 130 студентов обоих вузов всех факультетов. Из них девушек – 79,2 и 32,3%, юношей – 20,8 и 67,7%, соответственно, в возрасте от 18 до 25 лет. Использован аналитический метод и метод анкетирования. **Результаты исследования.** По результатам исследования определены, какие продукты питания и напитки употребляли студенты вузов в своем ежедневном рационе. Так свежие фрукты употребляли ежедневно – 30,8 и 25,4%, соответственно (40 и 33 студента). Бисквитное печенье, пирожные, торты, сладкие пироги, сдобы ели – 18,5 и 13,8% (24 и 18 студента). Конфеты употребляли – 14,6 и 10,8% (19 и 14 студента). Варенье и мед ели – 9,2 и 6,9% (12 и 9 студента). Сгущённое молоко и мороженое употребляли – 6,2 и 8,5% (8 и 11 студента). Лимонад, кока-колу и другие сладкие напитки ежедневно пили – 2,3 и 6,9%, соответственно (3 и 9 студента). Чай и кофе с сахаром употребляли – 31,5 и 64,6% (41 и 84 студента). Бургеры, роллы и картофель фри принимали в пищу – 1,5 и 3,1% (2 и 4 студента). При этом бездрожжевые продукты ежедневно употребляли всего 5,4 и 3,1% (7 и 4 студента), один или несколько раз в неделю – 24,6 и 17,7% (32 и 23 студента). **Заключение.** В результате проведенного исследования установлено, что современные студенты медики ежедневно употребляли фруктов больше, чем студенты технического университета в 1,2 раза, при этом они потребляли больше сладких продуктов: сладкую выпечку – в 1,3 раза; конфеты – в 1,4 раза; варенье и мед – в 1,3 раза. Студенты технического университета чаще потребляли сладкие напитки: лимонад, кока-колу – в 3,0 раза; чай и кофе с сахаром – в 2,1 раза. Бездрожжевые продукты студенты-медики еженедельно употребляли в 1,4 раза чаще, чем студенты технического университета. Исследование показало необходимость разработки мероприятий по вопросам рационального питания современной молодежи для профилактики развития хронических неинфекционных заболеваний.

**Бобомуратов Т.А., Араллиева Ш.Б.**  
**ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И СТРАТЕГИЯ РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ МАТЕРИНСКОГО АУТОИММУНИТЕТА**

Ташкентский медицинский университета, Ташкент, Узбекистан  
Хорезмский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра охраны здоровья матери и ребенка Узбекистан

**Актуальность:** Иммунная система имеет решающее значение для новорожденных, играя ключевую роль в защите организма от внешних воздействий. Иммунная система новорожденных еще не полностью сформирована при рождении, и для ее правильного развития важны различные факторы. Развитие этой системы имеет решающее значение для снижения угроз организму и обеспечения стабильной защиты от болезней. Внутриутробное развитие плода на фоне системного воспаления и цитокинового дисбаланса матери формирует специфический **иммунный фенотип** новорожденного. Это состояние характеризуется не только пассивным переносом материнских аутоантител, но и



глубокой перестройкой собственной иммунной системы ребенка, что повышает риск развития неонатальных осложнений и отдаленной иммунопатологии. **Цель работы: Определение клинико-иммунологических особенностей состояния иммунной системы у новорожденных, рожденных от матерей с аутоиммунными заболеваниями. Материал и методы:** Исследование направлено на изучение развития иммунной системы у новорожденных. В исследовании также анализировалось влияние генетических и экологических факторов на иммунную систему и обусловленный этим процесс формирования иммунитета. Данные взяты из лабораторных исследований и научных статей. **Результаты:** Результаты исследования дали информацию о регистрации некоторых антител и пассивного иммунитета в период формирования иммунной системы у новорожденных и их влиянии на иммунные реакции. Также было показано, что правильное потребление витаминов, минералов и питательных веществ важно для обеспечения стабильности иммунной системы. Грудное вскармливание (при отсутствии противопоказаний по препаратам матери) минимум до 4–6 месяцев для формирования здоровой микрофлоры кишечника, что снижает риск аутоиммунной патологии в будущем. **Вывод:** Формирование иммунной системы у новорожденных играет важную роль в постнатальном процессе. В ходе последних исследований и клинических испытаний разрабатываются новые методы терапевтические приложения, чтобы гарантировать правильное развитие этой системы. Полное развитие иммунной системы зависит не только от организационных и генетических факторов после рождения, но и от ситуации в пренатальный период или на более поздних этапах жизни. Иммунологическая настороженность и персонализированный подход к вакцинации и вскармливанию позволяют минимизировать риски реализации наследственной предрасположенности к аутоиммунитету.

**Боев Б.Х., Хусенова М.С. Давлатова С.Н.**

## **РОЛЬ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Таджикский государственный медицинский университет  
им. Абу Али Ибн Сино. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Изучить особенности микробиоты кишечника и её взаимосвязь с клинико-лабораторными проявлениями у часто болеющих детей раннего возраста. **Материал и методы.** Проведён ретроспективный анализ 87 историй болезни детей в возрасте от 5 до 36 месяцев, лечившихся в стационаре в период с 1 июня по 31 ноября 2025 года. Дети были госпитализированы с сочетанной гастроинтестинальной и респираторной патологией. Основную группу (n=54) составили часто болеющие дети (ЧБД), поступившие с диареей и синдромом мальабсорбции на фоне пневмонии, обструктивного бронхита или ОРВИ. У большинства в анамнезе отмечались рахит, анемия, функциональные нарушения ЖКТ, кожные аллергоподобные явления, отставание в физическом развитии. Контрольную группу (n=33) составили дети без признаков частой заболеваемости. Оценены анамнез вскармливания, объективный статус, данные ОАК, биохимического анализа крови (общий белок, железо, кальций), ОАМ, копрограммы, бактериологического посева кала. **Результаты исследования. Клиническая картина:** Дети основной группы при поступлении имели признаки гипотрофии I-II степени (дефицит массы 11-20% у 100%), мышечную гипотонию, увеличенный в объеме живот («лягушачий» живот), бледность и сухость кожи. **Анамнез:** У 50 детей (92%) основной группы – раннее отлучение от груди (до 4 мес.), вскармливание неадаптированными смесями/коровьим молоком, поздний и нерациональный прикорм с преобладанием простых углеводов (печенье, лепешки, сгущенное молоко). Отмечалась высокая частота курсов антибиотикотерапии (в среднем 4,2±1,1 курса/год), часто необоснованной. **Лабораторные данные: ОАК:** Анемия легкой степени: Hb 94,2±7,4 г/л, эритроциты 3,2±0,3×10<sup>12</sup>/л, ЦП 0,82±0,05 – у 48 детей (89%). Лейкоцитоз 12,8±2,1×10<sup>9</sup>/л – у 35 детей (65%). **Биохимия крови:** Гипопротеинемия (56,3±3,2 г/л) – у 38 детей (71%), снижение сывороточного железа (6,4±1,8 мкмоль/л) и кальция (1,95±0,1 ммоль/л). **Копрограмма:** Признаки мальдигестии и мальабсорбции у всех 54 детей: стеаторея (нейтральный жир ++), креаторея, амилорея. У 44 детей (82%) – слизь, лейкоциты 10-25 в п/зр. **Бакпосев кала:** Выраженный дисбиоз III-IV степени. Дефицит

облигатной флоры: Bifidobacterium  $<10^7$  КОЕ/г (у 100%), Lactobacillus  $<10^5$  КОЕ/г (у 51 ребенка, 94%). Избыточный рост условно-патогенных микроорганизмов: лактозонегативные Escherichia coli ( $10^7$ - $10^8$  КОЕ/г, у 47 детей, 88%), Klebsiella pneumoniae ( $10^6$ - $10^8$  КОЕ/г, у 41 ребенка, 76%), Staphylococcus aureus ( $10^5$ - $10^7$  КОЕ/г, у 22 детей, 41%), Enterococcus faecalis  $>10^7$  КОЕ/г (у 18 детей, 33%). У 12 детей (22%) – рост Candida spp. ( $10^5$ - $10^6$  КОЕ/г). В контрольной группе столь выраженные изменения выявлены лишь у 5 детей (15%). **Вывод.** У часто болеющих детей раннего возраста формируется тяжёлый кишечный дисбиоз, характеризующийся критическим снижением бифидо- и лактобактерий и доминированием условно-патогенных микроорганизмов. Развитие данного состояния напрямую связано с комплексом алиментарных и ятрогенных факторов риска, включая раннее неадаптированное вскармливание, несбалансированный углеводный рацион и частую нерациональную антибиотикотерапию. Выявленный дисбиоз выступает ключевым патогенетическим звеном в формировании порочного круга, объединяющего синдром мальабсорбции, гипотрофию, анемию, рахитоподобные состояния и снижение иммунной резистентности, что подтверждает ведущую роль микробиоты кишечника в генезе сочетанной соматической патологии у детей.

**Болтаева М.А., Таджиев Б.М., Даминова М.Н., Алимов М.М.**  
**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИМЕНОЛЕПИДОЗА У ДЕТЕЙ**  
Ташкентский Государственный Медицинский Университет,  
Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Среди различных заразных болезней, свойственных человеку, самыми распространенными являются паразитозы. По данным организации здравоохранения (ВОЗ), из 50 млн. человек, ежегодно умирающих в мире, более чем у 16 млн. причиной смерти являются инфекционные и паразитарные заболевания. **Целью данной работы** Изучить особенности клинического течения гименолепидоза у детей. **Материалы и методы.** Обследовано 37 больных с гименолепидозом у детей, от 3-х лет до 14 лет, на базе Научно-Исследовательского института Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний Минздрава Республики Узбекистан (НИИЭМИЗ РУз). Лабораторный: изучение общего анализа крови, кала, мочи, паразитологическое исследование образцов кала 3-хкратно, с 5-6 дневным перерывом. **Результаты и их обсуждение.** Проведено клиническое наблюдение и обследование 37 детей в возрасте от 3-х лет до 14 лет. Все наблюдаемые нами больные по возрасту распределились следующим образом: 7-8 лет-12 (32,4%) детей, 9-12 лет-22(59,5%) детей и 13-15 лет-3(8,1%) детей. Из 37 наблюдаемых детей 24(64,9%) детей были с пониженным питанием, а у 4(10,8%) детей отмечено также некоторое отставание в росте, сравнительно со средними антропометрическими показателями. Бледность кожных покровов отмечена 14(37,8%) детей. У 23(62,2%) детей имелись в анамнезе острые детские инфекционные заболевания, перенесенные ими в разные сроки. Из общего числа больных гименолепидоз был выявлен впервые у 31(83,8%) детей, 6 детям (16,2%) по поводу данного заболевания в прошлом было уже проведено от 1 до 4 курсов лечения. Изучение анамнестических данных показало, что 7(18,9%) детей, никаких жалоб не предъявляли. Установлено, что 27(73%) детей были жалобы на пониженный аппетит, у 13(35,1%) детей – на боли в животе, которые наблюдались чаще натошак, появлялись внезапно, периодические ноющие тупые боли в животе, редко бывали очень сильными и локализовались в средней частим живота, ближе к пупку. Тошнота имела место у 9(24,3%) детей, рвота 5(13,5%), слюнотечением 7(18,9%), изжогой 8(21,6%), отрыжкой 5(13,5%), а у 6(16,2%) детей, в основном в возрасте от 7 до 12 лет. **Выводы.** Таким образом у некоторых инвазированных течение гименолепидоза протекало без клинических проявлений. Инвазия карликовым цепнем сопровождается выраженными клиническими проявлениями, как нарушения функции желудочно-кишечного тракта, печени, сердечно-сосудистой системы, нервной системы и изменениями крови. Распространённость паразитов одинакова во всех возрастных группах и среди представителей обоих полов.

**Борисова У.Д., Светикова К.Е., Лепешкова Т.С.**  
**СПЕКТР СЕНСИБИЛИЗАЦИИ И ЕГО ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ Г.**  
**ЕКАТЕРИНБУРГА**  
ФГБОУ ВО УГМУ МЗ России, г. Екатеринбург

**Актуальность.** Аллергические заболевания приобрели статус глобальной неинфекционной пандемии, поражая до 30–40% населения в мире и до 25–30% детей в РФ. Екатеринбург, как крупный промышленный центр, имеет региональные особенности спектра сенсibilизации, обусловленные климатом, флорой и техногенной нагрузкой. Отсутствие данных по конкретной территории затрудняет разработку эффективных программ профилактики и лечения. **Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ аллергологических исследований 1827 пациентов (от 3 месяцев до 18 лет), из г.Екатеринбурга: 1115 пациентов обследованы методом ИФА (уровень sIgE), 712 пациентов - методом кожного тестирования (in vivo). **Результаты.** Установлено, что спектр сенсibilизации у детей Екатеринбурга характеризуется высокой распространенностью пылевой аллергии (45,2%) с доминированием сенсibilизации к пыльце березы (83,4%). Выявлены статистически значимые возрастные различия: у детей 0–6 лет преобладает пищевая (коровье молоко/куриное яйцо) (34,5%) сенсibilизация, а у школьников 7–18 лет — пылевая (берёза) (54,2%) и эпидермальная (кошка) (31,6%). Медиана общего IgE составила 145,7 кЕ/л. Поливалентная сенсibilизация нарастает с возрастом и коррелирует с высоким уровнем общего IgE ( $r=0,62$ ). **Выводы.** Определены возрастные периоды для формирования сенсibilизации к различным группам аллергенов, что позволяет оптимизировать диагностику и терапию. Выделены группы риска формирования бронхиальной астмы (дети 4–5 лет с сенсibilизацией к клещу) и поллиноза (дети с ранней пылевой сенсibilизацией). Полученные результаты могут быть использованы для разработки региональных клинических рекомендаций и оптимизации программ элиминации.

**Бриткова Т.А., Поздеева О.С., Попова А.А.**  
**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКОПЛАЗМЕННЫХ**  
**ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ**  
ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ

**Актуальность.** Проблема микоплазменной инфекции у детей обусловлена ростом заболеваемости. В структуре внебольничных пневмоний доля микоплазменных пневмоний составляет 18 - 44 %. С 2020 года по настоящее время отмечается рост заболеваемости атипичными пневмониями, в том числе в Удмуртской Республике. **Цель исследования.** Изучение клинико-лабораторных и эпидемиологических особенностей течения микоплазменных пневмоний у детей, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении г. Ижевска за период повышенной заболеваемости с 2019 по 2024 гг. **Материалы и методы.** Проведен анализ 176 историй болезни детей в возрасте до 18 лет, госпитализированных в инфекционное отделение за период с 2019 г. по 2024 г. с диагнозом: Внебольничная пневмония (ВП). В 1-ую группу вошли дети с типичными пневмониями ( $n=70$ ), 2-ую группу составили дети с атипичными (микоплазменными) пневмониями ( $n=106$ ). Для установления достоверных различий изучаемых показателей у пациентов 1 и 2 групп использовался критерий Фишера. **Результаты и обсуждение.** Проведенный анализ свидетельствует о том, что заболеваемость атипичными пневмониями характеризуется сезонностью. Отмечается отчетливый ежегодный рост с августа по декабрь. Атипичные (микоплазменные) пневмонии достоверно чаще встречаются у детей старше 6 лет, что подтверждено критерием Фишера (2,506;  $p<0,01$ ). В этиологической структуре доминирует *Mycoplasma pneumoniae* (98%). Для атипичных пневмоний характерно наличие частого, сухого, приступообразного кашля, что подтверждено критерием Фишера (2,474;  $p<0,01$ ). Доказано, что повышение уровня СРБ более специфично для типичных пневмоний, а при атипичных пневмониях уровень СРБ чаще остается на нормальных значениях (критерий Фишера: 1,851,  $p<0,05$ ). По морфологии атипичные пневмонии характеризуются сегментарным (45%) и полисегментарным (21%)

поражением легких, при типичных пневмониях чаще встречаются очаговые формы (56%). При лечении атипичных пневмоний применялась комбинированная антибактериальная терапия в 92% случаев, из них – 100% больных получали макролиды. При лечении типичных пневмоний макролиды использовались в 36% случаев. **Выводы.** Таким образом, на современном этапе отмечается рост атипичных (микоплазменных) пневмоний у детей, особенно, в осенне-зимний период. Для микоплазменных пневмоний специфично: характерный эпиданамнез (контакт с кашляющими детьми, групповой характер заболевания), поражение детей старше 6 лет, интенсивный приступообразный длительный кашель, сегментарный и полисегментарный характер поражения легочной паренхимы, отсутствие значимых маркеров бактериального воспаления, неэффективность аминопенициллинов и эффективность антибиотиков из группы макролидов.

**Бурханова Д.С., Шарипов Р. Х.**

### **НЕКЛАССИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ТИМОМЕГАЛИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Самаркандский Государственный Медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Аннотация.** Тимомегалия у детей раннего возраста является распространённым состоянием, сопровождающимся рядом клинических проявлений. Одним из них является пастозность мягких тканей, проявляющаяся лёгкой отёчностью кожи и подкожно-жировой клетчатки, чаще в области лица, шеи и верхней части грудной клетки. Развитие пастозности может быть связано с нарушением венозного кровообращения и лимфатического оттока при увеличении вилочковой железы. **Цель исследования.** Провести анализ распространённости пастозности мягких тканей у детей с тимомегалией и определить её клиническое значение. **Материалы и методы.** В исследование были включены 68 пациентов в возрасте от 1 месяца до 3 лет, находившихся под наблюдением в условиях стационара с установленным диагнозом тимомегалии. Комплекс диагностических мероприятий включал: клиническое обследование, рентгенографию органов грудной клетки, ультразвуковое исследование тимуса. Степень увеличения вилочковой железы определялась на основании кардиотимикального индекса. В зависимости от степени тимомегалии пациенты распределились следующим образом: I степень — 24 ребёнка (35,3%) II степень — 29 детей (42,6%) III степень — 15 детей (22,1%) **Результаты.** Пастозность мягких тканей выявлена у 41 ребёнка (60,3%). Наиболее частая локализация: лицо — у 26 детей (63,4%), верхняя часть грудной клетки — 10 (24,4%), шея — 5 (12,2%). Усиление пастозности чаще наблюдалось в период острых респираторных инфекций и сопровождалось функциональными нарушениями дыхательной системы. У детей со II–III степенью тимомегалии данный симптом встречался чаще (73,5%), чем при I степени (37,5%). **Обсуждение.** Пастозность мягких тканей при тимомегалии, связана с механическим воздействием увеличенной вилочковой железы на сосуды средостения, нарушению венозного и лимфатического оттока. А также играют изменения водно-электролитного обмена. **Заключение.** Пастозность мягких тканей выявляется у большинства детей с тимомегалией и чаще наблюдается при выраженном увеличении вилочковой железы. Данный симптом может служить дополнительным клиническим признаком тяжести заболевания.

**Вайтина Е.К., Рангулова А.И., Мартюшева В.И.**

### **ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРА НАТРИЯ ХЛОРИДА ПРИ ЛАРИНГОСПАЗМЕ У ДЕТЕЙ ВНЕ СТАЦИОНАРА**

Ижевского государственного медицинского университета,  
Ижевск, Россия.

**Цель исследования:** выявление эффективной методики предупреждения развития и оказания неотложной терапии при ларингоспазме у детей. **Материалы и методы исследования:** Сравнительный анализ литературных данных российских и зарубежных источников, связанный с исследованиями ларингоспазма и предупреждением его развития у детей. **Результаты исследования:**

Ларингоспазм - чрезвычайно опасное состояние для жизни, требующее неотложной помощи, которое проявляется внезапным произвольным спазмом мышц гортани, вызывающим сужение или полное смыкание голосовой щели. На основании изученной литературы была проведена сравнительная оценка эффективности различных методик оказания помощи при ларингоспазме. Большинство методов описывают применение аэрозольных ингаляций сосудосуживающими, антиаллергическими и противовоспалительными средствами, оксигенотерапии с интубацией трахеи, ИВЛ, местной анестезии с использованием Лидокаина, глюкокортикостероида Дексаметазона. Недостатки методов: невозможность купирования ларингоспазма в короткие сроки и использование методик в домашних условиях, а также возможность последующих рецидивов. Известен способ (SU 1783985 АЗ, 1992 год) восстановления дыхания, основанный на введении аэрозоля насыщенного раствора натрия хлорида с одновременным согреванием передней поверхности шеи до восстановления дыхания с последующим охлаждением этих областей. Достоинство метода - быстрое купирование ларингоспазма, за счет усиления дегидратационного эффекта на слизистую оболочку. По закону Аррениуса, гипертермия повышает дегидратационный эффект раствора, а последующее охлаждение предотвращает отек гортани, что снижает возможность рецидивов. Данный способ может быть использован и для профилактики рецидивов ларингоспазма. **Выводы.** Способ с использованием аэрозоля насыщенного раствора натрия хлорида эффективен не только при лечении и предупреждении развития ларингоспазма у детей, но и может быть использован как в условиях стационара, так и в домашних условиях.

**Восиева Н.С., Музаффаров Ш.С., Хакбердиев У.Дж., Давлатова С.Н**  
**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БЕЛКОВ ОСТРОЙ ФАЗЫ**  
**ПРИ СЕПСИСЕ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. Душанбе,  
Таджикистан

**Цель исследования.** Провести анализ диагностической ценности уровня основных белков острой фазы (С-реактивного белка (СРБ) и прокальцитонина) у детей грудного возраста с сепсисом. **Материал и методы.** Изучены национальные руководства и клинические протоколы введения детей раннего возраста с сепсисом. Проведён ретроспективный анализ историй болезни пациентов раннего возраста с данным заболеванием. Согласно данным ВОЗ (обновлённые руководства Guidelines on the Clinical Management of sepsis 2024), в условиях стационара повышение маркёров острой фазы (СРБ больше 10 мг/л или прокальцитонина больше 0.5 нг/мл) должно рассматриваться как дополнительный критерий при диагностике сепсиса. Снижение уровня белков острой фазы (БОФ), особенно прокальцитонина, на 30-50 % в течение первых 48-72 часов терапии является надёжным индикатором эффективности антибиотикотерапии. В странах с низким и средним уровнем дохода до 40% случаев неонатального сепсиса заболевание не сопровождается классическим ростом лейкоцитов, что делает БОФ (особенно СРБ) ключевым доступным инструментом. **Результаты исследования.** В ходе работы был проведён анализ данных историй болезни 31 ребёнка с диагностированным сепсисом. Основное внимание уделялось чувствительности и специфичности повышения маркёров воспаления, а также учитывался интервал между началом заболевания и временем взятия анализов. Было установлено, что у 61,29% детей отмечалось повышение СРБ выше 10 мг/л, а повышение уровня лейкоцитов было зарегистрировано всего у 38,7% детей, указывающее на то, что диагностическая значимость повышения уровня СРБ в 1,6 раза выше, чем лейкоцитоз. Исследование на уровень прокальцитонина было проведено у 32,3% детей, из которых повышение уровня прокальцитонина выше 0,5 нг/мл отмечалось лишь в 20% случаев. СРБ проявил себя как наиболее доступный и информативный маркёр в исследуемой группе. Несмотря на высокую специфичность прокальцитонина, отмечена его недостаточная внедрённость в клиническую практику. Выявление уровня прокальцитонина выше 0,5 нг/мл только у 20% больных может быть связано с временным интервалом взятия анализа, что требует более строгого соблюдения тайминга забора крови. **Выводы.** Клиническое исследование подтверждает низкую диагностическую значимость

традиционных гематологических показателей. Это коррелирует с данными ВОЗ, указывающими на отсутствие классического лейкоцитоза почти в 40% случаев сепсиса, что делает использование БОФ обязательным компонентом диагностики. Для повышения выживаемости детей грудного возраста и оптимизации антибиотикотерапии необходимо внедрение мультимаркёрного подхода (СРБ + прокальцитонина) в сочетании с оценкой динамики снижения БОФ на 30–50% в течение первых 48–72 часов. Это позволит компенсировать низкую чувствительность стандартных общеклинических анализов крови и снизить риск диагностических ошибок.

**Гарифулина Л.М., Рахмонов М.**

## **ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА FTO У ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан. Самарканд

**Актуальность проблемы.** В последние годы особое внимание уделяется изучению гена FTO (fat mass and obesity-associated gene), полиморфизмы которого рассматриваются как один из ключевых генетических маркеров предрасположенности к избыточной массе тела и ожирению. Установлено, что вариации гена FTO ассоциированы с повышением индекса массы тела, увеличением жировой массы и нарушениями энергетического обмена уже в детском возрасте. Изучение роли полиморфизмов гена FTO у детей с ожирением имеет важное значение для понимания механизмов формирования заболевания, раннего выявления групп риска и разработки персонализированных профилактических и лечебных мероприятий. **Цель исследования:** изучить особенности полиморфизма гена FTO (rs9939609) у детей с экзогенно-конституциональным ожирением. **Материал и методы:** Обследовано 76 детей в возрасте от 7 до 18 лет с экзогенно-конституциональным ожирением и 40 детей с нормальной массой тела аналогичного возраста. Определены ИМТ, ОТ, ОБ, ОТ/ОБ. Результаты антропометрических исследований оценены с применением стандартных отклонений индекса массы тела (SDS) в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Исследование полиморфизма гена FTO (rs9939609) проводилось с помощью ПЦР методом аллельной дискриминации. **Результаты:** Дети были разделены на подгруппу с равномерным типом ожирения (n=39) и абдоминальным типом ожирения (n=37). При анализе распределения частоты в подгруппах выявлено, что у детей с абдоминальным ожирением частота генотипа AA была более высокой по сравнению с другими группами 24,3% (12,85 у детей с равномерным типом ожирения и 17,5% в контроле), но при этом статистической разницы по сравнению с другими группами выявлено не было. Данный факт наблюдался и относительно гетерозиготного гена T/A – 62,1% по сравнению с группой с равномерным типом ожирения 46,1% и детей контрольной группы 50%. В общем частота проявления генотипов с содержанием мутантного аллеля A (A/A и T/A) составила 86,4%, по сравнению с детьми с равномерным типом ожирения 58,9% ( $\chi^2=7,187$ ,  $p=0,008$ ). Таким образом генотипы A/A и T/A являлись протективными по развитию абдоминального ожирения с последующим развитием метаболических осложнений. Частота гомозиготного генотипа T/T была наибольшей в группе с равномерным типом ожирения -41,0%, что было статистически больше по сравнению с абдоминальным ожирением 13,5% ( $\chi^2=7,187$ ,  $p=0,008$ , OR=4,452, 95% CI=1,426-13,896), при шанс встретить данный генотип у детей с абдоминальным ожирением был в 4,452 раз больше у детей с равномерным типом ожирения. Также и аллель T достоверно больше встречалась в группе детей с равномерным типом ожирения ( $\chi^2=5,830$ ,  $p=0,016$ , OR=2,219, 95% CI=1,157-4,255), т.е. шанс встретить данный ген у детей с равномерным типом ожирения был в 2,219 раз больше по сравнению с детьми с абдоминальным ожирением у которых преобладал аллель A (55,4%). **Выводы.** полиморфизм гена FTO является одним из факторов генетической предрасположенности к абдоминальному типу ожирения. При этом аллель A имеет предрасполагающий а аллель T протективный характер по развитию ожирения у детей.

Глушкова В.С., Лепешкова Т.С.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УПОРНОГО АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С ПОСТОЯННО РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ У РЕБЕНКА, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА СРЕДНЕМ УРАЛЕ

ФГБОУ ВО УГМУ МЗ России, г. Екатеринбург

**Актуальность.** Атопический дерматит (АтД) — мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. АтД, манифестируя в раннем возрасте, часто становится первым клиническим проявлением в патогенетической цепи стадийного формирования «атопического марша». **Описание клинического случая.** Пациентка Е.А., от II нормально протекавшей беременности и II срочных самостоятельных родов, с отягощенным анамнезом по атопии (у старшего брата - аллергия на кошачью шерсть) первые проявления острой аллергической реакции в виде крапивницы перенесла в месяц жизни после употребления лактирующей матерью торта со сгущенкой и грецкими орехами. Для увеличения лактации кормящая мать употребляла большое количество молочных продуктов, и у девочки постепенно произошло формирование сухости кожи и симптомов атопического дерматита. В 4 месяца атопический дерматит локализовался на лице и сгибах конечностей, к 12 месяцам принял диссеминированное течение с частыми обострениями. В возрасте 6 месяцев матери была рекомендована строгая безмолочная диета, а в качестве докорма – лечебная смесь на основе полного гидролиза белков («Pregestimil»), однако улучшений по коже практически не было. Аллергологическое обследование (ИФА), проведенное пациентке в 1 год жизни, показало увеличение специфических IgE (sIgE) к коровьему молоку и яичному желтку, позднее выявлены sIgE к кукурузе, моркови, треске, тимофеевке, березе, клещам домашней пыли. К раннему детскому возрасту - развитие диффузной формы АтД с постоянным зудом, распространенным поражением кожи с лихенификацией сгибов и шеи, проявлением гипер- и гипопигментации по телу и конечностям, частым присоединением вторичной инфекции. На 3-ем году жизни появились бронхиальные обструкции и симптомы поллиноза на злаковые травы и берёзу. На рекомендации врача начать антиген-специфическую иммунотерапию (АСИТ) в 5 лет, родители ответили отказом. Однако с 7 лет терапия препаратом злаковых трав «Оралейр» была инициирована и продолжалась до 10 лет с хорошим терапевтическим эффектом, проявившимся полным регрессом кожных и респираторных симптомов. В 10 лет был начат курс АСИТ аллергеном пыльцы березы «Сталораль». В 11 лет при обследовании пациентки методом ImmunoCAP (ISAC-112) сенсibilизации ни к одной молекуле выявлено не было, что объяснялось формированием десенсibilизации у ребенка и очень низким уровнем sIgE в сыворотке крови. **Заключение:** клинический случай наглядно показывает быстрое формирование респираторной аллергии на фоне АтД, соответствующее классическому варианту «атопического марша», и демонстрирует важность своевременного назначения патогенетической терапии причинно-значимым аллергеном для купирования клинических симптомов, предотвращения прогрессирования болезни и снижения риска присоединения коморбидных заболеваний, самым грозным из которых является бронхиальная астма.

G'oyibova N.S., Xolmurodova N.J.

## BOLALARDA SIYDIK AJRATISH TIZIMI VA OVQAT HAZM QILISH A'ZOLARI PATOLOGIYALARINING O'ZARO BOG'LIQLIGI

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti, Samarqand, O'zbekiston

**Dolzarbliqi:** Bolalarda siydik ajratish tizimi kasalliklari zamonaviy pediatriya va bolalar nefrologiyasining dolzarb muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Nefrologik kasalliklar tuzilmasida piyelonefrit yetakchi o'rinni egallab, buyrakning barcha kasalliklarining qariyb 71 % ni tashkil etadi. Siydik ajratish tizimining aksariyat surunkali kasalliklari bolalik davrida shakllanib, uzoq davom etishi, davolash samaradorligining nisbatan pastligi va nogironlik xavfining yuqoriligi bilan tavsiflanadi. So'nggi o'n

yilliklarda bolalarda siydik ajratish tizimi kasalliklari tarqalishining ortishi kuzatilmoqda, bu esa noqulay ekologik omillar va atrof-muhit mikroelement tarkibining o'zgarishi bilan bog'lanmoqda. **Tadqiqotning maqsadi** bolalarda noinfeksion etiologiyali buyrak va ovqat hazm qilish a'zolari qo'shma patologiyasi tuzilmasini o'rganishdan iborat edi. **Tadqiqot materiali va usullari:** Tadqiqotda 3 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan 90 nafar bola, jumladan, 60 nafar qiz va 30 nafar o'g'il bola tekshiruvdan o'tkazildi. Buyrak patologiyasi bo'lgan bemorlar guruhida (30 kishi): 15 nafar bola dismetabolik nefropatiya, 10 nafar bola – surunkali piyelonefrit, 3 nafar bola – siydik yo'llari infeksiyasi, 2 nafar bola esa – siydik-tosh kasalligi tashxisi bilan kuzatildi. Ovqat hazm qilish a'zolarining nomikrob etiologiyali patologiyasi bo'lgan guruh 30 kishidan iborat bo'lib, ulardan 15 nafarida biliar trakt disfunktsiyasi, 10 nafarida oshqozon-ichak traktining funksional buzilishlari va 5 nafarida surunkali gastrit aniqlandi. Nazorat guruhini xuddi shu yoshdagi 20 nafar sog'lom bola tashkil etdi. Guruhlar yoshi va jinsi bo'yicha tanlab olindi. Barcha bemorlar kompleks klinik-laboratoriya tekshiruvidan o'tkazildi; bu tekshiruv buyrak va oshqozon-ichak traktini ultratovush tekshiruvidan o'tkazish, urokinamikani baholash, buyrak ichi gemodinamikasini o'rganish, shuningdek, oksalatlar, kalsiy va siydik kislotasini biokimyoviy aniqlashni o'z ichiga oldi. **Tadqiqot natijalariga** ko'ra, tekshirilgan 67 nafar bolada siydik ajratish tizimi va ovqat hazm qilish a'zolarining qo'shma patologiyasi mavjudligi aniqlandi. Buyrak kasalliklari bor bolalarda ko'pincha oshqozon-ichak traktining funksional buzilishlari, surunkali gastrit va biliar trakt disfunktsiyasi kuzatiladi. Dizmetabolik nefropatiyalar strukturasida oksalat-kalsiyli kristalluriya ustunlik qilishi qayd etildi. Ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklarida yuzaga keladigan shovul va siydik kislotalari hamda kalsiy almashinuvining buzilishi buyraklarning tubulointerstitsial zararlanishi rivojlanishida muhim omil ekani aniqlandi. O'z navbatida, metabolizm mahsulotlari ovqat hazm qilish a'zolariga ta'sir qilib, dispeptik va og'riq sindromlarini kuchaytirishi mumkin. **Xulosa:** olingan ma'lumotlar bolalarda siydik ajratish tizimi va ovqat hazm qilish a'zolari patologiyasining o'zaro chambarchas bog'liqligidan dalolat beradi. Qo'shma patologiyalar ko'pincha kam simptomli kechadi, bu esa bemorlarni kompleks tekshirishni hamda tashxis qo'yish va davolashga fanlararo yondashuvni taqozo etadi.

Гойибова Н.С.

## МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ НАРУШЕНИЯ МЕТОБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан. Самарканд

**Цель исследования.** Определить взаимосвязь между микроальбуминурией и показателями углеводного и липидного обменов у детей с ожирением. **Материал и методы:** наши исследования проводились в семейных поликлиниках города Самарканда (Узбекистан). В исследовании приняли участие 55 человек в возрасте от 7 до 18 лет (средний возраст детей  $12,03 \pm 0,17$  года), с избыточной массой тела и ожирением. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых детей с нормальной массой. Антропометрические измерения включают в себя: рост, массу тела, окружность талии и бедер. На основании антропометрических данных и определении индекса массы тела (ИМТ,  $\text{кг}/\text{м}^2$ ) в соответствии с полом и возрастом позволило распределить детей на 3 группы: I группа 21 детей с избыточной массой тела (SDS +1,0 до +2,0), II группа 18 ребенок с ожирением I-II степени (SDS от +2,0 до  $\geq +3$ ), III группа 16 детей с ИМТ в пределах SDS от +3,0 выше, что характеризовало детей с 3 степенью ожирения и выше. Контрольную группу составили 20 детей с ИМТ SDS -1,0 до +1,0. Все дети вошедшие в исследование были жителями Самаркандской области. Микроальбуминурия определялась в утренней моче полуколичественным методом с помощью визуальных тест-полосок на микроальбуминурию MICRAL-TEST II (Микраль-Тест 2) Roche Diagnostics. **Результаты исследования.** Как видно из представленных данных нарушение углеводного метаболизма встречалось во всех группах с превышением массы тела, при этом с достоверной частотой в группе с ожирением 3 степени. При проведении стандартного глюкозотолерантного теста, нарушения углеводного обмена выявлены с наибольшей частотой в группе с ожирением 3 степени (62,5%), где также встречалось увеличение тощакковой глюкозы встречающейся у 1/3 детей данной группы (37,5%), выявлена нарушение толерантности к глюкозе, что говорило о скрытом характере нарушения углеводного обмена у детей. В первую очередь мы провели сравнительное исследования уровня

показателей углеводного обмена, следует отметить, что в 1 группе статистических зависимостей от уровня МАУ в моче и ростом показателей углеводного обмена выявлено не было. Во 2 группе отмечалась статистически достоверное увеличение только в отношении инсулина крови ( $p<0,05$ ), в 3 группе отмечалось статистически достоверная разница между уровнями инсулина ( $p<0,05$ ), показателе ИР НОМА<sub>R</sub> ( $p<0,05$ ) и уровнем глюкозотолерантного теста ( $p<0,05$ ). Так при сравнении показателей уровня триглицеридов в группах с разным уровнем суточной экскреции микроальбумина с мочой (МАУ $\leq$ 20 мг/л и МАУ $>$ 20 мг/л в утренней моче) в группе детей и избыточной массой тела мы получили статистически значимые результаты в случаи триглицеридемии ( $p<0,05$ ) и холестерина липопротеидов высокой плотности ( $p<0,05$ ) у детей с 3 степенью ожирения наблюдались статистически достоверные показатели роста по всем показателям липидного обмена, в зависимости от уровня МАУ (триглицеридов ( $p<0,01$ ), холестерина липопротеидов высокой плотности ( $p<0,01$ ) и холестерина липопротеидов низкой плотности ( $p<0,01$ ) и общего холестерина ( $p<0,01$ )). **Выводы:** протеинурия и МАУ являются важными факторами поражения почек и, по данным последних исследований, все чаще встречаются у людей, страдающих избытком массы тела и ожирением, даже при отсутствии сахарного диабета.

Гулиева П.И.

### СТРУКТУРА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА ПО ДАННЫМ «РЕЧЕВОЙ КАРТЫ»

Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан. Самарканд

**Актуальность:** Нарушения речи являются одной из ведущих проблем у детей с синдромом Дауна и определяют уровень их социальной адаптации. Несмотря на разнообразие клинических проявлений, вопросы объективной оценки структуры речевых нарушений остаются актуальными. **Цель исследования** – определить особенности и структуру речевых нарушений у детей с синдромом Дауна с использованием «Речевой карты». **Материал и методы.** Обследовано 59 детей с синдромом Дауна в возрасте 9 $\pm$ 2 года. Контрольную группу составили 31 здоровый ребенок соответствующего возраста и пола. Обследование включало клинико-неврологический и логопедический осмотр, а также тестирование по «Речевой карте», включающей оценку невербального общения, звукопроизношения, словарного запаса, фонематического слуха, грамматического строя речи и когнитивных функций. Статистическая обработка проводилась с использованием t-критерия Стьюдента и корреляционного анализа. **Результаты.** У детей с синдромом Дауна преобладало невербальное общение в виде жестов и прикосновений. Дихотомичный характер ответов («да/нет») выявлен в 73,1% случаев, замедление темпа ответа – в 56% случаев ( $p<0,001$ ). Отмечена достоверная связь между уровнем речевых навыков и показателями звукопроизношения, прежде всего силой голоса и темпом речи ( $p<0,001$ ). Снижение фонематического слуха и словарного запаса сопровождалось нарушением грамматического строя речи ( $p<0,005$ ). Тембр голоса не имел значимой корреляции с уровнем речевого развития. Установлено, что показатели самостоятельной речи в большей степени зависели от уровня когнитивного развития и состояния мелкой моторики, чем от эмоциональных особенностей ребенка ( $p<0,05$ ). **Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о многофакторной структуре речевых нарушений у детей с синдромом Дауна с ведущей ролью когнитивных и сенсомоторных механизмов. Применение «Речевой карты» позволяет объективно оценивать выраженность и характер речевых расстройств и может быть рекомендовано для динамического наблюдения и планирования индивидуальных программ реабилитации.

Гулямова В.Р., Даминова М.Н., Халикова Ш.А.  
**ОЦЕНКА ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ КОРИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ**

Ташкентский Государственный Медицинский Университет,  
Узбекистан, г.Ташкент

**Актуальность.** Сегодня вакцинация является одним из величайших достижений здравоохранения и неотъемлемой частью человеческой цивилизации. «Болезнь уникального распространения» - так называл корь крупнейший эпидемиолог Л.В.Громашевский. Именно так, потому, что восприимчивость к кори почти стопроцентная, мало кому удавалось избежать этой инфекции в детстве. **Целью данной работы.** Оценка исходного иммунного статуса и его влияние на результаты иммунизации против кори у часто болеющих детей. **Материалы и методы.** Проведено комплексное исследование 47 часто болеющих детей (ЧБД), которые получали вакцинацию кори-1 и составили основную группу. Контрольную группу составили 27 относительно здоровых детей, аналогичного возраста и пола, получивших также вакцинацию кори-1. Лабораторные методы: изучение иммунного статуса, выявление антитоксических антител к кори определяли в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) с коревым диагностикумом. **Результаты и их обсуждение.** Как показали результаты исследований в крови относительно здоровых детей содержание Т-резистентных лимфоцитов к коревой вакцине было повышено до  $46,81 \pm 2,0\%$  против  $22,2 \pm 3,0\%$  ЧБД ( $p < 0,001$ ). В отношении серонегативных титров специфических антител против кори отмечалось отсутствие их регистрации у относительно здоровых детей, тогда, как у ЧБД серонегативные титры выявлялись в 12,77% детей. Уровень защитных титров антител против кори у относительно здоровых детей в 27(100%) случаях выработался поствакцинальный иммунитет различной напряженности. Оценка результатов исследования уровня специфических антител против кори у ЧБД к моменту получения ревакцинации против кори регистрировались в 12,77%, тогда как у относительно здоровых детей данные титры отсутствовали. У ЧБД преобладали низкие титры, составившие 80,85%, против 44,4% - у здоровых детей ( $p < 0,05$ ). Средние титры специфических антител против кори, по сравнению с группой здоровых детей встречались в 4 раза реже ( $p < 0,05$ ). Высокие уровни антителообразования у ЧБД не были выявлены, по сравнению со здоровыми детьми, у которых высокие титры антител определялись в 18,52% случаев. **Выводы.** Проведенные исследования показали полную безопасность вакцинации у ЧБД. Результаты исследования выявили, что на выработку поствакцинального иммунитета к кори у детей могут влиять частые перенесенные заболевания. Полученные результаты позволяют рассматривать детей с отклонениями в состоянии здоровья как группу повышенного риска по неэффективной вакцинации не только против кори, но и против других инфекций.

Deshpande A. Sh., Kholmuradova Z. E.  
**COMPONENTS OF METABOLIC SYNDROME IN ADOLESCENTS WITH ESSENTIAL  
ARTERIAL HYPERTENSION**

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

**Objective:** To identify the main markers of metabolic syndrome in children and adolescents diagnosed with essential arterial hypertension. **Materials and Methods:** During routine medical screening, 38 adolescents aged 15–18 years with elevated arterial blood pressure were identified and included in the main study group. The comparison group consisted of 18 healthy children of similar age and sex. Arterial hypertension was diagnosed according to the criteria established by the Expert Committee of the Russian Scientific Society of Cardiologists and the Association of Pediatric Cardiologists of Russia. **Results:** A burdened family history of metabolic and endocrine disorders was identified in 50% of the adolescents with hypertension. In particular, obesity was reported in 40% of cases and type 2 diabetes mellitus in 14%. In the comparison group, a positive family history of cardiovascular diseases was observed in 37.5% of children: 19% had relatives with arterial hypertension and 12.5% with coronary heart disease, while no cases of stroke were reported. Among the examined adolescents, excess body weight was detected in 17 individuals (44.7%),

including 11 boys and 6 girls. Two adolescents (5.2%) were diagnosed with grade I obesity. The average cholesterol levels in both groups were within normal limits; however, adolescents with hypertension had significantly higher values ( $4.52 \pm 0.44$  mmol/L) compared with the comparison group ( $3.51 \pm 0.32$  mmol/L). Elevated triglyceride levels ( $>1.69$  mmol/L), considered an independent cardiovascular risk factor, were found in 18.4% of adolescents with hypertension and in 5.5% of the comparison group. In the group with essential hypertension, 77.7% of adolescents had low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) levels within the recommended range, 13.1% had borderline-high values, and 2.6% had high LDL-C levels. In contrast, all participants in the control group demonstrated normal LDL-C levels. The lowest high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) levels were observed among adolescents with essential hypertension ( $1.21 \pm 0.14$  mmol/L). No decrease in HDL-C was detected in the comparison group. An increased level of serum uric acid was detected in 31.5% of the adolescents with hypertension (mean value  $0.405 \pm 0.29$  mmol/L), whereas this finding was not observed in the control group ( $p < 0.001$ ). No cases of hyperinsulinemia or hyperinsulinism were identified in the examined participants. Nevertheless, metabolic syndrome was diagnosed in 6 adolescents with essential hypertension (15.7%). In addition, 22 patients (57.8%) demonstrated isolated components or various combinations of metabolic syndrome markers. **Conclusions:** A considerable proportion of adolescents with essential arterial hypertension demonstrated markers of metabolic syndrome, either as complete syndrome or in the form of individual components and their combinations. These findings highlight the importance of early detection of metabolic risk factors in hypertensive adolescents in order to prevent future cardiovascular and metabolic complications.

Джурабаев А.А.

## ВЛИЯНИЕ РАННЕГО ПИТАНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ И ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Фергана, Узбекистан

**Цель исследования** - оценить влияние характера раннего питания на формирование кишечной микробиоты и становление иммунной системы у детей раннего возраста, а также выявить возможные взаимосвязи между типом вскармливания и показателями иммунного статуса. **Материалы и методы.** В исследование были включены 90 детей в возрасте от 1 до 24 месяцев, находившихся под наблюдением в педиатрических учреждениях. В зависимости от характера вскармливания дети были распределены на три сопоставимые группы: грудное вскармливание ( $n=30$ ), смешанное вскармливание ( $n=30$ ) и искусственное вскармливание ( $n=30$ ). Характер питания оценивали на основании данных медицинской документации и анкетирования родителей с учётом типа вскармливания, сроков введения прикорма и особенностей рациона. Состояние кишечной микробиоты изучали по образцам кала с определением количественного и качественного состава основных представителей микробного сообщества. Анализ включал оценку содержания доминирующих бактериальных таксонов, в том числе представителей родов *Bifidobacterium* и *Lactobacillus*. **Результаты.** У детей, находившихся на грудном вскармливании, отмечалось достоверно более высокое содержание представителей рода *Bifidobacterium* (медиана  $8,7$  log КОЕ/г; IQR  $8,3-9,1$ ) и *Lactobacillus* ( $7,9$  log КОЕ/г; IQR  $7,4-8,2$ ) по сравнению с детьми, получавшими искусственное вскармливание (соответственно  $7,4$  log КОЕ/г; IQR  $6,9-7,8$  и  $6,8$  log КОЕ/г; IQR  $6,3-7,2$ ;  $p < 0,01$ ). В группе искусственного вскармливания выявлено статистически значимое увеличение содержания условно-патогенных микроорганизмов, включая представителей семейства *Enterobacteriaceae* ( $6,3$  log КОЕ/г; IQR  $5,8-6,7$ ), по сравнению с группой грудного вскармливания ( $5,1$  log КОЕ/г; IQR  $4,6-5,5$ ;  $p < 0,05$ ). Иммунологический анализ показал, что уровень секреторного IgA у детей на грудном вскармливании был достоверно выше ( $0,92 \pm 0,18$  г/л), чем у детей на искусственном вскармливании ( $0,68 \pm 0,15$  г/л;  $p = 0,002$ ). Анализ клеточного иммунитета выявил более высокую долю CD4<sup>+</sup>-лимфоцитов в группе грудного вскармливания ( $41,3 \pm 4,7\%$ ) по сравнению с искусственным вскармливанием ( $36,8 \pm 4,2\%$ ;  $p = 0,01$ ). **Выводы.** Характер раннего питания является значимым фактором, влияющим на формирование кишечной микробиоты и иммунного статуса у детей раннего возраста. Грудное вскармливание ассоциируется с преобладанием

представителей родов *Bifidobacterium* и *Lactobacillus*, более высокими уровнями секреторного IgA и благоприятными показателями клеточного иммунитета.

**Джурабаев А.А.**

### **ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДЕТСКОГО ПАРОТИТА**

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Фергана, Узбекистан

**Цель исследования** - проанализировать этиопатогенетические факторы детского паротита с оценкой роли возраста, прививочного статуса и показателей гуморального иммунитета в формировании клинических проявлений и осложнений заболевания. **Материалы и методы.** Проведено клинико-эпидемиологическое наблюдательное исследование с ретроспективным анализом медицинской документации и элементами проспективной оценки клинико-лабораторных данных. Материалом исследования послужили сведения о детях с клинически и лабораторно верифицированным эпидемическим паротитом, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении. **Результаты.** Установлено, что заболеваемость эпидемическим паротитом преобладала среди детей школьного возраста и чаще регистрировалась в условиях организованных коллективов, что указывает на существенную роль контактного механизма передачи и эпидемиологических факторов в распространении инфекции. Среди заболевших были выявлены как непривитые дети, так и пациенты с завершённым курсом вакцинации, что свидетельствует о неоднородности поствакцинальной защиты и вероятном снижении напряжённости иммунитета с течением времени. В клинической структуре заболевания преобладали типичные формы с поражением околоушных слюнных желёз, лихорадкой и умеренно выраженным интоксикационным синдромом. Серологическое исследование подтвердило наличие специфических IgM в острой фазе заболевания и вариабельность уровней IgG в зависимости от прививочного анамнеза. У привитых детей отмечалось более лёгкое течение инфекции, меньшая выраженность интоксикационного синдрома и более низкая частота осложнений по сравнению с непривитыми пациентами. Полученные данные указывают на то, что гуморальный иммунитет оказывает модифицирующее влияние на клиническую манифестацию паротитной инфекции, не исключая возможность заболевания, но снижая вероятность тяжёлого и осложнённого течения. **Выводы.** Детский паротит остаётся актуальной инфекционной патологией с многофакторным этиопатогенезом. Установлено, что возраст, прививочный статус и особенности гуморального иммунного ответа являются значимыми факторами, влияющими на клиническое течение и риск осложнений. Вакцинация ассоциируется с более лёгким течением заболевания и меньшей частотой осложнённых форм, тогда как непривитые дети и пациенты старших возрастных групп составляют группу повышенного риска неблагоприятного течения. Полученные данные обосновывают необходимость поддержания высокого охвата иммунизацией, мониторинга поствакцинального иммунитета и дальнейшего изучения иммунопатогенетических механизмов эпидемического паротита у детей.

**Джуракулова Д.Т, Исламова Д.С.**

### **ВЛИЯНИЕ СНА НА КОГНИТИВНОЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ**

Самаркандского государственного медицинского университета,  
г. Самарканд, Узбекистан

**Цель исследования.** проанализировать особенности режима сна у современных подростков, оценить его влияние на психофизиологическое развитие, включая когнитивные и эмоциональные показатели. **Материалы и методы.** Проведено анкетирование среди 40 школьников в возрасте 13–14 лет, обучающихся в школе №33 города Самарканд. В исследовании приняли участие 17 мальчиков и 23 девочки. Анкета включала вопросы, направленные на изучение различных аспектов образа жизни подростков, в том числе режима и качества сна, использования цифровых устройств и активности в предсонный период, характера питания и употребления напитков в вечернее время, уровня физической

активности, а также особенностей психоэмоционального состояния. **Результаты исследования.** Анализ режима сна показал, что 18 (45,0%) участников ложатся спать в интервале 22:00-23:00, 16 (40,0%) - после 23:00, 6 (15,0%) - в 21:00-22:00, и ни один школьник не ложится спать до 21:00. Время пробуждения распределялось следующим образом: до 6:00 - 5 (12,5%) учащихся, 6:00-7:00 - 8 (20,0%), 7:00-8:00 - 11 (27,5%), после 8:00 - 16 (40,0%). Оценка качества сна показала, что только 4 (10,0%) подростка всегда ощущают себя отдохнувшими по утрам, 11 (27,5%) - чаще да, тогда как 17 (42,5%) чаще не высыпаются, и 8 (20,0%) никогда не чувствуют себя полностью отдохнувшими. Проблемы с засыпанием иногда испытывают 18 (45,0%) респондентов, часто - 10 (25,0%), и 12 (30,0%) не отмечают подобных трудностей. Сонливость и усталость в течение дня наблюдаются иногда у 15 (37,5%) участников, часто - у 14 (35,0%), постоянно - у 6 (15,0%), и лишь 5 (12,5%) не испытывают таких симптомов. Большинство подростков используют электронные устройства перед сном: более 1 часа - 16 (40,0%), 30-60 минут - 12 (30,0%), до 30 минут - 8 (20,0%), и 4 (10,0%) не используют гаджеты. При этом 26 (65,0%) респондентов чаще всего проводят время в социальных сетях, 22 (55,0%) смотрят видео, 10 (25,0%) играют в игры и 8 (20,0%) занимаются учебной работой. Анализ психоэмоционального состояния показал, что у 18 (45,0%) подростков настроение в течение дня переменчивое, у 14 (35,0%) - хорошее, а 8 (20,0%) отмечают частую раздражительность. Тревожность или стресс иногда испытывают 19 (47,5%) респондентов, часто - 9 (22,5%). Трудности с концентрацией внимания иногда отмечают 18 (45,0%) школьников, часто - 12 (30,0%). **Вывод.** Исследование показало, что поздний отход ко сну у подростков негативно влияет на когнитивное и эмоциональное функционирование, проявляясь снижением концентрации внимания, повышенной тревожностью, стрессом и колебаниями настроения.

**Dolimov Kh.Kh.**

## **NUTRITIONAL STATUS AND DIETARY PRACTICES IN CHILDREN WITH CHRONIC DISEASES: A CROSS-SECTIONAL STUDY**

Ferghana Medical Institute of Public Health, Fergana, Uzbekistan

**Introduction.** Adequate nutrition plays a crucial role in the growth, development, and recovery of children with chronic diseases. Malnutrition remains a significant challenge in pediatric populations, particularly among children with underlying health conditions. Understanding dietary practices and nutritional status is essential for developing effective interventions to improve health outcomes in this vulnerable group. **Objective.** To assess the nutritional status and dietary practices among children aged 2-12 years with chronic diseases and identify factors associated with malnutrition in this population. **Materials and Methods.** A cross-sectional study was conducted at the Department of Pediatrics, Samarkand State Medical University from January 2025 to February 2026. The study included 156 children (2-12 years) with chronic diseases including asthma, epilepsy, chronic kidney disease, and congenital heart disease. Anthropometric measurements (weight, height, BMI) were obtained and compared with WHO growth standards. Dietary intake was assessed using 24-hour dietary recall and food frequency questionnaires. Nutritional status was classified according to WHO criteria. Statistical analysis was performed using SPSS 26.0. **Results.** Among the 156 participants, 42.3% were classified as underweight, 31.4% had stunted growth, and 18.6% were wasted. The prevalence of malnutrition was significantly higher in children with chronic kidney disease (58.7%) compared to other conditions ( $p < 0.05$ ). Dietary analysis revealed insufficient intake of protein, iron, calcium, and vitamin D in 67.9% of participants. Only 23.1% of children consumed the recommended daily servings of fruits and vegetables. Factors associated with malnutrition included disease duration  $> 2$  years, low socioeconomic status, and inadequate parental nutritional knowledge. **Conclusion.** Children with chronic diseases demonstrate a high prevalence of malnutrition and inadequate dietary practices. Comprehensive nutritional assessment and tailored dietary interventions are essential components of chronic disease management in pediatric populations. Enhanced parental education programs and multidisciplinary nutritional support should be integrated into routine pediatric care to improve nutritional outcomes and overall health status in children with chronic diseases.

Ерматова С.Г., Шеркузиева Г.Ф.  
**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПОЧВЫ НА СОСТОЯНИЕ  
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ**

Ташкентский Государственный Медицинский Университет, Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Почва является ключевым компонентом экосистем и потенциальным резервуаром патогенных микроорганизмов, яиц гельминтов и токсических веществ. Дети дошкольного возраста представляют наиболее уязвимую группу населения в силу непосредственного контакта с почвой в процессе игровой деятельности, особенностей поведения («рука-рот») и незрелости иммунной системы. Территории дошкольных детских образовательных учреждений (ДДОУ) являются зоной приоритетного санитарно-гигиенического контроля, а систематический мониторинг их почвенного покрова - основой профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний. **Цель исследования:** оценить санитарно-гигиеническое состояние почвы на территориях ДДОУ и определить риски для здоровья детей дошкольного возраста. **Материалы и методы.** За период 2023-2024 гг. исследовано 2 927 проб почвы с территорий ДДОУ. Применялись паразитологический метод (обнаружение яиц гельминтов) и бактериологический анализ в соответствии с действующими санитарными нормами и правилами. **Результаты.** По паразитологическим показателям: в 2023 г. исследовано 731 проба, в 2024 г. - 744 пробы. Все результаты соответствовали установленным нормам (доля несоответствий - 0%). Регулярная уборка территорий и ограничение доступа животных обеспечивают удовлетворительные паразитологические показатели. По бактериологическим показателям: в 2023 г. из 642 исследованных проб 125 (19,5%) оказались неудовлетворительными; в 2024 г. из 810 проб 156 (19,3%) не соответствовали санитарным нормам. Стабильно высокий уровень бактериального загрязнения свидетельствует о системном характере проблемы. **Выводы.** Паразитологические показатели почвы на территориях ДДОУ соответствуют санитарным нормам. Бактериологическое загрязнение остаётся стабильно высоким (~19%), что создаёт реальный риск возникновения острых кишечных инфекций и респираторных заболеваний у детей 2-7 лет. Ситуация требует усиления санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Ф. З. Зайлобиддинова., М. А. Гафурова  
**ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У СТУДЕНТОК: КАК УЧЁБА И ПИТАНИЕ ВЛИЯЮТ НА  
ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ**

Центрально-азиатский медицинский университет САМУ, город Фергана, республика Узбекистан

**Введение:** Современный ритм жизни студентки — это бесконечные дедлайны, ночи за учебниками и литры выпитого кофе. Часто возникающую слабость, сонливость и апатию принято списывать на «синдром отличницы» или простую усталость. Однако за этими симптомами часто скрывается серьезная медицинская проблема — железодефицитная анемия (ЖДА). Согласно данным ВОЗ, около 30% женщин репродуктивного возраста во всем мире страдают от анемии, и студентки, в силу физиологических и социальных причин, входят в основную группу риска. Железо является ключевым компонентом гемоглобина — белка, который доставляет кислород от легких ко всем тканям организма. Однако роль железа шире. Оно входит в состав миоглобина (работа мышц) и множества ферментов, участвующих в синтезе ДНК и обмене энергии в митохондриях. Для студенток особенно важен церебральный аспект: мозг потребляет около 20% всего кислорода в организме. При дефиците железа нейроны переходят в режим «энергосбережения». Это ведет к гипоксии головного мозга, что клинически проявляется в снижении когнитивного резерва: ухудшается кратковременная память, замедляется скорость обработки информации и снижается порог стрессоустойчивости. Исследование образа жизни студенток позволяет выделить несколько критических факторов: Алиментарный дефицит: В условиях экономии времени и средств студентки часто отдают предпочтение углеводной пище (макароны, выпечка), в которой практически отсутствует гемовое железо. Антагонисты железа: Культура «кофе с собой» играет негативную роль. Кофеин и танины, содержащиеся в чае и кофе, образуют с железом нерастворимые соединения, препятствуя его всасыванию в тонком кишечнике.



Хронический стресс: Длительное психоэмоциональное напряжение активирует гормон кортизол, который может косвенно влиять на метаболизм микроэлементов и состояние слизистой ЖКТ. Проведенный опрос среди студенток показывает тревожную тенденцию. Более 60% опрошенных девушек отмечают у себя классические признаки дефицита железа: хроническую усталость, головокружение при резком вставании и ухудшение состояния придатков кожи (волос и ногтей). При этом лишь 15% респонденток знают свой уровень ферритина — белка, отражающего реальные запасы железа в «депо». Большинство предпочитает купировать симптомы энергетиками, что лишь усугубляет проблему. Как будущие акушеры-гинекологи, мы должны понимать, что анемия в студенческие годы — это риск для репродуктивного будущего. Железо участвует в синтезе гормонов и поддержании нормального овуляторного цикла. Длительный дефицит может приводить к аменорее или, напротив, к обильным менструациям, создавая «порочный круг»: чем больше потеря крови, тем глубже анемия. Для эффективной коррекции состояния недостаточно просто принимать препараты (которые должен назначать врач). Но и необходима коррекция рациона: Красное мясо (говядина, телятина) и субпродукты (печень). Из них усваивается до 20-30% железа. Чечевица, шпинат, кунжут и гречка (усвояемость ниже — около 3-5%, но важны как дополнение). Кроме того железо всегда нужно сочетать с витамином С (стакан апельсинового сока или салат с болгарским перцем к мясу увеличивают всасывание в 2 раза). Кофе и чай следует употреблять не ранее, чем через 40–60 минут после еды. **Заключение:** Железодефицитная анемия — это не просто «низкий гемоглобин», а системное состояние, снижающее качество жизни и академическую успешность. Своевременный контроль ферритина и грамотный подход к питанию позволяют студенткам сохранять высокую работоспособность и закладывают фундамент крепкого женского здоровья на долгие годы.

**Зиёева Ш.К., Сафарова У.Ш., Махсумова Б.А., Ходжаева Н.Н.**

## **МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ**

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Определить клинические особенности и оптимальные подходы к диагностике и лечению ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА) у детей. **Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 10 детей с диагнозом ювенильный ревматоидный артрит в возрасте от 3 до 16 лет, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении НМЦ «Шифобахш». Всем детям проводились клинические и биохимические исследования а точнее инструментальные методы: ОАК, биохимия крови, иммунологические тесты, рентгенография суставов. **Результаты исследования.** У больных уточнялись характер жалоб, длительность заболевания, наличие сопутствующей патологии. Дети раннего возраста поступали с жалобами на повышенную температуру тела, боль и скованность в суставах (особенно по утрам), хромоту, отеки, ограничение подвижности. Дети старшего возраста жаловались на утреннюю скованность, усталость, боль в крупных и мелких суставах, общую слабость. При осмотре отмечены: Припухлость и болезненность суставов (коленные, голеностопные, лучезапястные, межфаланговые), скованность движений, хромота. Повышение температуры тела (у 60% детей). Атрофия мышц в пораженных конечностях. Снижение массы тела у 4 детей, деформация суставов у 2 детей. Лабораторные исследования: ОАК: у всех пациентов регистрировалось повышение СОЭ (от 25 до 60 мм/ч), умеренная анемия, лейкоцитоз. Биохимия крови: Повышение СРБ имелось у 80% пациентов, ревматоидного фактора у 4 детей, АЦЦП у 3 детей. Рентгенография суставов: у 6 детей – признаки эрозивного поражения, у 2 – выраженное сужение суставной щели. УЗИ суставов: Выявлено воспаление синовиальной оболочки у 90% детей. МРТ: у 3 детей – признаки раннего остеопороза, эрозии костей. Комплексная терапия включала: НПВС, глюкокортикостероиды а также ЛФК и массаж. После проведенной терапии у 6 детей отмечено значительное улучшение, снижение воспалительной активности, у 3 детей сохранялись признаки хронического воспаления, требующего продолжения лечения, а у 1 ребенка заболевание прогрессировало с развитием суставных контрактур. **Вывод.** Ювенильный ревматоидный артрит – это тяжелое воспалительное заболевание, приводящее к

инвалидизации детей. Ранняя диагностика с применением современных методов, комплексное лечение и своевременная реабилитация позволяют значительно улучшить качество жизни пациентов.

**Ибрагимова Э.Ф., Гарифулина Л.М.**

### **РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Актуальность.** В последние годы отмечается прирост абдоминального ожирения среди детей, что указывает на глобальную проблему здравоохранения. Системное воспаление и метаболические нарушения у детей при абдоминальном ожирении способствуют возникновению эндотелиальной дисфункции. В нескольких исследованиях у взрослых при ожирении были отмечены высокие показатели фактора Виллебранда и триметиламин N-оксида (ТМАО), которые вызывали дисфункцию эндотелия. Выявление значимых биомаркеров, указывающих на нарушения функций эндотелия у детей играют ключевую роль в своевременной диагностике эндотелиальной дисфункции, а также в предупреждении формирования сердечно-сосудистого риска. **Цель исследования:** изучить значение биомаркеров эндотелиальной дисфункции у детей с абдоминальным ожирением в формировании сердечно-сосудистого риска. **Материалы и методы исследования.** В исследование было включено 56 детей с экзогенно-конституциональным ожирением в возрасте от 10 до 18 лет. I группу составили 30 детей с равномерным типом ожирения I-III степени, вторую - 26 детей с абдоминальным типом ожирения I-III степени. Группу контроля составили 30 детей с нормальным весом. Всем исследуемым определяли показатели липидного и углеводного спектра. С помощью тест Human ТМАО (Trimethylamine-N-oxide) ELISA Kit, Human vWF (Von Willebrand Factor) ELISA Kit (производства ELK Biotechnology USA) иммуноферментным методом на анализаторе Rayto RT -6500 (Корея) определяли триметиламин-N-оксида (ТМАО) и фактор фон Виллебранда (vWF). **Результаты исследования.** Наибольший показатель фактора Виллебранда был отмечен в группе детей с абдоминальным ожирением. Уровень этого показателя превысил в 1,2 раза показатель группы детей с равномерным типом ожирения и в 1,3 раза у детей группы контроля. Повышенные значения уровня ТМАО были выявлены в группе детей с абдоминальным ожирением. Показатель уровня ТМАО в группе детей с равномерным ожирением статистически не отличался от показателей группы детей контроля. При этом прослеживалась тесная связь между уровнем ТМАО и объемом талии. Данные исследования указывают на значительные нарушения в функционировании эндотелия у детей с абдоминальным типом ожирения. Однако дисфункция эндотелия была отмечена у детей без признаков нарушений в углеводном или липидном обмене, что указывает что показатели ТМАО и фактор Виллебранда являются чувствительными маркерами эндотелиальной дисфункции и могут считаться независимыми прогностическими факторами развития сердечно-сосудистого риска. **Выводы.** Таким образом, абдоминальное ожирение у детей сопровождается высокими уровнями показателей ТМАО и фактора Виллебранда, которые могут указывать на значимость этих биомаркеров для диагностики эндотелиальной дисфункции, а в дальнейшем формировании возникновения сердечно-сосудистого риска.

**Иброхимова С.А., Ходжаева Н.Н.**

### **ПРОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА КВАШИОКОРА У РЕБЁНКА С ЗАТЯЖНОЙ ДИАРЕЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).**

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Изучить этиологические факторы и клинические проявления синдрома Квашиокока. **Материал и методы.** Под наблюдением находился пациент в карантинно-диагностическом отделении НМЦ «Шифобахш» с диагнозом Квашиокока. Пациенту были проведены следующие исследования: общий анализ крови, коагулограмма, биохимический анализ крови (Алат, Асат, общий билирубин, свободный билирубин, связанный билирубин, общий белок, альбумин, сахар,

кальций, калий, креатинин, мочеви́на, натрий, фосфор), общий анализ мочи, бакпосев кала, а также инструментальное обследование (УЗИ внутренних органов и головного мозга). **Результаты исследования.** Из анамнеза выяснилось, что ребёнку 1 год 9 месяцев, родился с весом 3000 гр. Ребёнок болен уже два месяца, находился на неправильном вскармливании, его кормили смесью сухого молока, печеньем, лепёшками. При объективном обследовании состояние ребёнка тяжёлое, в сознании на осмотр и раздражители реагирует вяло и плачем. Основные симптомы: сухость и гиперпигментация кожи, рвота, диарея (5 - 6 раз в день), повышение температуры тела (37,8°C), отёки лица, верхних и нижних конечностей. Отмечалось выпадение волос и потеря пигмента в них, увеличение живота, слабость, утомляемость и гипотония мышц, возбудимость и сильный плач, а также нарушение сна. При ультразвуковом исследовании определили гепатомегалия +5см. Результаты лабораторных данных: гемограмма: эритроциты -  $2,9 \times 10^{12}/л$ , Hb - 79 г/л, лейкоциты -  $20,4 \times 10^9/л$ , тромбоциты -  $200 \times 10^9/л$ , СОЭ - 24 мм/с, лимфоциты - 65 %, моноциты - 12 %, эозинофилы - 1 %. Биохимический анализ крови: С - реактивный белок - 15 мг/л, Алат - 115 моль/л, Асат - 112 мкмоль/л, общий билирубин - 56,8 мкмоль/л, связанный билирубин - 10,4 мкмоль/л, свободный билирубин - 48,2 мкмоль/л, общий белок - 40 г/л, кальций - 1,75, калий - 3,60 ммоль/л, креатинин - 62 мкмоль/л, мочеви́на - 4,62 ммоль/л, неорганический фосфор - 0,94 ммоль/л, альбумин - 28,6 г/л, сахар - 5,40 ммоль/л. Коагулограмма: фибрин - 9,0 с, фибриноген - 199,8 г/л, тромботест - 5 ст. Общий анализ мочи: белок - 0,033 %, лейкоциты - 10 - 12. Бак посев кала: E.coli + Ent.fecalis. **Вывод.** Синдром Квашиорка у ребёнка вызван тяжёлой белковой недостаточностью и использованием пищевых добавок в рационе. В данном случае затяжная диарея являлась одной из основных причин развития синдрома Квашиорка.

**Иво́нина И.И., Фархутди́нова А. Р., Хайруллина А. С.**  
**ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕ**  
**НОВОРОЖДЕННЫХ**

Кафедра поликлинической педиатрии и протопедиатрии детских болезней ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Минздрава России, РФ.

**Введение.** Пандемия COVID-19 представила серьезные вызовы для системы здравоохранения, особенно в отношении групп риска, к которым относятся беременные женщины. Физиологическая иммуносупрессия и изменения респираторной системы в течение беременности повышают уязвимость к респираторным инфекциям. **Цель исследования:** проведение сравнительного анализа влияния перенесенной COVID-19 инфекции на течение беременности, родов и состояние новорожденных. **Материалы и методы.** Проведено ретроспективное когортное исследование, в которое включено 214 пар "мать-ребенок". Основную группу составили 107 женщин, перенесших лабораторно подтвержденную инфекцию во время беременности, группу сравнения - 107 женщин без COVID-19 в анамнезе. Критерии исключения: многоплодная беременность, тяжелая экстрагенитальная патология, врожденные пороки развития плода, выявленные до инфицирования. Использовались методы описательной статистики, критерий  $\chi^2$ , точный критерий Фишера, t-критерий Стьюдента. Статистическая обработка проводилась в программе IBM SPSS Statistics 23.0. **Результаты исследования.** Средний возраст пациенток в основной группе составил  $29,3 \pm 4,2$  года, в группе сравнения -  $28,7 \pm 3,9$  года ( $p > 0,05$ ). Анализ течения беременности выявил достоверное увеличение частоты гестационных осложнений в основной группе: железодефицитная анемия диагностирована у 63,2% против 38,8% ( $p < 0,01$ ), гестационный сахарный диабет - у 28,3% против 12,1% ( $p < 0,01$ ), угроза прерывания беременности - у 34,6% против 17,4% ( $p < 0,01$ ). Анализ состояния новорожденных показал увеличение частоты задержки роста плода в основной группе: 12,8% против 6,5% ( $p = 0,02$ ). Средняя масса тела новорожденных в основной группе составила  $3250 \pm 450$  г, в группе сравнения -  $3410 \pm 420$  г ( $p = 0,03$ ). Оценка по Апгар на 5-й минуте была достоверно ниже в основной группе:  $7,8 \pm 0,9$  балла против  $8,3 \pm 0,7$  балла ( $p = 0,01$ ). Врожденные пороки развития выявлены у 11,4% новорожденных от матерей, перенесших COVID-19, против 4,2% в группе сравнения ( $p = 0,02$ ). На первом году жизни дети основной группы достоверно чаще переносили респираторные инфекции: 53,2% против 32,7% ( $p < 0,01$ ). **Выводы.** Перенесенная во время беременности COVID-19 ассоциирована с увеличением частоты гестационных осложнений, преждевременных родов и оперативного родоразрешения.

Поворожденные от матерей, перенесших COVID-19, имеют более низкие антропометрические показатели и оценки по Апгар, повышенный риск врожденных аномалий развития. Дети, рожденные от матерей с COVID-19 в анамнезе, характеризуются повышенной заболеваемостью респираторными инфекциями на первом году жизни. Полученные данные обосновывают необходимость усиленного наблюдения за состоянием здоровья детей, рожденных от матерей, переболевших в периоде беременности COVID-19.

**Игамова С.С.**

### **НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ЗАДЕРЖКИ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

Самаркандский Государственный Медицинский Университет, Самарканд, Узбекистан

**Цель исследования** – оценка эффективности комплексной диагностики и терапии задержки психоречевого развития (ЗПРР) у детей с перинатальными поражениями ЦНС. **Материалы и методы.** Обследованы 255 детей в возрасте до 5 лет с ЗПРР (основная группа) и 78 практически здоровых детей (контрольная группа). Использованы клинично-неврологический осмотр, шкалы психомоторного развития, электроэнцефалография, вызванные потенциалы, магнитно-резонансная томография головного мозга, лабораторные исследования. Генетический анализ включал выявление полиморфизмов генов FOXP2, CNTNAP2, BDNF. Лечение включало медикаментозную терапию, логопедические и психолого-педагогические методики, биоакустическую коррекцию. Статистическая обработка выполнялась в программе SPSS с применением t-критерия Стьюдента, критерия  $\chi^2$  и корреляционного анализа Пирсона. **Результаты.** У детей основной группы изолированная задержка формирования речи выявлена у 72,5%, смешанная форма ЗПРР – у 27,5%. Органические изменения по данным МРТ зарегистрированы у 61,2% пациентов, признаки диффузной корковой дисфункции по данным ЭЭГ – у 68,9%. Полиморфизмы гена FOXP2 выявлены у 38,4% детей, CNTNAP2 – у 34,1%, BDNF – у 29,8%, что достоверно превышало показатели контрольной группы ( $p < 0,05$ ). Выраженность речевого дефицита прямо коррелировала с наличием патологических ЭЭГ-паттернов ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,01$ ) и степенью структурных изменений по данным МРТ ( $r = 0,39$ ;  $p < 0,05$ ). Установлена корреляция между наличием генетических полиморфизмов и тяжестью когнитивных нарушений ( $r = 0,42$ ;  $p < 0,05$ ). После курса комплексной терапии с включением биоакустической коррекции улучшение речевых функций отмечено у 64,3% детей по сравнению с 41,8% при стандартном лечении ( $p < 0,01$ ). Снижение эмоциональной лабильности зафиксировано у 58,7% пациентов ( $p < 0,05$ ). **Выводы.** Применение мультидисциплинарного диагностического алгоритма с учетом нейрофизиологических и генетических показателей позволяет повысить точность диагностики и прогнозирования ЗПРР. Включение биоакустической коррекции в комплекс терапии обеспечивает достоверное улучшение речевых и когнитивных функций у детей с перинатальными поражениями ЦНС

**Izomeddinova M. K., Gapparova G.N.**

### **BOLALARDA O‘TKIR GLOMERULONEFRITNING KLINIK VA IMMUNOLOGIK KO‘RSATKICHLARI HAMDA KASALLIK OG‘IRLIGIGA TA’SIR QILUVCHI OMILLAR TAHLILI**

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti, Samarqand, O‘zbekiston

**Dolzarbliqi.** Glomerulonefrit (GN) — buyrak glomerularining immune yallig‘lanishli kasalligi bo‘lib, u bolalar nefropatiyalarining eng keng tarqalgan shakllaridan biri hisoblanadi. **Tadqiqot maqsadi** — bolalarda o‘tkir glomerulonefrit kechishiga ta’sir etuvchi xavf omillarini aniqlash va uning oldini olish bo‘yicha samarali profilaktik yondashuvlarni baholash. **Tadqiqot materiali va usullari.** Tadqiqot doirasida 4 yoshdan 17 yoshgacha bo‘lgan 93 nafar bola kuzatuvga olindi. Nazorat guruhini esa shu yosh oralig‘idagi 23 nafar sog‘lom bola tashkil etdi. **Natijalar.** Klinik-laborator ko‘rsatkichlar asosida o‘tkir glomerulonefrit (OGN) kechishining uchta varianti aniqlandi: yuqori faollikdagi shakl – 25,2 %, o‘rtacha faollikdagi shakl – 61,3 %, minimal faollikdagi shakl – 13,5 %. Yuqori faollikdagi shaklda (I guruh) bemorlarda umumlashgan shish sindromi (yuz,

tana va pastki oyoqlarda), arterial gipertenziya (140/90–185/105 mm sim.ust.), makrogematuriya hamda 1–2,3 g/l gacha proteinuriya kuzatildi. Makrogematuriya 11–13 kun, arterial gipertenziya 7–14 kun, shish sindromi esa 8–12 kun davom etdi. O'rtacha faollikdagi shaklda (II guruh) shish asosan yuz sohasida kuzatilib, 6–7 kun ichida regressiyaga uchradi. Arterial bosim 135/90–150/95 mm sim.ust. gacha ko'tarilib, 6–8 kun davomida normallashti. Siydik tahlillarida proteinuriya  $0,99 \pm 0,13$  g/l hamda yaqqol eritrotsituriya aniqlangan. Minimal faollikdagi shaklda (III guruh) arterial bosimning qisqa muddatli (2–4 kun) oshishi (132/86 mm sim.ust.), yengil periorbital pastozlik hamda iz miqdordan  $0,66$  g/l gacha proteinuriya qayd etildi. Biokimyoviy ko'rsatkichlar yuqori va o'rtacha faollikdagi shakllarda umumiy oqsil miqdorining pasayishi, mochevina va kreatinin darajasining esa minimal faollikdagi hamda nazorat guruhiga nisbatan ishonchli yuqoriligi ( $p < 0,01$ ) bilan tavsiflandi. Immunologik tekshiruvlar OGN bilan og'rigan bolalarda immunoregulyator muvozanat buzilganligini ko'rsatdi. Xususan, IgA va IgM darajalari hamda tsirkulyatsiyalovchi immun komplekslar (TsIK) sezilarli oshgan, IgG miqdori esa nazorat guruhiga nisbatan pasaygan. Klinik og'irlik darajasi ortishi bilan xavf omillari soni ham oshib bordi. I guruhda ko'pincha beshtagacha xavf omili (perinatal patologiya, siydik tahlilidagi avvalgi o'zgarishlar, oshqozon-ichak kasalliklari, lamblioz, surunkali infeksiya o'choqlari) aniqlangan. II guruhda o'rtacha to'rta, III guruhda esa asosan uchta xavf omili ustunlik qilgan. Nazorat guruhida mazkur omillar qayd etilmadi. **Xulosa.** O'tkir glomerulonefritning klinik kechishi kasallik faollik darajasiga bog'liq bo'lib, yuqori faollik shaklida shish, arterial gipertenziya, makrogematuriya va proteinuriya yaqqol namoyon bo'ladi hamda buyrak funksional ko'rsatkichlarining ishonchli buzilishi bilan kechadi ( $p < 0,01$ ).

Изомиддинова М.К.

## ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕЛЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

**Цель работы:** Изучение характера анемии по дефициту железа (абсолютный или функциональный) при разной степени ХБП с последующей оптимизацией лечения данных форм анемий у детей. **Материал и методы исследования.** Объектом изучения исследования, которое было проведено в Самаркандском Областном детском медицинском многопрофильном центре нефрологического отделения были 95 детей от 4 лет до 15 лет с анемическим синдромом при ХБП, которые разделены на 3 группы: I группу составили дети с анемическим синдромом при ХБП II стадии ( $n=25$ ); во II группу вошли дети с анемическим синдромом при ХБП III стадии ( $n=51$ ); в III группу были включены дети с анемическим синдромом при ХБП IV стадии ( $n=19$ ). Также для группы сравнения были отобраны 30 детей в 6 семейной поликлинике с анемическим синдромом без признаков ренальной патологии, которые составили IV группу. **Результаты.** Абсолютный дефицит железа (АДЖ) выявился у 29 (31%) обследуемых детей. Ему характерен выраженный дефицит железа и недостаток его запасов в виде ферритина, а также сниженный процент насыщения трансферрина железом. При таком случае происходит понижение вышеотмеченных показателей в 3 раза ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ) у детей в III группе. Также у этих пациентов происходит увеличивается продукция трансферрина в 1,5 раза ( $p > 0,05$ ) и гормона эритропоэтина в 3 раза ( $p < 0,001$ ) с целью компенсации переноса железа и эритроцитов в организме. Незначительное повышение маркеров воспаления и гормона гепсидина, которые в свою очередь находятся в верхнем пределе референсных значений, свидетельствуют также об абсолютном характере анемии у детей при ХБП. Результаты анализа показывают, что патологические изменения были интенсивнее выражены у обследуемых с ХБП при функциональном дефиците железа (ФДЖ), где отмечается характерное снижение в 2 раза уровня трансферрина ( $p < 0,001$ ), процент его насыщение железом ( $p < 0,001$ ) и уровня сывороточного железа ( $p < 0,001$ ), а повышение сывороточного ферритина в 2,5 раза ( $p > 0,05$ ) и гепсидина ( $p < 0,001$ ) в 5 и более раз, что является доказательством функционального характера анемии у детей с ХБП. Усиленная выработка гепсидина блокирует выход железа из депо (макрофагов и печени) и тем самым способствует развитию анемии. Это в свою очередь сказывалось на дисфункции почек, способствовало ухудшению стадии ХБП и, в последствии, вело к прогрессированию анемии. **Заключение.** Разработан эффективный способ диагностики параметров



обмена железа, которые позволяют установить, что при ХБП с абсолютным дефицитом железа снижены более, чем в 2 раза, показатели сывороточного железа ( $p < 0,001$ ) и ферритина ( $p > 0,05$ ), а повышены в 2 раза результаты трансферрина ( $p > 0,05$ ), насыщение трансферрина железом ( $p < 0,05$ ) и гормона эритропоэтина ( $p < 0,001$ ).

**Изомиддинова М.К.**

## **ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

**Актуальность.** По данным на 2024 год хроническая болезнь почек у детей составляет от 15 до 74,7 случаев на миллион детей. **Цель работы:** Изучение особенности показателей функционального состояния почек в зависимости от варианта течения анемического синдрома (абсолютный или функциональный) при различной степени ХБП у детей. **Материал и методы исследования.** Объектом изучения исследования, были 95 детей от 4 лет до 15 лет с анемическим синдромом при ХБП, которые разделены на 3 группы: I группу составили дети с анемическим синдромом при ХБП II стадии ( $n=25$ ); во II группу вошли дети с анемическим синдромом при ХБП III стадии ( $n=51$ ); в III группу были включены дети с анемическим синдромом при ХБП IV стадии ( $n=19$ ). Также для группы сравнения были отобраны 30 детей в 6 семейной поликлинике с анемическим синдромом без признаков ренальной патологии, которые составили IV группу. **Результаты.** У больных, страдающих анемией при ХБП, более выраженное повышение креатинина в крови, сниженный уровень СКФ встречались у детей III группы при функциональном типе анемии, что явно указывает на более выраженное нарушение и усугубление клубочковой функции почек у детей при IV стадии ХБП с функциональным дефицитом железа. Более выраженные изменения были отмечены при оценке функции дистальных канальцев у обследуемых III группы. Так, в подгруппе у детей с АЖД достоверно снижалась экскреция аммиака до  $44,71 \pm 1,32$  ( $p < 0,05$ ) и титруемых кислот (ТА) до  $39,35 \pm 1,23$  ( $p < 0,05$ ), а у пациентов с ФДЖ результаты данных показателей составили  $37,4 \pm 0,95$  ( $p < 0,05$ ) и  $34,01 \pm 0,81$  ( $p < 0,05$ ) ммоль/л по отношению к группе контроля (аммиак ( $57,5 \pm 5,53$ ) и ТА ( $59,00 \pm 9,17$ )). Это отражает истощение буферных механизмов и снижение способности почек к регуляции кислотно-щелочного гомеостаза. Это свидетельствует о комплексном и взаимозависимом влиянии указанных показателей друг на друга, что подчёркивает их патогенетическую значимость в развитии анемии при хронической болезни почек. **Заключение.** Абсолютный дефицит железа диагностирован у 31% (29) детей, функциональный дефицит — у 69% (66) детей. У больных, страдающих анемией при ХБП, более выраженное повышение креатинина в крови, сниженный уровень СКФ встречались у детей III группы при функциональном типе анемии, что явно указывает на более выраженное нарушение и усугубление клубочковой функции почек у детей при ХБП с функциональным дефицитом железа.

**Исламова Д.С.**

## **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНФИЦИРОВАНИЯ HELICOBACTER PYLORI**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Введение.** Хронические заболевания гастродуоденальной зоны остаются одной из наиболее распространённых патологий желудочно-кишечного тракта у детей и подростков. Существенную роль в их развитии играет инфекция *Helicobacter pylori*, которая вызывает воспалительные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, а также влияет на секреторную и гормональную регуляцию желудочной функции. **Цель исследования.** Изучить клинические, эндоскопические и лабораторные особенности течения хронического гастродуоденита у подростков в зависимости от степени инфицирования *Helicobacter pylori*. **Материалы и методы.** В исследование включено 50 подростков в возрасте 11–17 лет, проходивших стационарное лечение во 2-й клинике



Самаркандского государственного медицинского университета, а также находившихся под амбулаторным наблюдением в период 2016-2022 гг. Среди обследованных пациентов было 27 мальчиков (54%) и 23 девочки (46%). Комплекс обследования включал клинический осмотр, сбор анамнеза, проведение эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС), интрагастральной рН-метрии, уреазного дыхательного теста для выявления *H. pylori*, а также лабораторные исследования: общий анализ крови с определением уровня гемоглобина и количества лейкоцитов, определение С-реактивного белка (CRP), а также сывороточных уровней гастрина и пепсиногена. В зависимости от результатов диагностики инфекции *H. pylori* все обследованные пациенты были распределены на три группы: первую группу составили 20 подростков (40%) с выраженной инфекцией *H. pylori*, вторую - 15 пациентов (30%) со слабоположительным результатом теста, третью - 15 подростков (30%) без признаков инфицирования. **Результаты исследования.** Клинический анализ показал, что наиболее выраженная симптоматика наблюдалась у пациентов первой группы. Болевой синдром в эпигастральной области отмечался у 17 подростков первой группы (85%), во второй группе - у 9 пациентов (60%), в третьей - у 6 пациентов (40%) ( $p < 0,05$ ). Изжога наблюдалась соответственно у 12 (60%), 6 (40%) и 3 (20%) пациентов. Тошнота отмечалась у 9 (45%) пациентов первой группы, у 5 (33,3%) второй группы и у 3 (20%) подростков третьей группы. По данным ЭФГДС поверхностный гастрит выявлен у 12 (24%) пациентов, хронический гастродуоденит - у 24 (48%), эрозивный гастродуоденит - у 12 (24%), изолированный дуоденит - у 2 (4%) пациентов. Эрозивные изменения слизистой оболочки значительно чаще выявлялись у пациентов первой группы - у 8 подростков (40%), во второй группе - у 4 пациентов (26,7%), в третьей - у 2 подростков (13,3%) ( $p < 0,05$ ). Эндоскопически у инфицированных пациентов чаще отмечались гиперемия и отёк слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. Лабораторные показатели также различались между группами. Средний уровень гемоглобина у пациентов первой группы составил  $118 \pm 4,2$  г/л, во второй группе -  $122 \pm 3,8$  г/л, в третьей -  $126 \pm 4,1$  г/л. Количество лейкоцитов составило соответственно  $7,9 \pm 0,6 \times 10^9$ /л,  $7,1 \pm 0,5 \times 10^9$ /л и  $6,5 \pm 0,4 \times 10^9$ /л. Уровень С-реактивного белка был повышен у инфицированных пациентов и составил  $5,8 \pm 0,7$  мг/л в первой группе,  $3,6 \pm 0,5$  мг/л во второй группе и  $2,1 \pm 0,4$  мг/л в третьей группе. Биохимические показатели также продемонстрировали различия. Средний уровень гастрина в сыворотке крови у пациентов первой группы составил  $118 \pm 10$  пг/мл, во второй группе -  $96 \pm 8$  пг/мл, в третьей группе -  $78 \pm 7$  пг/мл ( $p < 0,05$ ). Уровень пепсиногена I составил соответственно  $112 \pm 9$  нг/мл,  $96 \pm 8$  нг/мл и  $84 \pm 7$  нг/мл. По данным интрагастральной рН-метрии у подростков первой группы отмечалась более выраженная гиперацидность: средний уровень рН в теле желудка составил  $1,3 \pm 0,11$ , во второй группе -  $1,5 \pm 0,13$ , в третьей группе -  $1,8 \pm 0,15$  ( $p < 0,05$ ). **Выводы.** Высокая степень инфицирования *Helicobacter pylori* у подростков с хроническим гастродуоденитом связана с выраженными клиническими проявлениями (болевой синдром наблюдался у 85% пациентов первой группы), воспалительно-эрозивными изменениями слизистой (эрозивный гастродуоденит - у 40%) и нарушением секреторной функции желудка.

Результаты подчеркивают значимую роль *H. pylori* в патогенезе заболевания и необходимость своевременной диагностики и эрадикационной терапии.

Исмаилова Ш.Д.

## ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕХАНИЗМОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Ташкент

**Цель.** Ранняя верификация эндометриоза и прогнозирование особенностей его клинического течения на основе эстрогензависимых метаболических биомаркеров с целью оптимизации персонализированного подхода и сохранения репродуктивного потенциала. **Материалы и методы.** В исследование были включены 110 женщин, из которых 90 пациенток предъявляли жалобы на дисменорею, а 20 практически здоровых женщин составили контрольную группу. Всем участницам проведён комплекс обследований, включавший клинический и гинекологический осмотр, 3D трансвагинальное ультразвуковое исследование с энергетической доплерографией, а также лабораторные исследования с определением сывороточных метаболитов эстрогенов — 16а-

гидроксиэстрона ( $16\alpha$ -ОН-Е1) и 2-гидроксиэстрона (2-ОН-Е1) — с последующим расчётом их соотношения ( $16\alpha$ -ОН-Е1 / 2-ОН-Е1). **Результаты.** Диагностическая чувствительность 3D ультразвукового исследования в сочетании с доплерометрическими показателями составила 88%, специфичность — 91%. У пациенток с дисменореей соотношение  $16\alpha$ -ОН-Е1 / 2-ОН-Е1 было достоверно выше по сравнению с контрольной группой, что свидетельствовало об активации метаболизма эстрогенов по пролиферативному и воспалительному пути ( $p < 0,01$ ). У 59% обследованных пациенток выявлен повышенный уровень указанных метаболитов эстрогенов. Установлена статистически значимая взаимосвязь между значениями данного метаболического маркера, тяжестью клинического течения заболевания и риском рецидива. На основании полученных данных разработан индивидуализированный клинико-прогностический алгоритм ведения пациенток. **Вывод.** Соотношение  $16\alpha$ -ОН-Е1 / 2-ОН-Е1 рекомендуется в качестве важного метаболического биомаркера для ранней диагностики эндометриоза и оценки тяжести его клинического течения. Комплексная оценка ультразвуковых, лабораторных и метаболических показателей позволяет своевременно выявлять заболевание, формировать индивидуальную тактику лечения и сохранять репродуктивное здоровье женщин.

**Каландарова М.С., Шарипова М.М., Давлатова С.Н.**  
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У РЕБЁНКА**  
**С СИНДРОМОМ ВЕРДНИГА–ГОФФМАНА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али Ибн Сино. Душанбе,  
Таджикистан

**Цель исследования.** Проанализировать клинико-лабораторные особенности течения пневмонии у грудного ребёнка с синдромом Верднига–Гоффмана (СВГ). **Материал и методы.** Методы исследования включали осмотр и физикальное обследование, лабораторные исследования (общеклинические и биохимические анализы крови и ИФА), а также инструментальные методы (рентгенография грудной клетки, МРТ головного мозга, ЭКГ). **Результаты исследования.** Пациент У. 10 мес., поступил в тяжёлом состоянии с жалобами со слов матери на выраженную мышечную слабость, вялость, снижение активности, поверхностное учащённое дыхание, слабый кашель, затруднение в глотании. Состояние ребёнка при осмотре тяжёлое. Лежит в позе «лягушки». Несколько оглушённое сознание, на осмотр реагировал вяло, на тактильные и болевые раздражители ответ очень слабый, крик слабый, рефлексы отсутствуют. Кожа и слизистые бледные. При аускультации лёгких дыхание справа ослаблено, выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Наблюдается дыхательная недостаточность 2 степени по сатурации крови кислородом (85%). Неврологическое состояние ребёнка оценивалось по шкале **СНОР INTEND** — суммарный балл – 22, что соответствует выраженному дефициту, характерному для спинальной мышечной амиотрофии I типа (СМА I). Ребёнок не удерживает голову, отсутствует антигравитационная активность, дистальные движения ограниченные. Инструментальные исследования: на рентгенографии грудной клетки определяется правосторонняя полисегментарная пневмония. МРТ головного мозга показала умеренно выраженную смешанную гидроцефалию, преимущественно наружную. ЭКГ – тахикардия синусового происхождения, без признаков органической патологии сердца. Лабораторные данные. В общем анализе крови: НВ-120 г/л, эритроциты – 4,76 млн., лейкоцитоз, СОЭ-14 мм/ч. Показатели коагулограммы и биохимии: фибриноген – 399,6 мг/дл, фибрин – 18 мг/л, глюкоза – 5,3 ммоль/л, общий билирубин – 20 мкмоль/л; связанный билирубин – 5 ммоль/л, свободный – 15 мкмоль/л; общий белок – 54 г/л, мочевины и креатинина в норме, кальций – 1,94 ммоль/л, магний – 0,68 ммоль/л. Серологические исследования (ИФА): HBsAg – отрицательный, HCV – отрицательный, ВИЧ – отрицательный. В терапии ребёнок получил антибиотики (клафоран, амикацин, гентамицин – в/в), ингаляции беродуалом (бета-2 адреномиметик селективный + М холиноблокатор), кальция глюконат, холекальциферол, антигиппоксанты и антиоксиданты. Ребёнок неоднократно консультирован детским неврологом и получает комплексную терапию спинальной мышечной амиотрофии. **Вывод.** На примере наблюдения ребёнка с синдромом Верднига–Гоффмана (СМА I) можно отметить, что выраженная мышечная слабость, гиподинамия, сниженный кашлевой рефлекс и частые поперхивания предрасполагают к

развитию застойной пневмонии и способствуют более тяжёлому и затяжному течению заболевания с развитием выраженной дыхательной недостаточности. Ранняя диагностика и комплексное лечение детей совместно с неврологом, пульмонологом и реаниматологом способствуют улучшению состояния и предотвращению тяжёлых жизнеугрожающих осложнений у детей с данной патологией.

**Калекулина О.В., Кирьянов Н.А., Ложкин Е.А., Суханов С.А.**

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ У ДЕТЕЙ В УДМУРТИИ**

ФГБОУ ВО Ижевский государственный медицинский университет МЗ РФ, Россия

**Актуальность** Ранняя диагностика злокачественных опухолей у детей является основной проблемой педиатрии и детской онкологии, т.к. стадия онкологического заболевания определяет тактику лечения, прогноз и вероятность выздоровления больного. Поэтому важно соблюдение принципа онкологической настороженности и командная работа всех контактирующих с онкологическим больным врачей, в том числе патоморфологов. Микроскопический анализ образцов ткани или клеток позволяет выявить характерные морфологические признаки злокачественного новообразования. Иммуногистохимический метод использует антитела для выявления специфических белков в клетках опухоли, помогает определить ее происхождение и дифференцировку. Молекулярно-генетические исследования включают в себя анализ ДНК и РНК опухолевых клеток. Важно сопоставление результатов морфологических исследований с клиническими проявлениями заболевания, возрастом ребенка и другими визуализирующими методами. **Цель исследования.** Морфологическая диагностика злокачественных опухолей детского возраста в Удмуртии. **Материал и методы.** Изучены злокачественные опухоли у детей за 2025 год по данным Республиканского онкологического диспансера МЗ УР. **Полученные результаты.** Проведен анализ 278 наблюдений опухолей детского возраста от 0 до 18 лет, среди которых чаще всего встретились гемобласты – 47,1%. Другим частым видом опухолей у детей были карциномы – 21,1%. Опухоли костной системы составили 16,4%. Другие опухоли (опухоли нервной системы, почек, тератобласты) встретились реже – 15,4%. Диагностика многих из этих опухолей вызвали затруднения и потребовали проведения иммуногистохимического исследования. Использовался широкий спектр моноклональных антител – CD3, CD10, CD20, CD45, CD99, CD45, CD79, CD 99, CD117, FLI, S100, PLAP, P16, PAX5, синаптофизин, хромогранин и другие. Прогностическое значение имеет и определение индекса пролиферации Ki67. Однако, в ряде наблюдений для подтверждения диагноза потребовалась консультация в референсном центре с проведением молекулярно-генетических исследований и определения специфических транслокаций. **Выводы.** Дифференциальная диагностика злокачественных и представляющих диагностические сложности опухолей детского возраста должна строиться на коллегиальном подходе с участием специалистов различных профилей с обязательным иммуногистохимическим подтверждением. Важна онконастороженность педиатров, узких специалистов и патоморфологов, проведение клинко-морфологических сопоставлений для диагностики. Некоторые случаи злокачественных опухолей требуют консультации в референсных центрах для определения специфических признаков конкретной опухоли с целью проведения таргетной терапии.

**Камалова Д.Ш., Исламова Д.С.**

### **СОВРЕМЕННЫЕ ПИЩЕВЫЕ ПРИВЫЧКИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ**

Самаркандского государственного медицинского университета,  
г. Самарканд, Узбекистан

**Цель исследования.** оценить современные пищевые привычки школьников и определить их влияние на здоровье и формирование факторов риска развития заболеваний. **Материалы и методы исследования.** в исследовании приняли участие 80 учащихся 8-х классов школы №35 города Самарканда. Для оценки пищевых привычек проведено анкетирование, включавшее вопросы о

регулярности завтрака, частоте употребления фастфуда, сладких газированных напитков и перекусов, а также о наличии жалоб на усталость, снижение концентрации внимания, головные боли и общее самочувствие. Полученные данные были обработаны для выявления взаимосвязей между характером питания и состоянием здоровья школьников. **Результаты исследования.** Анализ анкетирования 80 школьников показал, что лишь 47,5 % принимают пищу регулярно три раза в день, тогда как 41,3 % часто пропускают завтрак, а 32,5 % ограничиваются нерегулярными перекусами. При этом 45,0 % учащихся употребляют фастфуд 2–3 раза в неделю, а 35,0 % — сладкие газированные напитки практически ежедневно. У школьников с неблагоприятными пищевыми привычками чаще наблюдались повышенная утомляемость (60,0 %), снижение концентрации внимания (50,0 %), головные боли (38,0 %) и раздражительность (30,0 %), тогда как среди тех, кто регулярно завтракает и преимущественно употребляет фрукты и домашнюю пищу, жалобы встречались лишь у 15–20 % участников. Выявлено также, что нерегулярный приём пищи ассоциируется с дневной сонливостью у 55,0 % школьников и снижением учебной активности у 45,0 % участников. Частое употребление фастфуда и сладких напитков сопровождалось ухудшением общего самочувствия у 62,0 % и снижением эмоциональной стабильности у 49,0 % подростков. **Выводы.** Таким образом, результаты исследования показывают, что современные пищевые привычки школьников характеризуются высоким потреблением фастфуда, сладких газированных напитков и частыми пропусками завтрака. Такие привычки ассоциируются с ухудшением общего самочувствия, повышенной утомляемостью, снижением концентрации внимания и потенциальным формированием метаболических рисков в будущем. Полученные данные подчёркивают необходимость проведения профилактических мероприятий, направленных на формирование рациональных пищевых привычек, повышение информированности родителей и педагогов, а также популяризацию принципов сбалансированного питания среди школьников.

**Камбарова С.А., Исламова Д.С.**

### **ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ВСКАРМЛИВАНИЯ, СРОКОВ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА И ПРОФИЛАКТИКИ ВИТАМИНОМ D НА РИСК РАЗВИТИЯ РАХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Самаркандский Государственный Медицинский Университет,  
г. Самарканд, Узбекистан

**Цель исследования.** определить влияние характера вскармливания и сроков введения прикорма на риск развития рахита у детей раннего возраста. **Материалы и методы.** В исследование были включены 30 детей раннего возраста (до 3 лет). Данные собирались через родителей с помощью структурированной анкеты, охватывающей тип вскармливания, сроки введения прикорма, профилактическое применение витамина D и продолжительность ежедневных прогулок. Среди обследованных 16 - мальчики, 14 - девочки. Полученные данные подвергались статистической обработке для анализа взаимосвязей между характером вскармливания, сроками введения прикорма и риском развития рахита, что позволяет оценить влияние раннего питания и факторов образа жизни на здоровье детей. **Результаты исследования.** установлено, что исключительно грудное вскармливание получали 15 детей (50%), смешанное - 9 детей (30%), искусственное - 6 детей (20%). Первый прикорм вводился в 6 месяцев у 3 детей (10%), в 5 месяцев - у 8 детей (27%), в 4 месяца - у 4 детей (13%), после 6 месяцев - у 15 детей (50%). Профилактический приём витамина D получали 23 ребёнка (77%), тогда как 7 детей (23%) не получали его регулярно. Продолжительность прогулок на свежем воздухе составляла менее 1 часа у 14 детей (47%), 1-2 часа у 10 детей (33%) и более 2 часов у 6 детей (20%). Признаки рахита выявлены у 9 детей (30 %). Среди детей с признаками рахита 5 (56 %) находились на искусственном вскармливании, 3 (33 %) — на смешанном и лишь 1 ребёнок (11 %) — на исключительно грудном вскармливании. При этом начальные проявления заболевания чаще наблюдались у детей, получавших искусственное или смешанное питание. Нерегулярный профилактический приём витамина D отмечался у 6 детей (67 %). Наиболее частыми симптомами были повышенная потливость — у 7 детей (78 %), беспокойство — у 6 (67 %) и облысение затылочной области — у 5 (56 %). **Выводы.** Полученные результаты показывают, что грудное вскармливание и



своевременное введение прикорма ассоциируются с меньшим риском развития рахита у детей раннего возраста, тогда как искусственное и смешанное вскармливание повышают вероятность заболевания. Так, среди детей с признаками рахита 56 % находились на искусственном вскармливании, 33 % — на смешанном, и лишь 11 % — на исключительно грудном вскармливании. Регулярный профилактический приём витамина D и достаточная продолжительность прогулок на свежем воздухе играют важную роль в профилактике клинических проявлений рахита. Полученные данные подчеркивают необходимость комплексного подхода к раннему питанию и профилактическим мерам для снижения заболеваемости и формирования здорового состояния детей.

**Кимирилова О. Г., Харченко Г. А.**  
**ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ**  
**В УСЛОВИЯХ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ**  
ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России. Астрахань, РФ

**Цель исследования:** определить клинико-эпидемиологические особенности эпидемического паротита у детей Астраханской области (АО) в условиях вакцинопрофилактики. **Материалы и методы:** проведен анализ заболеваемости эпидемическим паротитом в АО за 2024 год. **Результаты исследования:** в 2024 году в АО зарегистрировано 76 случаев лабораторно подтвержденного эпидемического паротита. Показатель заболеваемости (8,1 на 100 тыс.) превысил показатель 2023 года в 16 раз и средний по РФ — в 4 раза. Доля детей до 17 лет составила 72,4% (55 чел.). Среди заболевших детей 85,5% не были привиты (из них 93,6% — из-за отказов родителей). Среди взрослых (27,6%) не привито 85,7%. При этом формальный охват прививками детей в декретированные сроки высок (97–98%). Однако мониторинг коллективного иммунитета у 600 вакцинированных выявил 23,2% серонегативных лиц, что свидетельствует о снижении защитного эффекта вакцинации. Наибольшее количество серонегативных зафиксировано в возрастных группах 20–29, 30–39 и 40–49 лет, а также среди детей 3–4 лет. Клинически у всех заболевших (100%) отмечалось поражение околоушных слюнных желез. У 38,1% пациентов диагностировано сочетанное поражение других железистых органов или ЦНС. Панкреатит развился у 11,8% (боли в эпигастрии, рвота, повышение амилазы мочи), менингит — у 12,7% детей. Симптомы менингита (головная боль, лихорадка, рвота, менингеальные знаки) проявлялись в среднем на 4-й день болезни, изменения в ликворе носили лимфоцитарный характер. Выздоровление наступало у всех пациентов, санация ликвора при менингите происходила за 2–3 недели. **Заключение:** высокий уровень серонегативных лиц (23,9%) среди привитых снижает коллективный иммунитет и является причиной роста заболеваемости в регионе. Смещение заболеваемости на подростков и взрослых указывает на угасание поствакцинального иммунитета, что требует обсуждения вопроса о второй ревакцинации в 15–17 лет. Клинически заболевание протекает типично с поражением слюнных желез, реже — с вовлечением других органов и ЦНС, и заканчивается выздоровлением.

**Кодирова М.К., Хабибова Н.Н.**  
**ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ pH СЛЮНЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С КАНДИДОЗОМ**  
**РОТОВОЙ ПОЛОСТИ**

**Введение.** У новорожденных с кандидозом ротовой полости, развившимся на фоне дисбактериоза, выявлено статистически значимое снижение pH ротовой жидкости по сравнению со здоровыми детьми, что подтверждает роль кислой среды в патогенезе грибковой инфекции и обосновывает диагностическую ценность утренней pH-метрии слюны. **Цель исследования.** Изучить особенности кислотно-щелочного баланса ротовой жидкости у новорожденных с кандидозом полости рта, ассоциированным с дисбактериозом, путем сравнительного анализа с показателями здоровых детей для определения диагностической значимости данного критерия. **Материалы и методы исследования.** Обследовано 110 новорожденных, разделенных на две группы: - Основная группа (n = 80) – дети с клинически подтвержденным кандидозом ротовой полости и сопутствующими признаками дисбактериоза;

- Контрольная группа ( $n = 30$ ) – здоровые новорожденные без признаков кандидоза и дисбактериоза. Забор слюны проводился в утренние часы, строго до первого кормления. Определение рН осуществлялось методом потенциометрического анализа. Статистическая обработка данных проводилась с использованием критерия Стьюдента, различия считались достоверными при  $p < 0,05$ . **Результаты исследования.** В ходе исследования были получены следующие данные: В контрольной группе (здоровые дети,  $n=30$ ): средний уровень рН слюны составил  $7,1 \pm 0,2$ , что соответствует физиологической норме (нейтральная или слабощелочная среда). В основной группе (кандидоз + дисбактериоз,  $n=80$ ): выявлено достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение рН ротовой жидкости. Средний показатель составил  $5,7 \pm 0,3$  (кислая среда). Таким образом, у детей с кандидозом на фоне дисбактериоза наблюдается выраженный сдвиг рН в кислую сторону, в то время как у здоровых детей показатель остается в пределах нормы. **Вывод.** У новорожденных с кандидозом ротовой полости, ассоциированным с дисбактериозом, уровень рН слюны достоверно ниже, чем у здоровых детей. Кислая среда ( $pH 5,7 \pm 0,3$ ) является патогенетическим фактором, способствующим колонизации слизистой оболочки рта грибами рода *Candida*. Утренняя рН-метрия слюны до кормления может быть рекомендована как дополнительный метод диагностики дисбиотических нарушений и оценки риска развития кандидоза у новорожденных. Комплексная терапия кандидоза у новорожденных должна включать не только противогрибковые препараты, но и коррекцию дисбактериоза с целью нормализации рН ротовой полости.

**Косимова С. Дж., Ходжаева Н.Н**

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСЕБЕННОСТИ И ДИАГНОСТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али Ибн Сино. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Изучить клинические проявления и лабораторные показатели железодефицитной анемии у детей младенческого возраста. **Материалы и методы.** В исследование были включены 10 детей в возрасте от 1 до 3 лет проходящих исследования в отделение интенсивной терапии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» Среди обследованных детей 6 мальчиков и 4 девочек. Были проведены лабораторные и инструментальные методы исследований. **Результаты исследования.** В ходе исследования у всех 10 детей младенческого возраста диагностирована железодефицитная анемия различной степени тяжести. Клиническая картина характеризовалась преобладанием анемического и сидеропенического синдромов. Анемический синдром проявлялся бледностью кожных покровов (100%), тахикардией (62%), снижением аппетита (50%), повышенной утомляемостью и раздражительностью (70%), Сидеропенический синдром сопровождался сухостью кожи ломкостью ногтей мышечной слабостью (85%) а также функциональными нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта (запоры – 54%) уровни гемоглобина составлял 65-72г\л, отмечалось снижение эритроцитов и гематокрита. Уровень сывороточного железа был 2,2 снижен у всех пациентов 100%, концентрация ферритина составила в среднем 15мкг\л, что подтверждает истощение запасов железа в организме. Анализ анамнестических данных показал, что основными факторами риска являлись нарушения питания (ранний перевод на искусственное вскармливание, несбалансированный рацион) а также частые инфекционные заболевания в анамнезе. В ходе проведенного исследования установлено, что железодефицитная анемия у детей раннего возраста является распространенным патологическим состоянием, формирование которого обусловлено алиментарными факторами, связанным с особенностями питания, ранним переводом на искусственное вскармливание, повышенной потребностью организма в железе в период интенсивного роста а также частыми инфекционными заболеваниями и неблагоприятными социально – бытовыми условиями. **Вывод.** В ходе проведенного исследования подтверждено, что железодефицитная анемия у детей младенческого возраста представляет собой распространенное патологическое состояние, оказывающее негативное влияние на физическое и нервно-психическое развитие ребёнка. Заболевание характеризуется типичными клиническими проявлениями сидеропенический синдром, анемического и сопровождается снижением уровня гемоглобина, эритроцитов и ферритина сыворотки крови. Своевременная коррекция дефицита



железа способствует предупреждению осложнений и обеспечивает гармоничное развитие детей младенческого возраста.

**Кўлдошев Ш.Ш., Мирхамидова С. М.**  
**ВЛИЯНИЕ ЭКРАННОГО ВРЕМЕНИ НА РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

**Аннотация.** В тезисе анализируется влияние цифровых устройств на речевое развитие детей раннего возраста. Отмечается рост экранного времени среди детей 2-5 лет и его связь с задержкой речевого развития. Пассивный просмотр короткого видеоконтента (Reels, Shorts) снижает объем живого общения, необходимого для формирования нейронных связей. Особое внимание уделяется ситуации в Узбекистане, где проблема усугубляется недостаточной информированностью родителей. Предложены рекомендации для семей и педиатров по контролю экранного времени. **Цель.** Изучить взаимосвязь между увеличением экранного времени и задержкой речевого развития у детей раннего возраста на основе анализа научной литературы и наблюдений. **Методы.** Проведен анализ международных и локальных исследований, статистических данных, а также наблюдения за практикой использования гаджетов в семьях. **Результаты и обсуждение.** Анализ показывает, что у детей 2-5 лет, проводящих у экрана более 1-2 часов в день, отмечается снижение речевых показателей. Каждые дополнительные 30 минут экранного времени коррелируют с уменьшением результатов речевых тестов. Особую тревогу вызывает популярность короткого видеоконтента, который формирует «клиповое мышление» и снижает способность к концентрации, необходимую для восприятия длинных историй и диалогов. В Узбекистане проблема стоит остро. Внедрение гаджетов часто опережает цифровую грамотность родителей. Многие матери, стремясь занять ребенка, используют телефон как «электронную няню». По локальным наблюдениям, до 80% детей 3-6 лет в крупных городах ежедневно пользуются устройствами, нередко превышая рекомендуемые педиатрами нормы. Это приводит к росту очередей к логопедам и неврологам, а также к раннему формированию поведенческих нарушений: истерик при изъятии гаджета, трудностей со сном и снижению интереса к реальному общению. Однако важно отметить, что проблема не в технологиях, а в культуре их использования. Качественный образовательный контент при совместном просмотре с родителями может приносить пользу. Ключевым фактором остается живое взаимодействие, которого ребенок лишается, оставаясь один на один с экраном. **Выводы.** Чрезмерное и бесконтрольное использование гаджетов в раннем возрасте негативно сказывается на речевом и нервно-психическом развитии ребенка. В узбекских семьях наблюдается разрыв между богатыми традициями устного воспитания (колыбельные, сказки, пальчиковые игры) и современными цифровыми привычками.

**Quldosheva Sh.S., Baxriddinova F.A., Obloqulova N.T., Rustamova X.X PEDIATRIYA  
AMALIYOTIDA QO‘LLANILADIGAN SUYUQ DORI SHAKLLARINING FARMATSEVTIK  
TAHLILI VA SIFAT NAZORATI MUAMMOLARI**

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti, Samarqand, O‘zbekiston

Pediatrya amaliyotida qo‘llaniladigan dori vositalarining qariyb 70% qismini suyuq dori shakllari tashkil etadi. Ushbu dori shakllarining sifati nafaqat asosiy ta‘sir etuvchi moddaga, balki ularning tarkibidagi yordamchi moddalar barqarorligiga ham bevosita bog‘liqdir. Suyuq dori shakllarini standartlashtirish va ularning fizik-kimyoviy tahlilini o‘tkazish bolalar salomatligini muhofaza qilishda muhim ahamiyat kasb etadi. **Tadqiqot maqsadi.** Pediatryada keng qo‘llaniladigan suyuq dori vositalarining farmakopeya talablariga muvofiqligini, ularning fizik-kimyoviy barqarorligini hamda tarkibidagi yordamchi moddalarning bolalar organizmi uchun xavfsizlik profilini tahlil qilish va baholash. **Material va usullar.** Tadqiqot obyektida O‘zbekiston Respublikasi farmatsevtika bozorida mavjud bo‘lgan turli mahalliy va xorijiy ishlab chiqaruvchilarning bolalar uchun mo‘ljallangan siroplari va suspenziyalari tanlab olindi. Tahlillar O‘zbekiston Respublikasi Davlat Farmakopeyasi talablariga muvofiq o‘tkazildi. Tadqiqot jarayonida zamonaviy farmatsevtik tahlil usullaridan: organoleptik baholash, pH-metriya, zichlikni piknometr yordamida aniqlash,

mikrobiologik tozalikni tekshirish va faol modda miqdorini aniqlashda titrimetrik hamda spektrofotometrik tahlil usullaridan foydalanildi. **Natijalar.** O'tkazilgan kompleks tahlillar natijasida tekshirilgan barcha dori vositalarining pH ko'rsatkichlari 4.8 dan 6.2 gacha bo'lgan oraliqda ekanligi aniqlandi, bu esa bolalar shilliq qavati fiziologiyasiga to'liq mos keladi. Miqdoriy tahlil natijalari preparat tarkibidagi asosiy faol moddalarning (masalan, ibuprofen yoki paratsetamol) belgilangan me'yoriy ko'rsatkichlarga (95,0-105,0%) muvofiq ekanligini tasdiqladi. Biroq, tarkibiy komponentlar tahlil qilinganda, ayrim preparatlarda sun'iy bo'yoqlar va yuqori miqdordagi saxaroza mavjudligi qayd etildi. Bu holat qandli diabet yoki allergik reaksiyalarga moyilligi bor bolalar uchun qo'shimcha farmakologik nazoratni talab qiladi. Sifat nazorati jarayonida suyuq dori shakllarining gomogenligi va uzoq muddat saqlash davomida kimyoviy tarkibining o'zgarishligi isbotlandi. **Xulosalar.** Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatadiki, suyuq dori shakllarini yaratishda shakar o'rnini bosuvchi tabiiy komponentlardan foydalanish va konservantlar miqdorini optimallashtirish lozim. Ushbu farmatsevtik izlanishlar pediatriya amaliyotida individual davolash tamoyillarini joriy etishda va dori preparatlarining nojo'ya ta'sirlarini minimallashtirishda muhim manba bo'lib xizmat qiladi.

Курбанова С.Ч. Пустоветова М.Г.

## ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ СУЖЕНИЯ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Eurasian Multidisciplinary University, Ташкент, Узбекистан

**Актуальность:** Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) у детей сопровождается выраженным снижением сократительной функции левого желудочка (ЛЖ) и развитием хронической сердечной недостаточности. При тяжёлых формах заболевания, когда трансплантация сердца невозможна, рассматриваются альтернативные хирургические методы лечения. Одним из таких методов является операция суживания лёгочной артерии (ПАБ). Патогенетический механизм ПАБ заключается в изменении геометрии через исправление смещения межжелудочковой перегородки, снижения постнагрузки, что восстанавливает сократительную способность и ремоделирование ЛЖ. При данных изменениях миокарда пациентам необходим строгий гемодинамический контроль и подбор терапии, так как от этого зависит дальнейшее восстановление функции ЛЖ и профилактика декомпенсации кровообращения. **Цель исследования.** Оценить влияние хирургического суживания лёгочной артерии на внутрисердечную гемодинамику, геометрию межжелудочковой перегородки и процессы обратного ремоделирования левого желудочка у детей с дилатационной кардиомиопатией. **Материалы и методы.** В исследование включены 5 пациентов с дилатационной кардиомиопатией. Операция суживания лёгочной артерии выполнена в период с декабря 2024 по октябрь 2025 года. Оценивались клиническое состояние и эхокардиографические показатели: фракция выброса ЛЖ (ФВ), индекс конечно-диастолического объёма левого желудочка (EDV LV/BSA), TAPSE (показатель систолической экскурсии кольца трёхстворчатого клапана), градиент давления на лёгочной артерии. Уровень NT-proBNP (маркер выраженности сердечной недостаточности) оценивали иммуноферментным методом. Срок наблюдения составил 1–7 месяцев. Все пациенты до операции имели выраженные признаки нарушения гемодинамики. Исходно: ФВ — 26–45%, индекс конечно-диастолического объёма — 123,68–175,51 мл/м<sup>2</sup>, TAPSE — 10–18 мм, NT-proBNP — 341–17118 пг/мл. **Результаты:** Все пациенты успешно перенесли операцию. В раннем послеоперационном периоде у всех пациентов отмечена положительная динамика сократительной функции ЛЖ и стабилизация системной гемодинамики. При наблюдении от 1 до 7 месяцев показатели были следующими: ФВ — 32–53%, индекс КДО — 48,98–147,83 мл/м<sup>2</sup>, TAPSE — 14–30 мм, NT-proBNP — 30–10480 пг/мл. У 2-х пациентов до операции проводилась инфузия сердечного гликозида (симдакс) для улучшения функции сердца. В послеоперационном периоде пациентам проводили поддержку работы сердца (сердечные гликозиды), корректировали водно-электролитный баланс (калийсберегающие диуретики), назначали препараты для восстановления структуры и функции миокарда (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы) и обеспечивали раннюю физическую реабилитацию. Индивидуальный подбор препаратов и регулярный эхокардиографический контроль помогали снизить риск декомпенсации и улучшить состояние пациентов. **Выводы:** Операция ПАБ у детей с ДКМП восстанавливает сократительную

функцию ЛЖ и способствует обратному ремоделированию миокарда. Результаты лечения во многом зависят от правильного послеоперационного ведения пациентов, которое включает медикаментозную терапию, регулярный контроль гемодинамических показателей и совместное наблюдение специалистов. Для получения объективной информации об эффективности данной процедуры у пациентов педиатрической группы требуются дальнейшие исследования.

**Мавлонов Ш.Ж**

### **ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА РЕБЕНКА И ВОЗРАСТА МАТЕРИ: КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**

Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

**Цель работы:** Изучение частоты встречаемости врожденных пороков сердца (ВПС) среди новорожденных в условиях стационарного отделения СВКМТТМ, а также определение наиболее распространенных форм данной патологии с учетом показателей пола ребенка и возраста матери. **Материалы и методы исследования:** Объектом исследования послужили дети младшего возраста, находившиеся на стационарном лечении в отделении СВКМТТМ в течение марта 2026 года с диагнозом «Врожденный порок сердца». В ходе исследования были использованы следующие методы: Клиническое наблюдение; Регистрация форм пороков с помощью ЭхоКГ. Социологический метод: Анкетирование матерей для выявления факторов риска. Статистическая обработка: Сопоставление полученных данных с региональными и республиканскими официальными статистическими показателями. **Результаты:** Частота: Показатель выявляемости ВПС среди обследованных детей составил 9,4%. Гендерный фактор: Пороки чаще выявлялись у мальчиков (58%), чем у девочек (42%). Возраст матери: Группа самого высокого риска — матери старше 35 лет, у которых показатель составил 14,2% (в группе матерей 20–30 лет этот показатель составил всего 5,8%). Структура: Среди выявленных пороков преобладали дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) — 45%, дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) — 25% и открытый артериальный проток (ОАП) — 18%. Уровень осведомленности: Установлено, что 70% опрошенных матерей не имеют достаточной информации о профилактике ВПС (прием фолиевой кислоты, своевременный скрининг). **Заключение:** Полученные результаты обосновывают необходимость особого контроля и усиления скрининговых обследований беременных женщин старше 35 лет. Также необходимо эффективно планировать разъяснительную работу среди населения по вопросам профилактики ВПС.

**Мамаризаев И.К., Ибрагимова М.Ф.**

### **ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА „ФЕРСИКАРД КИДС“ НА ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Актуальность.** Осложненное течение эндотоксикоза характеризуется развитием метаболического ацидоза, гиперлактатемии, нестабильности гемодинамики, нарушением функции дыхательной, сердечно-сосудистой и почечной систем. Частота полиорганной недостаточности при тяжелом неонатальном сепсисе достигает 20–40%, а летальность среди глубоко недоношенных детей остается высокой. **Цель исследования** – оценить эффективность и безопасность применения препарата «Ферсикард кидс» в составе комплексной терапии осложненного эндотоксикоза у новорожденных. **Материалы и методы.** Исследование носило проспективный рандомизированный контролируемый характер. Включено 84 новорожденных родившихся в Самаркандском филиале РНЦОМИД с признаками эндотоксикоза II–III степени. Средний гестационный возраст составил  $34,6 \pm 2,8$  недели, масса тела —  $2480 \pm 620$  г. Группы были сопоставимы по полу, гестационному возрасту, массе тела и тяжести состояния. Основная группа получала стандартную терапию и «Ферсикард кидс» в дозировке

1 мл 2 раза в день перос в течение 7 суток. Контрольная группа — стандартную терапию. Проводилась оценка клинических показателей, маркеров воспаления, гемодинамики, длительности ИВЛ, частоты осложнений. Статистический анализ выполнен с использованием критерия Стьюдента и  $\chi^2$ . Различия считались значимыми при  $p < 0,05$ . **Результаты.** Отмечено достоверное снижение маркеров воспаления и улучшение гемодинамических показателей в основной группе. Анализ динамики клиничко-лабораторных показателей продемонстрировал сопоставимость исходных значений между основной и контрольной группами, что подтверждает корректность рандомизации и однородность выборки. На первые сутки исследования уровень С-реактивного белка в основной группе составлял  $46,2 \pm 8,4$  мг/л, в контрольной —  $45,8 \pm 7,9$  мг/л, статистически значимых различий не выявлено ( $p > 0,05$ ). К седьмым суткам терапии в основной группе отмечено выраженное снижение данного показателя до  $24,1 \pm 6,3$  мг/л, что соответствует уменьшению на 47,8% от исходного уровня. В контрольной группе снижение было менее выраженным — до  $36,9 \pm 8,1$  мг/л (снижение на 19,4%). Межгрупповые различия к 7-м суткам были статистически значимыми ( $p < 0,01$ ), что свидетельствует о более эффективном подавлении системной воспалительной реакции при включении препарата в комплексную терапию. Аналогичная тенденция отмечена при оценке уровня прокальцитонина как одного из наиболее специфичных маркеров бактериальной инфекции и септического процесса. Исходные значения составляли  $8,6 \pm 2,1$  нг/мл в основной группе и  $8,3 \pm 2,4$  нг/мл в контрольной. К 7-м суткам терапии концентрация прокальцитонина снизилась до  $4,1 \pm 1,2$  нг/мл в основной группе (снижение на 52,3%), тогда как в контрольной группе — до  $6,8 \pm 1,9$  нг/мл (снижение на 18,1%). Различия между группами статистически значимы ( $p < 0,01$ ), что указывает на более выраженное купирование инфекционно-воспалительного процесса. Положительная динамика наблюдалась и в отношении гемодинамических показателей. Частота сердечных сокращений снизилась с  $168 \pm 12$  до  $152 \pm 10$  уд/мин в основной группе (снижение на 9,5%), в контрольной — с  $170 \pm 11$  до  $160 \pm 12$  уд/мин (снижение на 5,9%). Различия между группами статистически значимы ( $p < 0,05$ ), что может свидетельствовать о стабилизации сердечно-сосудистой системы и уменьшении симпатикотонии на фоне терапии. Снижение частоты полиорганной недостаточности и потребности в вазопрессорной поддержке носило статистически значимый характер. Анализ клинических исходов показал, что включение препарата в комплексную терапию сопровождалось улучшением ряда значимых клинических показателей. Средняя длительность искусственной вентиляции легких в основной группе составила  $5,4 \pm 1,3$  суток, тогда как в контрольной —  $7,5 \pm 1,6$  суток. Разница в 2,1 суток является статистически значимой ( $p = 0,03$ ) и клинически значимой, поскольку сокращение длительности ИВЛ снижает риск вентиляционно-ассоциированных осложнений и бронхолегочной дисплазии у недоношенных новорожденных. Потребность в вазопрессорной поддержке отмечена у 38% пациентов основной группы против 56% в контрольной группе ( $p = 0,04$ ), что свидетельствует о более быстрой стабилизации системной гемодинамики при использовании препарата. Частота некротизирующего энтероколита составила 7% и 17% соответственно; несмотря на отсутствие статистической значимости ( $p = 0,09$ ), отмечена тенденция к снижению данного осложнения. Летальность составила 4,7% в основной группе и 11,9% в контрольной группе ( $p = 0,18$ ). Хотя различия не достигли статистической значимости, вероятно вследствие ограниченного объема выборки, отмечается клинически значимая тенденция к снижению смертности. **Заключение:** Применение препарата «Ферсикард кидс» в составе комплексной терапии осложненного эндотоксикоза у новорожденных сопровождается достоверным снижением воспалительных маркеров, улучшением гемодинамики, сокращением длительности респираторной поддержки и снижением частоты полиорганной недостаточности. Препарат продемонстрировал благоприятный профиль безопасности и может рассматриваться как перспективный компонент патогенетической терапии в неонатологии.

**Mannonova Z.A., Gapparova G.N.**

## **BOLALARDA DISMETABOLIK NEFROPATIYANING ERTA ANIQLANISHIDA TUBULYAR BIOMARKERLARNING ROLI (L-FABP, KIM-1)**

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti, Samarqand, O'zbekiston

**Dolzarliligi.** Bolalar nefrologiyasida dismetabolik nefropatiyaning dolzarbliligi uning uzoq muddat subklinik (yashirin) kechishi, erta bosqichlarda yetarli darajada aniqlanmasligi hamda progressiv tarzda surunkali buyrak yetishmovchiligi rivojlanish xavfi bilan izohlanadi. Metabolik buzilishlar fonida shakllanadigan tubulointerstitsial shikastlanishlar ko'pincha klinik belgilarsiz kechib, kech tashxislanadi. **Maqsad.** Bolalarda dismetabolik nefropatiyani erta bosqichda aniqlash va kasallik rivojlanishining oldini olish maqsadida zamonaviy biomarkerlar — L-FABP va KIM-1 ning diagnostik hamda skrining salohiyatini baholash. **Materiallar va usullar.** Tadqiqotga jami 65 nafar bola jalb etildi. Ulardan 44 nafari dismetabolik nefropatiya (DN) tashxisi qo'yilgan asosiy guruhni, 21 nafari esa sog'lom nazorat guruhini tashkil etdi. Asosiy guruh tarkibida 23 nafar qiz va 21 nafar o'g'il bola ishtirok etdi. Barcha bolalarda klinik, laborator va biokimyoviy tekshiruvlar o'tkazildi, shuningdek siydikda L-FABP va KIM-1 miqdori aniqlanib, nazorat guruhi ko'rsatkichlari bilan taqqoslandi. **Natijalarga** ko'ra, DN bilan kasallangan bolalarda siydik kislotasi darajasi nazorat guruhiga nisbatan ishonchli yuqori bo'ldi ( $p < 0,001$ ). Bu purin almashinuvining buzilishi, urat kristallarining ortiqcha hosil bo'lishi hamda uratli komponent ustunligini ko'rsatadi. Shuningdek, DN guruhida triglitseridlar darajasi ham sezilarli oshganligi ( $p < 0,01$ ) aniqlanib, bu dislipidemiya va metabolik sindrom elementlarining erta namoyon bo'lishi sifatida baholandi. Olingan ma'lumotlar metabolik buzilishlar va tubulointerstitsial o'zgarishlar o'rtasida patogenetik bog'liqlik mavjudligini ko'rsatdi. L-FABP va KIM-1 ko'rsatkichlari DN guruhida nazorat guruhiga nisbatan 2–3 baravar yuqori ekanligi aniqlandi ( $p < 0,001$ ). Muhimi, bu o'zgarishlar an'anaviy buyrak funksional ko'rsatkichlari (kreatinin va glomerulyar filtratsiya tezligi) normal chegarada bo'lgan sharoitda ham kuzatildi, bu esa tubulointerstitsial shikastlanishning erta, subklinik bosqichda rivojlanayotganini tasdiqlaydi. Biomarkerlarning birgalikda oshishi DN patogenezida tubulointerstitsial jarayonlar yetakchi o'rinni egallashini ko'rsatadi. Siydik mikroskopik tekshiruvda DN bilan og'rigan bolalarning 68,2 % ida urat, oksalat yoki aralash tipdagi kristalluriya aniqlanib, metabolik buzilishlarning klinik-laborator tasdig'i sifatida qayd etildi. **Xulosa.** Olingan natijalar dismetabolik nefropatiyaning erta bosqichida tubulointerstitsial shikastlanish jarayonlari allaqachon shakllanishini ko'rsatdi. L-FABP va KIM-1 darajalarining ishonchli oshishi ( $p < 0,001$ ) ularning subklinik buyrak shikastlanishining yuqori sezuvchan biomarkerlari ekanligini tasdiqlaydi. Shunday qilib, DNni klinik belgilar paydo bo'lishidan avval aniqlashda mazkur biomarkerlarning monitoringi muhim diagnostik va skrining ahamiyatga ega. Metabolik buzilishlarni erta aniqlash va parhez hamda profilaktik choralarni o'z vaqtida qo'llash bolalarda surunkali buyrak shikastlanishi rivojlanish xavfini kamaytirishga xizmat qiladi.

**Махсумова Б.А., Шарипова М.М., Давлатова С.Н.**

## **ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ФИБРОЗИРУЮЩИЙ АЛЬВЕОЛИТ У РЕБЁНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Таджикский государственный медицинский университет  
им. Абу Али Ибн Сино. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Демонстрация клинического случая идиопатического фиброзирующего альвеолита у ребёнка раннего возраста. **Материал и методы.** Проведён анализ истории болезни ребёнка М., 1 года и 3 мес., находившегося на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Используются клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования, включая рентгенографию органов грудной клетки и компьютерную томографию лёгких, исследование газов крови, определение сатурации крови кислородом. **Результаты исследования.** Ребёнок болен с 8 - месячного возраста. Из анамнеза известно, что заболевание началось после перенесённой кори, осложнившейся тяжёлым поражением дыхательной системы. Пациент находился в отделении реанимации и интенсивной терапии в течение 21 дня, после чего был переведён в профильное отделение и выписан с клиническим улучшением. Через непродолжительное время

состояние вновь ухудшилось, в связи с чем ребёнок лечился в инфекционной больнице без видимого улучшения. В дальнейшем госпитализирован в пульмонологическое отделение с жалобами на учащённое дыхание, кашель, снижение аппетита, вялость, плохую прибавку массы тела. При объективном осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, периоральный цианоз. Частота дыхательных движений 56 в минуту, отмечается участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Аускультативно выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые крепитирующие хрипы с обеих сторон. Сатурация крови кислородом 88-90%. Лабораторные исследования: в общем анализе крови умеренная анемия (Hb — 96 г/л), эритроциты - 4,3 млн., лейкоцитоз -15,8 тыс., нейтрофилёз — 68%, ускорение СОЭ до 38 мм/ч. Биохимический анализ крови: повышение С-реактивного белка до 48 мг/л; общий белок — 56 г/л. Рентгенография грудной клетки выявила усиление и деформацию лёгочного рисунка. Показатели кислотно-щелочного состояния характеризовались снижением парциального давления кислорода (PaO<sub>2</sub>) – до 82 - 88 мм.рт.ст., умеренной гипоксемией без значимого повышения парциального давления углекислого газа (PaCO<sub>2</sub>), умеренным ацидозом (рН>7,2). По данным компьютерной томографии органов грудной клетки: КТ-признаки фиброзно-инфильтративных изменений обоих лёгких, симптом «матового стекла», указывающий на участки фиброза лёгких. На основании анамнестических данных, клинической картины, лабораторных и инструментальных исследований был выставлен диагноз: идиопатический фиброзирующий альвеолит. В отделении пульмонологии ребёнок получил комплексную терапию, включающую системную глюкокортикостероидную терапию (дексаметазон), антибактериальные препараты (цефепим, меропенем), кислородотерапию, инфузионную и симптоматическую терапию. Ребёнок был выписан из стационара с клиническим улучшением. **Выводы.** Идиопатический фиброзирующий альвеолит у детей раннего возраста является редкой, но тяжёлой патологией, которая может развиваться после вирусных инфекций, в том числе и детских. Представленный клинический случай подчёркивает необходимость ранней диагностики интерстициальных заболеваний лёгких и комплексного подхода к ведению и своевременной профилактике осложнений у пациентов с затяжным и прогрессирующим поражением дыхательной системы.

**Махсумова Б.А., Боев Б.Х., Сафарова У.Ш., Ходжаева Н.Н.**

### **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ СЕПСИСА С РАЗВИТИЕМ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ У РЕБЁНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Таджикский государственный медицинский университет  
им. Абу Али Ибн Сино. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования:** изучение клинического случая сепсиса и синдрома мальабсорбции у ребёнка 10 месяцев с акцентом на значимость комплексного диагностического подхода. **Материалы и методы.** В основу исследования положен анализ истории болезни ребёнка Ахмадзода Сабрины, 10 месяцев с диагнозом «Сепсис, возбудитель *Str. ruogenes*. Хронический энтерит, вызванный *E.coli* и *Ent.faecalis*, с развитием синдрома мальабсорбции II стадии.» проходившего стационарное лечение в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Для оценки состояния пациента применялись клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. **Результаты исследования.** Со слов родителей, ребёнок болеет более 4 месяцев. Заболевание началось со рвоты и диареи. По месту жительства ребёнок получал амбулаторное и стационарное лечение. В последние дни состояние ребёнка ухудшилось родители обратились в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». После осмотра ребёнок был госпитализирован. Со слов родителей, питание ребёнка было нерегулярным и несбалансированным: ребёнок получал сухие молочные смеси, коровье молоко, а также пищу с высоким содержанием углеводов. При осмотре состояние ребёнка тяжёлое. Наблюдаются повышение температуры тела, а также признаки колитического синдрома. Ребёнок вялый. Кожные покровы бледно-сероватого цвета. По всему телу отмечаются генерализованные безбелковые отёки и геморрагические язвы. Дыхание затруднённое. Слизистые оболочки рта чистые, язык слегка сухой. Печень увеличена +4см. Стул непереваренный, водянистый, нестабильный. Лабораторные исследования: ОАК: Hb-80г/л; Эр-4,0x10<sup>12</sup>/л; Лейк-11,6x10<sup>9</sup>/л; Тромб-425x10<sup>9</sup>/л; СОЭ-18мм/час. Биохим: Общ.бил-20,0мкмоль/л; связ.бил-5,0мкмоль/л; несвя.бил.-15мкмоль/л; АЛАТ-210,3МЕ\л; АСАТ-200МЕ\л; Общий белок-50г/л; Альбумин-29,4г/л;

СРБ-28,0мг/л; Бакпосев крови-Str.pyogenes. Прокальцитонин-0,425нг/мл. ОАМ: Белок-0,033%; Лейк 10-14; Эп-0-1; ОАК: Лейк-15-20; Эпителия-0-1; Бакпосев кала E.coli+Ent.faecalis+Candida. УЗИ органов брюшной полости-признаки гепатомегалии, гиперпневматоза кишечника. **Вывод:** В данном клиническом случае тяжёлое течение сепсиса и синдрома мальабсорбции у ребёнка показало важность комплексного диагностического подхода. Своевременная оценка клинических, лабораторных и инструментальных данных позволила выстроить тактику лечения, направленную на стабилизацию состояния ребёнка.

**Mirzamaxmudova X.R., Yuldasheva O.S.**

## **GIPERTENZIV HOLATLARI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARNI OLIB BORISH XUSUSIYATLARI**

Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O'zbekiston

**Tadqiqotning dolzarbligi.** Gipertenziv holatlar-homiladorlik davrida eng ko'p uchraydigan asoratlardan biri bo'lib, ona va homila uchun homiladorlik hamda tug'ruq natijalariga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Og'ir preeklampsiya uchrash chastotasi 0,2 % dan 5 % gacha, onalar o'limi 1,1 % dan 7,5 % gacha, perinatal o'lim esa 4% dan 60% gacha yetadi. Shuning uchun bu muammoni o'rganish muhim hisoblanadi. **Tadqiqotning maqsadi.** Gipertenziv holatlari bo'lgan homilador ayollarni olib borish xususiyatlarini o'rganish va perinatal asoratlarni oldini olish usullarini takomillashtirish. **Tadqiqot materiallari va usullari.** Tadqiqotga 20 nafar II–III trimestrda og'ir preeklampsiya ( $AB \geq 160/110$  mm sim.ust., proteinuriya  $\geq 3$  g/24 soat yoki  $\geq 3+$ , hamda organ disfunktsiyasi belgilari) bilan yotqizilgan homiladorlar kiritildi. Barcha bemorlarda klinik (arterial bosim monitoringi, shish, diurez), laborator (umumiy qon va siydik tahlili, sutkalik proteinuriya, kreatinin, mochevina, bilirubin, ALT, AST, koagulogramma) hamda instrumental (UTT, dopplerometriya, KTG) tekshiruvlar o'tkazildi. **Tadqiqot natijalari.** Ma'lumotlar o'rganilib taxlil qilinganda, og'ir preeklampsiyaga chalingan homiladorlar 31-35 haftalikda 15 nafar (60 %), 37 haftada 10 nafar (40 %) holatda shifoxonaga yotqizilgan. Barcha homiladorlarda o'rtacha darajadagi shish va proteinuriya aniqlangan, 6 nafarida esa qorin bo'shlig'ida transsudat to'planishi bilan kechuvchi anasarka kuzatilgan. 12 nafar bemorda sutkalik diurez kamaygan. Og'ir preeklampsiya tashxisi klinik belgilar bilan birga laborator ko'rsatkichlardan kreatinin, mochevina, bilirubin va uning bilvosita fraksiyasi miqdorining oshishi, transaminazalardan ALT (0,94–3,22 mmol/l), AST (0,74–1,94 mmol/l), trombotsitopeniya, progressiv anemiya kuzatildi. Tabiiy tug'ruq yo'llari orqali 5 nafar bemor tug'dirildi, chunki ular tug'ruqning I davrida shifoxonaga murojaat qilgan. Ushbu 5 homiladorning 3 nafari muddatidan oldin tug'ruq qilgan, 2 nafari esa o'lik homila bilan muddatidan oldin tug'ruq qilgan. Og'ir preeklampsiyaga chalingan 20 nafar homilador kesarcha kesish yo'li bilan tug'dirildi. Ulardan 2 nafarida operatsiya bachadon amputatsiyasigacha kengaytirildi, 8 nafarida 3 juft tomir bog'landi. 5 nafar homiladorga vaginal yo'l bilan prostaglandinlar qo'llanildi va ular tabiiy tug'ruq yo'li bilan tug'ishdi. **Xulosa.** Og'ir preeklampsiyada eng maqbul tug'ruq usuli zarurat bo'lganda 3 juft tomir bog'lash bilan birga operativ tug'ruq kesarcha kesish hisoblanadi. Og'ir preeklampsiyada magnezial terapiyasini o'z vaqtida boshlash, gemostazni korreksiya qilish hamda septik asoratlarning oldini olish maqsadida antibakterial terapiya o'tkazish zarur.

**Мирхамидова С. М.**

## **ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ТЫСЯЧЕЛЕТЯ ЖИЗНИ КАК ОСНОВА УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ: МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ И ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЗДОРОВЬЕ**

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

**Аннотация.** В тезисе обосновывается подход к здоровью ребенка в критический период первых 1000 дней жизни (от зачатия до двух лет) как к фундаментальной инвестиции в устойчивое развитие общества. Показана ограниченность клинических моделей в условиях роста неинфекционных заболеваний. Предлагается парадигма управления социальными детерминантами здоровья через межсекторальное сотрудничество, ключевым инструментом которого является Оценка воздействия на здоровье (НИА). Представлена дорожная карта для интеграции НИА в процессы принятия решений.

**Введение.** Современная педиатрия сталкивается с вызовами, требующими методологического переосмысления. Рост неинфекционных заболеваний (ожирение, аллергии), влияние социального градиента и экологических факторов демонстрируют ограниченность классической клинической парадигмы. Центральное место занимает концепция «первых 1000 дней жизни» — периода максимальной пластичности, когда закладываются биологические траектории здоровья на всю жизнь. Однако ключевые факторы, влияющие на этот период (доход, питание, стресс, экология), лежат вне зоны ответственности системы здравоохранения. Назрела необходимость перехода от лечения последствий к управлению причинными факторами через межсекторальное взаимодействие и инструменты Оценки воздействия на здоровье (Health Impact Assessment, HIA). **Методы.** Исследование представляет собой аналитический обзор и теоретическое моделирование. Проведен систематизированный поиск литературы в базах PubMed, Scopus по темам «первые 1000 дней», «социальные детерминанты», «HIA». Выполнен анализ международных кейсов применения HIA в интересах детства. На основе синтеза данных разработана концептуальная модель и дорожная карта внедрения HIA на муниципальном уровне. **Результаты.** Анализ подтвердил решающую роль средовых факторов: качество питания, загрязнение воздуха (PM<sub>2.5</sub>), психосоциальный стресс напрямую программируют риски заболеваний. HIA представляет собой структурированный процесс (скрининг, оценка, рекомендации), позволяющий оценить последствия решений в транспорте или градостроительстве для здоровья детей. Например, в Финляндии HIA при реновации жилья привела к улучшению вентиляции и снижению заболеваемости. Разработана концептуальная модель, где любой проект в не-медицинском секторе проходит через HIA, ориентированную на детей, под эгидой Межсекторальной рабочей группы с участием педиатров. Предложена дорожная карта пилотного внедрения на 24 месяца: 1) Подготовка (нормативная база); 2) Пилотный проект HIA; 3) Анализ и адаптация; 4) Масштабирование. **Обсуждение.** Предложенная модель переводит охрану здоровья детей из реактивной в превентивную плоскость, создавая «здоровье по умолчанию». Внедрение HIA напрямую способствует достижению ЦУР 3, 11 и 10, снижая неравенство. Основные барьеры — институциональные (отсутствие мандата), ресурсные и культурные. Ключевым фактором успеха является активная позиция педиатрического сообщества, которое должно выступить экспертами и адвокатами здоровой среды для детей. **Выводы.** Здоровье в первые 1000 дней — основа общественного здоровья. Для управления его детерминантами необходим переход к межсекторальной модели, где HIA выступает научно обоснованным инструментом интеграции. Разработанная модель и дорожная карта демонстрируют возможность пилотного внедрения. Успех стратегии зависит от готовности педиатров расширить зону ответственности и стать лидерами межсекторальных действий.

**Музаффарова Н.Т., Ташпулатова Ш.А.**

### **БОЛАЛАРДАГИ ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАРДА ИЧАК МИКРОБИОМАСИНИНГ БУЗИЛИШИ**

Тошкент давлат тиббиёт университети, Тошкент, Узбекистан

**Тадқиқот мақсади.** Ичак паразитозлари аниқланган болаларда ичак микробиомасини ўрганиш. **Материал ва усуллари.** 52 нафар 3 ёшдан 18 ёшгача бўлган болаларда проспектив тадқиқот ўтказилди. Беморларда ичак паразитози копроовоскопия усули аниқланди, нажас “Биоматериаллар учун ишқорли совунли” эритмасига йиғилди. Ичак микробиомаси ҳолатини аниқлаш мақсадида эса беморларнинг нажаси стерил идишга йиғилди ҳамда 6 соат ичида бактериологик лабораторияга етказилди. Нажас классик бактериологик усул ёрдамида экилди ҳамда ўсиб чиққан колониялар (бифидобактерия, лактобактерия, E.coli) КОЕ/г (колония ҳосил қилувчи бирлик) ҳисобланди. **Олинган натижалар ва муҳокама.** Болаларнинг асосий шикоятлари қоринда хуружсимон оғриқ, иштаҳанинг пастлиги, уйқусизлик, кечаси тишини ғичирлатиш, перианал соҳасида қичишиш, тирноқ тишлаш одати, тажанглик, терида доғ пайдо бўлиши, терига алергик тошмалар тошиши, қабзият, диарея, энурез, эрталаб уйқудан турганида оғиз ҳидланиши бўлган. Копроовоскопия усули ёрдамида қуйидаги ташхислар қўйилди: 3 нафарида (5,8%) аскаридоз, 2 нафарида (3,8%) аскаридоз+лямблиоз, 8 (15,4%) - энтеробиоз+гимонолепидоз, 12 (23,1%) - энтеробиоз+лямблиоз, 6 (11,5%) - энтеробиоз. 21 нафар (40,4%) болада ҳеч нима аниқланмади. Натижалар шуни кўрсатдики, текширилган болаларнинг 59,6%

да паразитар инфекциялар аниқланган. Энг кўп учраган ҳолат энтеробиоз + лямблиоз микст инфекцияси (23,1%) бўлди. Болалар учта гуруҳга ажратилди: моноинфекция (n=17) гуруҳи, микст паразитар инфекция (n=14) гуруҳи ва назорат гуруҳи (n=21). Назорат гуруҳи (n=21) болаларида ичак микробиомаси физиологик меъёр доирасида бўлди: *Bifidobacterium spp.*  $\approx 3,2 \times 10^9$ ; *Lactobacillus spp.*  $\approx 3,2 \times 10^7$ ; *Escherichia coli*  $\approx 3,2 \times 10^7$ ; шартли-патоген бактериялар  $\approx 5 \times 10^2$  ни ташкил қилди. Монопаразитар инфекция (n=17) гуруҳида I даражали дисбактериоз кузатилди, яъни уларда сеърий микрофлора камайган, шартли-патоген бактериялар бироз ошган бўлди, жумладан *Bifidobacterium spp.*  $\approx 3,2 \times 10^7$ ; *Lactobacillus spp.*  $\approx 3,2 \times 10^6$ ; *Escherichia coli*  $\approx 3,2 \times 10^6$ ; шартли-патоген бактериялар  $\approx 5 \times 10^4$  ни ташкил қилди. Микст паразитар инфекция (n=14) гуруҳи болаларида II даражали дисбактериоз кузатилди: бифидо ва лактобактериялар сезиларли камайган, шартли-патоген флора ошган ҳамда ичак микробиоценози мувозанати бузилган бўлди. *Bifidobacterium spp.*  $\approx 3,2 \times 10^6$ ; *Lactobacillus spp.*  $\approx 3,2 \times 10^5$ ; *Escherichia coli*  $\approx 3,2 \times 10^5$ ; шартли-патоген бактериялар  $\approx 5 \times 10^5$  ни ташкил қилди. **Хулоса:** болаларда паразитар инфекциялар ичак микробиомаси барқарорлигини бузади: паразитлар аниқланмаганларда микробиоценоз меъёрда, моноинфекцияда I даражали, микст инфекцияда II даражали дисбактериоз кузатилади, яъни шартли-патоген флора ўсишига олиб келади.

**Мулярчик О.С., Семашко Е.Б., Данилович Л.К.**  
**НАРУШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ВИДЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА**  
**СРЕДИ ДЕТЕЙ 6-7 ЛЕТ Г. ГРОДНО**

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г.  
Гродно

**Актуальность:** Избыточная масса тела одна из наиболее значимых медико-социальных проблем общественного здравоохранения, поскольку оказывает негативное влияние на развитие ребёнка, ухудшает качество жизни, способствуют формированию метаболического синдрома и приводит к повышению риска развития эндокринологических нарушений, включая сахарный диабет, и сердечно-сосудистых заболеваний, таких как артериальная гипертензия. В Республике Беларусь распространённость избыточной массы тела среди детского населения составляет от 6 до 19%, а ожирения — от 5 до 10%, что определяется возрастом, полом и местом проживания ребёнка. Согласно данным статистической отчётности (форма №1, Минздрав, дети) за период 2020–2023 годов в г. Гродно и Гродненской области отмечается рост заболеваемости ожирением у детей с 1,4 до 2,83 на 1000 и с 2,9 до 3,4 на 1000 соответственно. **Цель исследования:** Оценить распространённость нарушения массы тела в виде избыточной массы тела среди детей 6-7 лет в г. Гродно. **Материалы и методы:** Исследование носило эпидемиологический характер и проводилось на базе филиала №1 детской центральной городской клинической поликлиники г. Гродно. В обследование включены 76 детей в возрасте 6–7 лет, проходивших профилактический медицинский осмотр перед поступлением в первый класс. В ходе обследования определялись антропометрические показатели: масса тела (кг) и длина тела (см). На их основании рассчитывался индекс массы тела (ИмМТ, кг/м<sup>2</sup>). Оценка физического развития и расчёт стандартного отклонения индекса массы тела (SDS ИмМТ) выполнялись с использованием программного обеспечения WHO AnthroPlus (2009). В соответствии с рекомендациями ВОЗ избыточная масса тела диагностировалась при значении ИмМТ  $\geq +1,0$  SDS, ожирение — при ИмМТ  $\geq +2,0$  SDS. Для вычисления доверительных интервалов применялся онлайн-калькулятор OpenEpi. **Результаты:** Всего обследовано 76 детей, из которых 39 (51,3%) составили мальчики и 37 (48,7%) — девочки. Анализ полученных данных показал, что в целом нарушения физического развития в виде избыточной массы тела, включая ожирение, выявлены у 17,1% первоклассников (95% ДИ: 9,435%–27,47%). Ожирение диагностировано у 7,8% обследованных детей (95% ДИ: 2,952%–16,4%). При анализе с учётом половой принадлежности установлено, что избыточная масса тела (включая ожирение) регистрировалась у 20,5% мальчиков (95% ДИ: 4,655%–19,69%) и у 13,5% девочек (95% ДИ: 2,17%–14,69%). Частота ожирения также была выше среди мальчиков — 12,8% (95% ДИ: 2,95%–16,4%) по сравнению с девочками — 2,7% (95% ДИ: 0,033%–7,114%). **Выводы:** Проведённое исследование показало, что нарушение физического развития в виде избыточной массы тела выявляются у каждого пятого ребенка в возрасте 6-7 лет г. Гродно, а ожирение диагностируется у

каждого десятого ребёнка. Нарушения физического развития в виде избыточной массы тела и ожирения чаще регистрируются среди мальчиков. Полученные результаты подтверждают актуальность проблемы избыточного веса у детей, а также необходимость внедрения комплексных профилактических мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, рационализацию питания и повышение уровня физической активности среди детей школьного возраста.

**Муминова М.Т., Аширбаева Г.Б.**

### **НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ДИАРЕЕЙ.**

Ташкентский медицинский государственный университет,  
Ташкент, Узбекистан

**Актуальность проблемы.** Острая инфекционная диарея у ВИЧ-инфицированных детей нередко сопровождается метаболическими расстройствами, усугубляющими течение основного заболевания, приводящими к нарушению питания, задержке физического развития и повышению риска неблагоприятных исходов. [Guarino A., Albano F., Tarallo L. и другие, 1993 год]. **Цель.** Изучить особенности нарушений углеводного обмена у ВИЧ-инфицированных детей с острой инфекционной диареей. **Методы.** Проведено клиничко-лабораторное исследование 140 ВИЧ инфицированных детей, основную группу составляли 90 детей с острой инфекционной диареей, а сравнительную группу вошли 50 детей без острой инфекционной диареи. Оценены следующие показатели: гликированный гемоглобин, уровень глюкозы в крови, уровень фруктозамина в крови, индекс НОМА-IR, глюкозотолерантный тест; в зависимости от клинической стадии ВИЧ инфекции: II клиническая стадия (основная группа n=36; сравнительная группа n=20), III клиническая стадия (основная группа n=42; сравнительная группа n=24) и IV клиническая стадия (основная группа n=12; сравнительная группа n=6). **Результаты.** У детей основной группы уровень гликированного гемоглобина в крови по сравнению со сравнительной группой во II клинической стадии ВИЧ-инфекции был ниже в 1,2 раза, в III клинической стадии - в 1,4 раза, а в IV клинической стадии - в 1,3 раза ( $P < 0,05$ ). Уровень глюкозы в крови у детей основной группы по сравнению со сравнительной группой во II клинической стадии был ниже в 2,5 раза, в III клинической стадии - в 2,3 раза, а в IV клинической стадии - в 1,4 раза ( $P < 0,05$ ). Уровень фруктозамина в крови у детей основной группы по сравнению со сравнительной группой во II клинической стадии был ниже в 1,4 раза, в III клинической стадии - в 1,2 раза, а в IV клинической стадии - в 1,1 раза ( $P < 0,05$ ). Индекс НОМА-IR у детей основной группы по сравнению со сравнительной группой во II клинической стадии был выше в 7,6 раза, в III клинической стадии - в 8,5 раза, а в IV клинической стадии - в 3,2 раза ( $P < 0,05$ ). У детей основной группы по сравнению со сравнительной группой во II клинической стадии показатели глюкозотолерантного теста снизились в 1,1 раза, тогда как в III и IV клинических стадиях, напротив, отмечалось повышение в 1,1 раза ( $P > 0,05$ ). **Вывод.** У детей с острой инфекционной диареей на фоне ВИЧ-инфекции наблюдаются выраженные нарушения углеводного обмена, которые усиливаются по мере прогрессирования заболевания и достигают наибольшей выраженности при IV клинической стадии ВИЧ-инфекции. По сравнению с ВИЧ-инфицированными детьми без острой инфекционной диареи выявляются более значимые изменения показателей гликемического контроля и инсулинорезистентности. Обнаруженные метаболические нарушения требуют своевременной диагностики и коррекции.

**Мустафаева З.С., Илхомова М.С.**

### **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ УЗБЕКИСТАНА НА ЭТАПЕ ВНЕДРЕНИЯ АУТСОРСИНГА И «ЕДИНОГО СЕЗОННОГО МЕНЮ».**

Джизакский государственный педагогический университет имени А.Кадыри, Джизак, Узбекистан

**Целью работы** является анализ актуальных проблем организации весеннего питания в государственных дошкольных образовательных организациях Узбекистана на этапе внедрения

аутсорсинга и «Единого сезонного меню» (в соответствии с Постановлением Кабинета Министров РУз №1 от 06.01.2025 г.), выявление факторов, способствующих дефициту микроэлементов у детей 3–7 лет в весенний период, и разработка практических рекомендаций по оптимизации рациона для профилактики алиментарно-зависимых состояний (железодефицитная анемия, авитаминоз, снижение иммунитета). **Результаты:** для решения этих проблем предлагается реализовать следующие меры: усилить бракераж поступающих продуктов с обязательным участием медицинских работников и представителей родителей в комиссиях; обеспечить строгое соблюдение «Единого сезонного меню» с ежедневным включением свежих весенних овощей и зелени (укроп, шпинат, редис, салат, молодой лук) и обогащённых продуктов (витаминизированные каши, молоко с витамином D); сократить содержание свободных сахаров и соли до норм СанПиН РУз и рекомендаций UNICEF; организовать регулярные образовательные семинары и консультации для воспитателей, медицинских работников дошкольных организаций и родителей по темам здорового питания, распознавания признаков дефицита микроэлементов и профилактики алиментарных заболеваний; внедрить ежеквартальный мониторинг состояния здоровья детей (определение гемоглобина, ферритина, витамина D) через медицинский персонал государственных дошкольных образовательных организаций с последующей коррекцией рациона. **Выводы:** Реализация указанных мер позволит существенно снизить распространённость дефицитных состояний, укрепить иммунитет и физическое развитие детей дошкольного возраста в условиях реформы питания в Узбекистане на современном этапе.

**Мухаммадиев И.С. Ибрагимова М.Ф**  
**ВЛИЯНИЕ КАРДИТА НА ПРОГНОЗ И ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИЙ**  
**У ДЕТЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Введение.** Пневмония у детей часто сопровождается сопутствующими заболеваниями. Эти состояния значительно изменяют проявления заболевания, снижают эффективность стандартного лечения и ухудшают прогноз. В этом контексте воспалительные заболевания сердечно-сосудистой системы, в частности кардит, являются одними из наиболее неблагоприятных факторов, способствующих развитию синдрома обострения. **Цель исследования:** Изучить влияние кардита на клиническую картину, частоту осложнений и исходы пневмонии у детей. **Материалы и методы:** В исследование были включены 40 детей с внебольничной пневмонией, которые были разделены на две контрольные группы. В исследуемую группу вошли 20 детей с пневмонией, ассоциированной с кардитом, а в контрольную группу — 20 детей с пневмонией без сопутствующих заболеваний сердца. **Результаты исследования:** Наличие кардита значительно увеличивало вероятность развития тяжелой пневмонии. Тяжелая пневмония была выявлена у 63,8% детей с кардитом по сравнению с 35,5% в группе без проблем с сердцем ( $p < 0,01$ ). Преобладание пневмонии средней степени тяжести в контрольной группе указывает на то, что поражение сердца оказывает значительное влияние на тяжесть воспалительного процесса в легких. Дыхательная недостаточность II–III степени была зарегистрирована у 48,3% детей с кардитом, что значительно выше, чем 22,6% в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). У пациентов с сопутствующим кардитом при поступлении наблюдались более низкие значения насыщения крови кислородом ( $92,1 \pm 2,4\%$  против  $95,6 \pm 1,9\%$ ,  $p < 0,01$ ), что указывает на более выраженную гипоксию. **Выводы.** Результаты исследования убедительно демонстрируют, что наличие кардита у детей с пневмонией значительно осложняет течение заболевания. Это проявляется в более тяжелой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, увеличении числа осложнений и более длительном пребывании в стационаре. Таким образом, раннее выявление поражения сердца у этой группы пациентов имеет решающее значение как с клинической, так и с прогностической точки зрения, поскольку способствует улучшению исходов.

Мухаммадиева Л.А., Умарова С.С., Кулдашев С.Ф.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ

Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан. Самарканд

Острая ревматическая лихорадка остаётся одной из ведущих причин хронической ревматической болезни сердца у детей, особенно в странах с низким уровнем дохода. Основным этиологическим агентом является *Streptococcus pyogenes*, обладающий широким спектром факторов вирулентности и способный вызывать аутоиммунные заболевания. В условиях роста антибиотикорезистентности возрастает потребность в поиске новых терапевтических подходов, среди которых перспективным направлением считается фаготерапия. **Цель исследования** — провести сравнительную оценку эффективности комплексной терапии у детей с острой ревматической лихорадкой с применением бактериофага по сравнению со стандартной терапией в профилактике обострений заболевания (PAS-подход). **Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находились 90 детей. Проводились иммунологические исследования, определялись цитокины и антитела к антигенам  $\beta$ -гемолитического стрептококка по результатам иммуноферментного анализа с использованием стандартного набора реагентов «НЕМА» (Россия). **Результаты исследования.** Пациенты с острой ревматической лихорадкой были разделены на две группы: контрольную и основную (комплексное лечение с использованием бактериофага «Фагио» в сочетании с пенициллином). Через 3 месяца уровень АСЛО снизился до  $276,9 \pm 5,9$  ЕД/мл в контрольной и до  $235,3 \pm 9,7$  ЕД/мл в основной группе, а через 6 месяцев — до  $217,1 \pm 5,9$  ЕД/мл, что свидетельствует о большей эффективности комбинированного подхода. До лечения у всех пациентов отмечалось повышение уровней IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8 и IFN- $\gamma$ , подтверждающее наличие выраженного воспалительного процесса. После терапии наблюдалось достоверное снижение концентраций цитокинов, более выраженное в основной группе: IL-1 $\beta$  — с  $18,24 \pm 2,79$  до  $7,61 \pm 2,13$  пг/мл ( $p < 0,01$ ), IL-6 — с  $17,95 \pm 0,24$  до  $8,90 \pm 0,30$  пг/мл ( $p < 0,001$ ), IL-8 — с  $18,93 \pm 0,1$  до  $9,70 \pm 0,16$  пг/мл ( $p < 0,001$ ), IFN- $\gamma$  — с  $21,90 \pm 0,26$  до  $12,15 \pm 0,63$  пг/мл ( $p < 0,001$ ). **Вывод.** Включение фаготерапии в комбинированную схему лечения приводит к постепенному снижению частоты рецидивов, уровня АСЛО и провоспалительных цитокинов по сравнению со стандартной терапией. Выраженный синергетический эффект фаговой терапии с антибиотиком подтверждает её иммунологическую эффективность.

Мухаммадиева М. Т., Кудратова Г.Н.

## ЧАСТОТА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Цель работы.** Выявление частоты и факторов риска аллергических реакций у детей. **Материалы и методы.** Приводилось анкетирование родителей 93 детей, обратившихся за медицинской помощью, с целью проведения реабилитационных методов лечения заболеваний органов дыхания. Анкета была составлена самостоятельно и включала следующие вопросы: наличие аллергических реакций у детей в анамнезе, возможные провоцирующие факторы, возраст, в котором впервые проявились аллергические реакции, наличие аллергических заболеваний у родственников, возможные факторы риска (курение членов семьи, искусственное вскармливание, наличие домашних животных и т.д.), наличие соматических заболеваний. Статистическая обработка проводилась с помощью программы «Biostat 2010» с расчетом среднего, стандартного отклонения, критерия Стьюдента. При  $p < 0,05$  различия считали статистически значимыми. **Результаты.** Среди анкетированных выявлено 18 человек (19,3%) с аллергическими реакциями в анамнезе, из них 5 мальчиков (27,7%) и 13 девочек (72,2%), среднего возраста  $11,06 \pm 3,33$  лет. Заболевание проявлялось в виде пищевой аллергии у 12 анкетированных (66,6%) и в виде поллинозов у 6 (33,3%). Среди аллергенов были отмечены пыльца растений, продукты питания, шерсть животных, домашняя пыль, химические вещества (бытовая химия), антибактериальные препараты. В 33,3% случаях имело место наличие одного аллергена, в 66,6% реакции возникали на несколько веществ. Впервые проявления

аллергических реакций у большинства опрошенных возникали в возрасте от 1 года до 5 лет (11 человек - 61,1%), у пятерых (27,7%) - в возрасте до 1 года, и у двух (11,1%) - старше 5 лет. Большинство детей (13 человек - 72,2%) с разными проявлениями аллергических реакций имели грудное вскармливание. Двое (11,1%) находились на искусственном вскармливании и трое (16,6%) – на смешанном. В семье 33% анкетированных встречались вредные факторы в виде курения родственников, у 22% имелись домашние животные. Наличие соматических заболеваний отмечали 38,8% респондентов. Наиболее часто встречались заболевания желудочно-кишечного тракта (57,1%). В 28,5% случаев имелись сердечно-сосудистые заболевания и в 14,2% - заболевания глаз. Лечение аллергических заболеваний предусматривает, прежде всего, прекращение контакта с причинными факторами. Исключалось взаимодействие с аллергеном только у 66,6% пациентов. Обращались за медицинской помощью по поводу аллергических реакций только 38% респондентов. В лечении большинства детей с аллергическими реакциями (83,3%) использовались блокаторы H1-гистаминовых рецепторов, в 33,4% случаев применялись сосудосуживающие препараты и в 11,1% - кортикостероидные мази. **Выводы.** 1. Аллергические реакции имели место в 19,3% случаев, чаще у девочек, по типу пищевой аллергии и в 2/3 случаев носили поливалентный характер. 2. Отягощенный аллергический анамнез у детей часто сочетался с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Определенную роль в развитии аллергических реакций играл факт курения в семье. 3. Лечение аллергических заболеваний у детей в большинстве случаев проводилось симптоматически.

**Мухаммадиева М.Т. Кудратова Г.Н.**

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

Самаркандский Государственный Медицинский Университет, Самарканд, Узбекистан

**Актуальность.** Серьезной проблемой остается высокая заболеваемость и смертность детей от пневмонии. Особый интерес представляет особенности течения пневмонии, развившейся у детей с респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ). **Цель исследования.** Определить особенности течения внебольничной пневмонии у детей в период острой респираторной вирусной инфекции. **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 35 детей, которые находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении детской городской больницы № 1. Всем детям, включенным в программу исследования было проведено клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, с целью верификации возбудителя было выполнено бактериологическое исследование мокроты и диагностика методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). **Результаты исследования.** Среди наших пациентов было 20 (57,1%) мальчика и 15 (42,9%) девочки. Возраст мальчиков варьируется от 1 до 9 лет, девочек от 2 до 6 лет. При изучении анамнеза пациентов выяснилось, что у 22 (62,8%) детей заболеванию предшествовало ОРВИ. В результате бактериологического исследования мокроты у 12 детей (34,2%) были выявлены *Streptococcus pneumoniae*, у 4 (11,4%) *M. Pneumoniae*, *S. Pneumoniae* у 5 (14,2%) детей и различные респираторные вирусы в виде моноинфекций и микробных ассоциаций выявлены у 16 (45,7%) детей. Результаты ПЦР диагностики показали у 5 (14,2%) детей *M. pneumoniae*, у 4 (11,4%) *S. pneumoniae*, сочетание *Streptococcus pneumoniae* с *M. pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* и *Streptococcus pyogenes* 11 (25,7%). Среди 35 детей вирусная моноинфекция отмечена у 7 больных, смешанная вирусно-бактериальная инфекция диагностирована у 28 детей. Клинически, внебольничная пневмония на фоне ОРВИ протекала с повышением температуры, с катаральными явлениями, кашлем. Одышка была у 63% детей. Физикальные изменения в легких характеризовались ослаблением дыхания, у детей с бактериальной инфекцией отмечалось укорочение перкуторного звука над зоной поражения, чего не было у детей с вирусной моноинфекцией. Наиболее часто отмечалось правостороннее поражение легких в 14 (40%) случаях, левостороннее поражение встречается в 8 (23%), двухстороннее в 13 (37%). Хрипы выслушивались у 34,2% детей сухие, у 45,7% локальные влажные, чаще при вирусной пневмонии, крепитация у 9 (31,4%). Рентгенологически очаговые изменения преобладали у детей при вирусной пневмонии, сегментарные и долевые отмечались у детей чаще с микробной ассоциацией. **Выводы.** Таким образом, наши наблюдения подтверждают, что развивающиеся на фоне ОРВИ пневмонии, отличаются особенностью тяжелого клинического течения,



что увеличивает риск осложнений у детей. Для снижения риска развития пневмоний в период ОРВИ необходимо проводить профилактические мероприятия

**Назарова М.Б., Полвонов Г.К.**  
**КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ МОЛЕКУЛЯРНЫХ ИЗОФОРМ ЖЕЛЕЗОТРАНСПОРТНОГО БЕЛКА ТРАНСФЕРРИНА В СКРИНИНГЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ**

Ургенчского государственного медицинского института, Ургенч, Хорезм

**Введение.** Хронологически подростковый период является периодом повышенного риска развития железodefицитных состояний, сама же эта группа в количественном аспекте является одной из наиболее многочисленных. Это определяет необходимость раннего и эффективного скрининга дефицита железа в этот период. **Цель исследования-** разработать информативный и доступный для использования в клинико-диагностической практике первичного звена здравоохранения метод для скрининга дефицита железа в подростковой популяции. **Материалы и методы исследований.** В работе использовали моноспецифические кроличьи иммунные сыворотки против двух молекулярных изоформ железотранспортного белка трансферрина насыщенного железом (холотрансферрина) и ненасыщенного железом (апо-трансферрина). В работе применяли иммунохимический метод количественного анализ различных изоформ трансферрина в варианте радиальной иммунодиффузии, как легковоспроизводимого и удобного для использования в клинико-диагностической практике первичного звена здравоохранения. **Результаты и обсуждение.** В силу того, что общий пул железотранспортного белка сыворотки крови-трансферрина гетерогенен как в норме, так и при патологиях метаболизма железа, например, для нормального эритропоэза характерным является преобладание в кровотоке функционально активного диферриттрансферрина-это свойство использовано нами в методе скрининга дефицита железа, основанного на количественном выявлении различных молекулярных изоформ трансферрина, насыщенного железом (диферриттрансферрина или холотрансферрина) и ненасыщенного железом (апо-трансферрина). Для данного метода были получены гомогенные молекулярные изоформы трансферрина, сначала апо-трансферрина, затем путем насыщения его стандартным раствором железа под контролем оптической плотности при 470 нм-диферриттрансферрин. Специфические иммунные сыворотки против изоформ трансферрина получали путем иммунизации кроликов-продуцентов. Данная работа была проведена в сотрудничестве со специалистами НПП «Кон препаратлари» ГУЗХ г.Ташкента. Сам метод количественного анализа различных изоформ трансферрина осуществляли в варианте радиальной иммунодиффузии в агаровом геле с заплавленными в него иммунными сыворотками против апо- и диферриттрансферрина. Анализ информативности разработанного метода при обследовании 50 подростков с подозрением на дефицит железа в организме показал, что в 95% случаев данный метод позволил адекватно зафиксировать состояние латентного дефицита железа, что было подтверждено анализом сывороточного ферритина. Следует отметить, что примерно у 30% обследованных общий пул трансферрина находился в пределах физиологической нормы, однако соотношение молекулярных изоформ трансферрина, т.е. увеличение доли апо-трансферрина позволяет диагностировать наступление латентного дефицита железа в организме. **Выводы.** Для скрининга дефицита железа у подростков разработан информативный и удобный для использования в клинико-диагностической практике первичного звена здравоохранения метод, основанный на количественном определении в сыворотке крови различных изоформ железотранспортного белка-трансферрина.

Назарова М.Б., Полвонов Г.К.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ЧАСТОТА ЛАТЕНТНОГО И МАНИФЕСТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ ХОРЕЗМСКОГО ВИЛОЯТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УСЛОВИЙ ПРОЖИВАНИЯ

Ургенческий государственный медицинский институт

**Цель исследования**-выявить дифференциальную частоту латентного и манифестного дефицита железа среди детей-подростков, проживающих в Хорезмском вилояте. **Материалы и методы исследований.** Методом случайного и бесповторного отбора обследовано 223 детей дошкольников проживающих в сельской и городской местности Хорезмского вилоята. Из всей обследованной популяции мальчиков было-110, девочек-113. Для выявления латентного (ЛДЖ) и манифестного дефицита железа (ЖДА) использовали анализ уровня сывороточного ферритина. ЛДЖ диагностировали при уровне сывороточного ферритина 20.0-12.0 мкг/л, ЖДА диагностировали при уровне сывороточного ферритина ниже 12.0 мкг/л. **Результаты и обсуждение.** Дифференциальный анализ частоты ЛДЖ и ЖДА в обследованной популяции детей дошкольного возраста показывает, что в структуре заболеваемости дефицитом железа превалирует ЖДА – 80,3%, при этом ЛДЖ имели 13,6% из всех обследованных. Среди мальчиков и девочек выявляемость ЖДА распределяется практически поровну – у мальчиков – 80,5% и у девочек – 80,2%, аналогично и выявляемость ЛДЖ практически одинакова – 19,5% и 19,8% соответственно. Анализ частоты выявляемости ЖДА и ЛДЖ среди обследованных детей, проживающих в городских и сельских условиях, показывает, что распространенность и ЖДА и ЛДЖ меньше в городе, чем на селе, так общая частота ЖДА у городских детей составляет 71,6%, при этом среди мальчиков 75,0% и среди девочек - 69,0%, в то время как общая частота явной анемии среди сельских детей составляет – 86,2%, при этом среди мальчиков этот показатель составляет – 86,2%, а среди девочек - 89,8%. Частота ЛДЖ в целом в обследованной популяции с дефицитом железа составила 19,6%, при этом она равномерно распределяется и среди мальчиков и среди девочек – 19,5% и 19,8% соответственно, однако при сравнении частоты ЛДЖ среди городских и сельских детей выявляется большая частота ЛДЖ среди городских детей, чем сельских – 28,9% и 13,8% соответственно, что может объясняться более высоким уровнем жизни в городе, чем на селе, характерно, что и процент явной анемии среди городских детей меньше, чем среди сельских детей.

Назарова М.Б., Полвонов Г.К.

## ФЕРРОКИНЕТИЧЕСКИЙ СТАТУС ОРГАНИЗМА У ПОДРОСТКОВ УРГЕНЧ

Ургенческий государственный медицинский институт, Ургенч, Узбекистан

**Цель работы** – изучить феррокинетический статус организма у условно здоровых подростков г.Ургенча. **Материалы и методы исследования.** Методом случайного бесповторного отбора обследовали 20 условно здоровых подростков –мальчиков и 20 условно здоровых подростков-девочек жителей г.Ургенча в возрасте 15 лет с уровнем общего гемоглобина выше нижней физиологической границы нормы, установленной ВОЗ для подростков. Состояние плазменного лабильного фонда железа оценивали по уровню сывороточного железа. Состояние запасного депонированного фонда железа в организме оценивали по показателю сывороточного трансферрина. Кроме того, анализировали производный показатель-насыщенность общего пула трансферрина железом. **Результаты и обсуждение.** У условно здоровых подростков-мальчиков гемоглобиновое здоровье характеризовалось достаточно высоким уровнем общего гемоглобина крови, референтный интервал этого показателя у обследованных составлял 130.0 г/л (min) – 134.0 г/л (max), при среднем показателе – 131.2 ±0.6 г/л, у обследованных условно здоровых подростков-девочек референтный интервал этого показателя составлял 120.0 г/л (min) – 130.4 г/л (max), при среднем показателе – 124.6±0.7 г/л (p<0.001). Уровень функционального сывороточного железа у обследованных подростков-мальчиков в среднем составил 20.6±0.45 мкмоль/л при референтном интервале этого показателя у них 23.6 мкмоль/л (max) – 18.5 мкмоль/л (min). У обследованных подростков-девочек исследуемый показатель

в среднем составил –  $17.1 \pm 0.42$  мкмоль/л при референтном интервале этого показателя у них  $-20.4$  мкмоль/л (max)–  $14.3$  мкмоль/л (min). В сравнительном аспекте насыщенность плазменного лабильного фонда железа у подростков-девочек ниже ( $p < 0.01$ ). Один из информативных показателей, отражающих запасный депонированный фонд железа в организме – это показатель общего суммарного пула трансферрина в сыворотке крови, т.к. его концентрация в сыворотке регулируется общим запасом железа в организме по принципу обратной связи. У условно здоровых подростков-мальчиков средний уровень общего трансферрина в сыворотке крови составлял  $3.10 \pm 0.01$  г/л при референтном интервале этого показателя от  $3.30$  г/л (max) –  $2.95$  г/л (min), аналогичный показатель у условно здоровых подростков-девочек в среднем составляет –  $3.24 \pm 0.02$  г/л при референтном интервале этого показателя от  $3.32$  г/л (max) –  $3.10$  г/л (min). Как видно, здесь также сохраняются различия в этом важном показателе, обусловленные полом. Насыщенность общего пула трансферрина железом у обследованных подростков-мальчиков в среднем составляет  $-26.1 \pm 0.52\%$  при референтном интервале этого показателя от  $30.5\%$  (max) –  $24.1\%$  (min), у условно здоровых подростков-девочек –  $22.0 \pm 0.6\%$  при референтном интервале этого показателя от  $30.0\%$  (max) –  $19.5\%$  (min). Выводы: высокий уровень насыщенности общего пула трансферрина железом указывает на физиологический уровень оборота железа между плазменным фондом железа организма и костным мозгом для обеспечения физиологического эритропоэза.

**Назарова М.Б., Полвонов Г.К.**  
**ПОКАЗАТЕЛИ СТАТУСА ЖЕЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ**  
Ургенческий государственный медицинский институт

**Введение.** Процессы обмена железа в подростковый период характеризуются тем, что протекают они в условиях ферростресса, являющегося следствием развивающегося дисбаланса в обмене этого микроэлемента, обусловленного с одной стороны резко возрастающими потребностями в пищевом железе, а с другой стороны маргинальным содержанием железа в продуктах и в используемых диетах. Следовательно, сохранение гемоглобинового здоровья на физиологическом уровне требует осуществления постоянного мониторинга статуса железа организма подростков для своевременного выявления патологических изменений в этом статусе. Основой такого мониторинга является система выведенных нормативных показателей статуса железа, а также их референтных интервалов, на основе обследования подростков с нормальным гемоглобиновым здоровьем.

**Материалы и методы исследований.** Обследовано 80 подростков обоего пола с нормальными показателями гемоглобина в соответствии с нормативами ВОЗ. Анализировали также такие информативные показатели статуса железа организма-показатель функционального трехвалентного трансферринового железа, содержание общего иммунореактивного пула трансферрина с расчетом насыщения его железом и процентное содержание в общем пуле трансферрина трансферринов с разным насыщением их железом.

**Результаты и обсуждение.** Плазменный фонд железа у обследованных подростков характеризовали показателем трехвалентного трансферринового железа, т.е. той частью общего плазменного железа, которое в составе трансферрина поступает в костный мозг для нужд гемоглобинообразования. У обследованных подростков-мальчиков средний уровень трансферринового железа составил  $20.6 \pm 0.45$  мкмоль/л при референтном интервале  $18.5$  мкмоль/л (min)– $23.6$  мкмоль/л (max), у подростков-девочек–  $17.8 \pm 0.62$  мкмоль/л при референтном интервале– $14.3$  мкмоль/л (min)– $22.4$  мкмоль/л (max). Общий пул иммунореактивного трансферрина у обследованных подростков-мальчиков по нашим данным составлял  $3.15 \pm 0.02$  г/л при референтном интервале– $2.95$  г/л (min)–  $3.35$  г/л (max), у обследованных подростков-девочек– $3.24 \pm 0.02$  г/л при референтном интервале– $3.10$  г/л (min)– $3.32$  г/л (max). Насыщение общего пула иммунореактивного трансферрина у обследованных подростков-мальчиков в среднем составляет–  $26.1 \pm 0.5\%$  при референтном интервале–  $24.1\%$  (min) – $30.5\%$  (max), у обследованных подростков-девочек–  $22.0 \pm 0.6\%$  при референтном интервале– $19.5\%$  (min)–  $30.0\%$  (max).

**Выводы.** Выведенные показатели статуса железа организма подростков могут быть использованы в системе мониторинга процессов обмена железа для своевременного выявления риска развития железодефицитного состояния у них.

**Неъматуллаев Т.Б., Юлдашев Б.А.**  
**АРТЕРИАЛЬНАЯ ЖЕСТКОСТЬ И ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ.**  
**ДИАГНОСТИКА И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ.**

Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

**Актуальность темы.** Хроническая почечная патология ассоциирована с повышенным сердечно-сосудистым риском, возникновением так называемого кардиоренального синдрома. Кардиоваскулярные нарушения при хронической болезни почек (ХБП) характеризуются с укоренным «изнашиванием и старением» сосудов, в которых повышение артериальной жесткости усугубляется рядом факторов риска, таких как артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, гипопроteinемия и анемия. В отличие от взрослых, у детей поражение сосудов происходит с развитием артериосклероза, который в основном затрагивает интрамуральные коронарные артерии и артериолы. Внедрение современных методов диагностики, а также особенности патоморфологических проявлений артериальной жесткости, послужили основанием для выполнения настоящего исследования. **Цель работы:** изучить методом неинвазивной кардиометрии степень жесткости и выявить структурно-морфологические изменения коронарных сосудов при ХБП у детей. **Материалы и методы исследования:** Под нашим наблюдением было 122 ребенка с ХБП в возрасте от 5 до 17 лет. По этиологическим причинам развития хронической почечной патологии были врожденные аномалии и хроническая гломерулярная патология. Наряду с клинико-лабораторной и инструментальной диагностикой в комплекс исследований включена неинвазивная кардиометрия, на основе гемодинамического анализатора для определения жесткости сосудов. Морфологические исследования коронарных сосудов сердца основаны на аутопсии 53 детей, причиной смерти которых явилась ХБП терминальной стадии. **Результаты исследования:** Кардиометрия позволила неинвазивным способом оценить уровень изменений в коронарных сосудах путем определения индекса жесткости сосудов. Анализ проведенных исследований свидетельствовал об увеличении индекса жесткости сосудов, который в среднем составил  $6,27 \pm 0,18$  мм.рт.ст./мл., и от показателей нормы ( $4,57 \pm 0,09$  мм.рт.ст./мл) данный индекс был повышен в 1,4 раза ( $P < 0,01$ ), что можно констатировать как снижение эластичности сосудов. Патоморфологические исследования выявили признаки поражения коронарных сосудов у умерших детей при хронической болезни почек. Характерными признаками структурно-морфологических изменений в коронарных сосудах было поражение эндотелия в виде набухания, уплощения, десквамации эндотелиоцитов, отека, мукоидного набухания базальной и внутренней эластической мембраны. Отмечены пролиферативные изменения со стороны эндотелия и перицитов, фибриноидных изменений стенок с уменьшением диаметра сосудов. Закономерным итогом течения данного патоморфологического процесса при прогрессировании основного заболевания является гипертрофии стенки и увеличение жесткости сосуда. **Выводы:** Кардиометрия, как метод неинвазивного исследования сердечно-сосудистой системы позволяет оценить состояние коронарных сосудов сердца при ХБП у детей. При этом у детей с хронической почечной патологией отмечается повышенный уровень жесткости сосудов, что предполагает наличие повышенного сердечно-сосудистого риска. Происходящие патоморфологические изменения в сосудах миокарда при ХБП у детей связаны с поражением эндотелия, который лежит в основе патологической перестройки, приводящей к нарушению сердечно-сосудистой деятельности.

**Ненартович И.А.**  
**МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ**  
**ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ**

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

**Введение.** Фенилкетонурия (ФКУ) – гиперфенилаланинемия, обусловленная недостаточностью активности фенилаланин-гидроксилазы и приводящая к накоплению в организме фенилаланина (ФА) и

продуктов его метаболизма [1]. Основа лечения – диета. Подлежат обязательному исключению мясо и мясные изделия, рыба и рыбные продукты, молоко, кисломолочные продукты, творог и сыры, хлеб и хлебобулочные изделия, крупа (кроме риса, кукурузы), соевые продукты, яйца, орехи, желатин, аспартам [2]. **Цель:** проанализировать доступные мобильные приложения для анализа фактического питания пациентов с ФКУ. **Материалы и методы:** анализ результатов поисковых запросов по запросам «фенилкетонурия», «фку», «pku diet», «pku»

**Результаты и их обсуждение:** app store предлагает 11 приложений, Google play – 5 приложений. Важным составляющим успешного контроля ФКУ является обучение пациента и его законных представителей принципам составления безопасного рациона. При остром заболевании ФА возрастает за счет катаболизма и поступления из вне. Важным является систематизация всех этих сведений пациентом /его законным представителем. Подходы здесь отличаются. Существует масса брошюр, информационных материалов с данными о содержании в продуктах питания ФА и его количестве. Используют и усредненный расчёт: в 1г белка 50 мг ФА [3]. Кто-то использует рукописные дневники питания, таблицы в excel, разработаны различные приложения. Приложения ожидаемо позволяют уменьшить временные затраты, облегчают анализ фактического питания пациентов и врачом, а при необходимости и коррекцию рациона. Здесь также важна комплаентность, ответственность, приверженность и честность пациента **Вывод.** Приложения могут рассматриваться как способ долгосрочного контроля рациона пациента с ФКУ, улучшения качества жизни самих пациентов и их семей Предложен ряд продуктов.

**Никитин Е. Н.**

## **ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА ПАРАМЕТРЫ КРАСНОЙ КРОВИ И СОМАТОМЕТРИИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ижевск, Россия

**Актуальность исследования:** в различных источниках информация о влиянии анемии беременных на гестационный период, родовую деятельность, состояние плода и новорожденных противоречива, что определяет актуальность данной работы. **Материалы и методы исследования:** проведен анализ медицинских документов 50 женщин, имеющих во время беременности железодефицитную анемию, а также их доношенных новорожденных детей (группа наблюдения). Аналогичным образом отобраны 50 женщин с физиологически протекавшей беременностью (без анемии) и их доношенные новорожденные дети (группа сравнения). Данные были обработаны в таблице MS Excel и IBM SPSS Statistics. Гармоничность физического развития детей при рождении определяли с использованием перцентильных диаграмм соответствия массы тела их росту, рекомендованных ВОЗ. **Результаты:** у женщин группы наблюдения количество эритроцитов во время беременности составляло в среднем  $3,67 \pm 0,07 \cdot 10^{12}/л$ , а концентрация гемоглобина –  $91,52 \pm 1,4$  г/л, что было достоверно ( $p < 0,001$ ) ниже величин этих же, но имеющих референсные значения, показателей группы сравнения (соответственно,  $4,38 \pm 0,05 \cdot 10^{12}/л$  и  $133,92 \pm 1,14$  г/л). Параметры красной крови у новорожденных группы наблюдения (эритроциты –  $5,46 \pm 0,09 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин –  $198,10 \pm 2,03$  г/л) значительно ( $p < 0,05$ ) отличались в сторону снижения от аналогичных в группе сравнения (соответственно,  $5,78 \pm 0,08 \cdot 10^{12}/л$  и  $205,26 \pm 2,64$  г/л). Показатели по шкале Апгар в группе наблюдения были на 1-й минуте после рождения  $7,82 \pm 0,68$  и на 5-й минуте –  $8,34 \pm 0,51$  балла, а в группе сравнения, соответственно,  $7,94 \pm 0,51$  и  $8,36 \pm 0,48$  баллов ( $p > 0,1$ ). В группе наблюдения средняя масса тела новорожденных при рождении составила  $3314,20 \pm 73,0$  г, а длина тела –  $52,42 \pm 0,32$  см и статистически не отличались от этих показателей новорожденных группы сравнения (соответственно,  $3274,18 \pm 84,92$  г и  $52,02 \pm 0,39$  см,  $p > 0,1$ ). Однако, в группе наблюдения новорожденных с дисгармоничным физическим развитием (масса тела не соответствует росту) было больше, чем в группе сравнения, соответственно, у 18(36%) против 11(22%) ( $p < 0,05$ ). Этот факт не исключает задержку внутриутробного развития плода вследствие анемической гипоксии и дефицита железа у их матерей во время беременности. **Выводы:** 1. У доношенных детей при рождении от матерей с железодефицитной анемией, наблюдается более низкое содержание эритроцитов и гемоглобина в крови, чем у новорожденных от матерей с

физиологически протекавшей беременностью. 2. У беременных женщин с железодефицитной анемией достоверно чаще, чем у беременных без анемии, рождаются дети с дисгармоничным физическим развитием.

**Oblakulova N.T.**

### **HOMILADORLIK DAVRIDAGI MIKROELEMENTLAR VA ULARNING BOLANING O'SISHI VA RIVOJLANISHIGA TA'SIRI**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

**Tadqiqot maqsadi.** Uzum shinni mualliflarning o'zlari tomonidan yetishtiriladi va 30 yil davomida sun'iy ravishda tozalangan shakar o'rniga parhez qo'shimchasi sifatida tabiiy oziq-ovqat mahsuloti sifatida har kuni iste'mol qilinadi. **Material va usullar.** Makro- va mikroelementlarni tekshirish neytron-aktivatsion usulda olib borildi, 26 xil donakli-mevali oziqaviy mahsulotlarda jami 23 turdagi kimyoviy elementlar aniqlandi. Asosiy tadqiqot guruhi 80 nafar homilador ayol va yangi tug'ilgan chaqaloqlar hamda 20 nafar nazorat guruhidan iborat edi. Uzum shinnidagi makro- va mikroelementlarni aniqlash uchun neytron faollashuvi qo'llanildi, bu mahalliy aholi tomonidan mikroelementlar yetishmovchiligining oldini olish va tuzatish uchun kamdan-kam qo'llaniladi. Oziqlantirishni qo'llab-quvvatlash va makronutrientlar – kaltsiy, natriy, kaliy va magniy yetishmovchiligini tuzatish maqsadida biz mahalliy aholi tomonidan tez-tez iste'mol qilinadigan mevalarning 26 turidagi oziq-ovqat mahsulotlarini o'rgandik. **Natijalar.** To'plangan tajriba ushbu mahsulotning foydaliligi va xavfsizligining isbotidir. Vino zavodidagi laboratoriya tahlillariga ko'ra, uzum shirnisining shakar miqdori 70% ni tashkil etgan. Uzum sharbatidagi muhim mikroelementlar qatoriga kobalt - 0,07 mkg/g, temir - 78 mkg/g, eng boy rux - 960 mkg/g, bu standart namunalardan 20 baravar ko'p, mis 50 dan 100 mkg/g gacha, marganets - 3,4 mkg/g, selen - 0,1 mkg/g, yod - 0,21 mkg/g gacha, xrom - 0,21 mkg/g, molibden - 1,0 mkg/g kiradi. Shartli ravishda zarur mikroelementlar - brom va nikel uzum shirnisidagi standart namunalarga qaraganda pastroq. **Xulosalar.** Bolalarning o'sishi va rivojlanishini, shuningdek, organizmning mikroelementlar holati va funktsiyalarini optimallashtirish uchun yetarlicha o'rganilmagan va kam qo'llaniladigan an'anaviy oziq-ovqat mahsulotlaridan foydalangan holda ozuqaviy va mikroelementlarni qo'llab-quvvatlash: mikroelementlarning yuqori konsentratsiyasiga ega uzum tavsiya etiladi. Bu tiklanishni tezlashtirishi va hayot sifatini yaxshilashi, kasalliklarning chastotasini kamaytirishi va davolash natijalarini optimallashtirishi mumkin. Shakar va tarkibida shakar bo'lgan mahsulotlar o'rniga biz 8 oylik bolalar uchun an'anaviy oziq-ovqat sifatida ishlatiladigan makro va mikroelementlarga boy tabiiy uzum shinnini tavsiya qilamiz.

**Oxunova M.J.**

### **3 YOSHGACHA BO'LGAN BOLALARDA PNEVMONIYANING BRONXOOBSTRUKTIV SINDROM BILAN KECHISHINING PROFILAKTIK CHORA-TADBIRLARINI TAKOMILLASHTIRISH (FARG'ONA VILOYATI MISOLIDA)**

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot institute, Farg'ona, O'zbekiston

**Dolzarbliqi.** Nafas yo'llari kasalliklari bolalar kasallanishi tarkibida yetakchi o'rinlardan birini egallaydi. Ayniqsa 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda pnevmoniyaning bronxoobstruktiv sindrom (BOS) bilan kechishi pediatriyada dolzarb muammolardan biri hisoblanadi. Bolalarda bronxlarning anatomik torligi, shilliq qavatning yuqori reaktivligi hamda immun tizimining yetarli rivojlanmaganligi sababli kasallik og'ir kechadi va asoratlar rivojlanish xavfi ortadi. Shu sababli ushbu patologiyaning oldini olishga qaratilgan profilaktik chora-tadbirlarni takomillashtirish muhim ilmiy-amaliy ahamiyatga ega. **Tadqiqot maqsadi.** 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda pnevmoniyaning bronxoobstruktiv sindrom bilan kechishining oldini olishga qaratilgan profilaktik chora-tadbirlarni takomillashtirish. **Material va tekshirish usullari.** Tadqiqotda 3 yoshgacha bo'lgan pnevmoniya tashxisi bilan davolangan 200 nafar bola o'rganildi. Ulardan 100 nafari Farg'ona viloyati, 100 nafari Andijon viloyati tibbiyot muassasalarida kuzatildi. Bemorlar klinik, laborator va instrumental usullar yordamida tekshirildi. Klinik tekshiruvda bolalarning umumiy ahvoli, nafas olish tezligi, auskultativ belgilar, bronxoobstruktiv sindromning klinik namoyonlari baholandi. Laborator tekshiruvlar umumiy qon tahlili, C-reaktiv oqsil darajasi hamda zarur hollarda rentgenologik tekshiruvlarni o'z ichiga oldi. Shuningdek,

anamnestik va ijtimoiy-gigiyenik ma'lumotlar (ovqatlanish turi, yashash sharoiti, ekologik omillar, passiv chekish, tez-tez respirator infeksiyalar bilan kasallanish holatlari) tahlil qilindi. **Natijalar.** Tadqiqot natijalari bronxoobstruktiv sindrom bilan kechuvchi pnevmoniya rivojlanishida bir qator xavf omillari muhim rol o'ynashini ko'rsatdi. Jumladan, o'tkir respirator virusli infeksiyalar bilan tez-tez kasallanish 58% hollarda, allergik moyillik 32% hollarda, sun'iy ovqatlantirish 41% hollarda, uy sharoitida havoning ifloslanishi va passiv chekish 27% hollarda aniqlangan. Shuningdek, bolalarning bir qismida immun reaktivlikning pasayishi ham kasallikning og'ir kechishiga sabab bo'lishi kuzatildi. Olingan ma'lumotlar profilaktik chora-tadbirlarni takomillashtirish zarurligini ko'rsatdi. **Xulosa.** 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda pnevmoniyaning bronxoobstruktiv sindrom bilan kechishining oldini olish uchun kompleks profilaktik chora-tadbirlarni amalga oshirish muhim ahamiyatga ega. Bunda bolalarni ko'krak suti bilan boqishni rag'batlantirish, respirator infeksiyalarni erta aniqlash va davolash, yashash muhitini sanitariya-gigiyenik jihatdan yaxshilash, passiv chekishni kamaytirish hamda ota-onalar o'rtasida profilaktik tushuntirish ishlarini kuchaytirish zarur. Ushbu choralar kasallanish darajasini kamaytirish va bolalar salomatligini mustahkamlashga xizmat qiladi.

Плетнева О.О., Полыгалова Д.М., Лепешкова Т.С.

### ОРАЛЬНЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ: КТО ВИНОВАТ И ЧТО ДЕЛАТЬ?

Уральский Государственный Медицинский Университет, Екатеринбург

**Актуальность.** Оральный аллергический синдром (ОАС) — это IgE-опосредованная аллергическая реакция, возникающая при употреблении свежих фруктов, овощей, орехов у пациентов с пыльцевой сенсibilizацией. В основе лежит перекрестная реактивность между структурно сходными белками пыльцы и растительной пищи. Ключевой для регионов России с доминированием березы является перекрестная реакция между аллергеном берёзы (Bet v 1) и белками косточковых фруктов, орехов. Недооценка рисков системных реакций у пациентов с истинной аллергией на орехи/фрукты, которая может быть расценена как ОАС, — важная медицинская и социальная проблема. **Цель.** Установить растительные продукты, вызывающие реакции у детей с ОАС, в различных возрастных группах, проживающих в г.Екатеринбурге, по данным анкетирования. **Материалы и методы исследования.** Проведено ретроспективное исследование по данным анкетирования 134 детей с ОАС в возрасте от 5 до 16 лет. Пациенты были разделены на три группы: 5–6 лет (n=30), 7–12 лет (n=82) и 13–16 лет (n=22). Оценивался спектр пищевых продуктов и наличие диагностированной аллергической патологии. **Результаты.** Установлено, что яблоко является наиболее значимым триггером ОАС во всех возрастных группах с увеличением частоты реакций от 53,3% (5–6 лет) до 90,9% (13–16 лет). Орехи несколько реже, но с тенденцией к росту реакций в более старшем возрасте, вызывают ОАС (с 33,3% до 54,5%). В младшей возрастной группе провокаторами симптомов являются груша (33,3%) и персик (16,7%). В группе детей 7–12 лет спектр косточковых разнообразен: груша (39%), персик (26,8%), черешня, морковь. В старшей группе пациентов (13–16 лет) кроме яблока и орехов ОАС провоцирует персик (50,0%), вишня (31,8%), абрикос и морковь (по 22,7%). Выявлена отчетливая тенденция к расширению спектра триггеров и росту числа продуктов-провокаторов с возрастом у детей. Анализ сопутствующей патологии показал, что у 100% пациентов ОАС протекает на фоне аллергического ринита и конъюнктивита, связанного с цветением берёзы. Установлена возрастная динамика симптомов аллергии: частота атопического дерматита и гиперреактивности дыхательных путей снижается, в то время как заболеваемость бронхиальной астмой растет, достигая 40,9% в старшей возрастной группе. **Выводы.** ОАС характеризуется расширением спектра продуктов-триггеров с возрастом детей с доминированием реакций на яблоки и орехи и протекает на фоне сезонного риноконъюнктивита. Ключевым в тактике ведения пациентов с ОАС является этап выявления сенсibilизации с применением компонентной алергодиагностики для исключения сенсibilизации к термостабильным белкам (LTP, белки запаса), ассоциированных с жизнеугрожающими аллергическими реакциями, что необходимо для подбора индивидуальной диеты и минимизации рисков фатальных исходов.

**Плешкова О.Л., Козырева Е.А., Шкатова Е.Ю.,**  
**ИННОВАЦИОННЫЕ ОБУЧАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В БОТУЛИНОТЕРАПИИ.**  
ФГБОУ ВО «Ижевский Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ, г. Ижевск,  
Удмуртская Республика

**Актуальность:** В настоящее время ботулинотерапия широко применяется для лечения различных заболеваний, проявляющихся мышечным спазмом, болью и вегетативной дисфункцией. В детской практике инъекции ботулинического токсина типа А входят в комплексную программу абилитации детей детским церебральным параличом. Ботулотоксин типа А является местным миорелаксантом и действует только на те мышцы куда был введён, поэтому безопасность и эффективность лечения зависит от знания расположения анатомических структур, точности локализации мышц. Отработка навыка выполнений манипуляций по введению ботулотоксина возможна на биологических или симуляционных препаратах. **Цель:** разработать и внедрить технологии обучения на повышение уровня точности выполнения инъекций ботулотоксина типа А. **Материалы и методы:** использована методика нахождения необходимых для инъекции мышц под контролем ультразвука на разных уровнях конечностей и программа обучения неврологов, реабилитологов, технология 3D моделирования мышц на мобильной модели скелета человека. Для улучшения запоминания расположения мышц относительно друг друга и по отношению к костным ориентирам и формирования понятия «объемного» расположения мышц конечностей в памяти врачей стояла задача переводить пространственную картинку в аксиальные срезы конечностей и ориентироваться в них. Процесс обучения строился на четкой последовательности действий: изложение теоретического материала; работа в анатомическом зале с влажными фиксированными препаратами под руководством преподавателя; объемное моделирование мышц изучаемой области с помощью пластичного материала, наклеивание цветных тейпов на готовый учебный скелет. Четкое последовательное изучение материала способствовало формированию знаний о расположении мышц и возможный поиск их в дальнейшем с помощью анатомических ориентиров на пациенте. По данной методике обучили 620 врачей. После обучения по программе 18 часов 620 врачей-неврологов, реабилитологов самостоятельно смогли провести поиск мышц на анатомических препаратах через «объемное» изображение расположения мышц конечностей и туловища. Они переводили пространственную картинку в аксиальные срезы и ориентировались в них, самостоятельно инъецировали пациентов без привлечения старших коллег. **Выводы:** Организованный курс по разработанной инновационной программе позволил врачам овладеть тремя китами ботулинотерапии: анатомией в целом, функциональной анатомией мышц, ультразвуковым нахождением мышц. Благодаря инновационным подходам они приобрели навыки быстрого ориентирования в анатомическом расположении мышц, стали чувствовать себя уверенно при выполнении ботулинотерапии.

**Расулов А.С., Расулова Н.А., Зуббайдуллаев С., Нурбобоева Ф.**  
**РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ СТРАТЕГИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ**  
**ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С РЕЗИДУАЛЬНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО**  
**ПОРАЖЕНИЯ ЦНС.**

Самаркандский Государственный Медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Актуальность проблемы:** Современные исследования указывают на то, что изменения в церебральной гемодинамике, спровоцированные перинатальной гипоксией и асфиксией, являются центральным звеном в патогенезе перинатального поражения нервной системы у новорожденных. Это обуславливает необходимость терапевтических стратегий, направленных на оптимизацию системного и мозгового кровообращения, а также на нейропротекцию и стимуляцию репаративных процессов. Зачастую такая терапия требует пролонгированного парентерального введения фармакологических средств. Однако многократные инъекции, особенно болезненные, могут вызывать значительный стресс и травматизацию у младенцев. В контексте сочетанного и длительного применения таких препаратов,

как витамин В6 и сульфат магния, целесообразно использовать комбинированные формы. Препарат Магне В-6, объединяющий эти компоненты, представляет собой оптимальное решение, минимизирующее инвазивность лечения. **Цель исследования:** явилось изучение влияния препарата Магне В-6 на состояние детей грудного возраста с проявлениями ПППНС. Магний совместно с витамином В-6 улучшают мозговое кровообращение, оказывают нейрометаболическое действие. Наиболее важно участие ионов магния в биоэнергетических процессах, он влияет на возбудимость и проводимость нервной ткани. **Материалы и методы исследования:** Нами было обследовано 93 ребенка первого года жизни, у которых на фоне основного заболевания имелись проявления перинатальной энцефалопатии. В результате физикального обследования больных детей отмечалось раскрытие сагитального шва, малый родничок у всех детей был открыт, размеры большого родничка оказывались свыше 3х3 см, выявлялся непостоянный горизонтальный нистагм, синдром «заходящего солнца». Нами назначался Магне В-6 внутрь один раз в сутки в дозе 6- 8 мг/кг массы тела. Курс лечения составил 15-20 дней. Назначение пероральной формы препаратов магния и витамина В-6 было выбрано, как было указано выше, с этической точки зрения. На фоне проводимого лечения состояние детей значительно улучшилось, отмечена положительная динамика уже на 5-7 день пребывания в стационаре. **Результаты исследования:** Эффективность терапии оценивалась по ряду клинических показателей, включая улучшение общего состояния пациентов, регресс внутричерепной гипертензии, нормализацию сна и ускорение темпов психомоторного развития. Дополнительные контрольные исследования, такие как нейросонография и анализ состояния перекисного окисления липидов, продемонстрировали, что пероральное применение препаратов магния и витамина В-6 сопоставимо по эффективности, а в некоторых аспектах даже превосходит их парентеральные аналоги. **Выводы:** Учитывая вышесказанное, мы можем с уверенностью утверждать, что на ранних этапах реабилитации детей с ПППНС есть возможность использовать бережные методы лечения, такие как, например, Магне-В6.

Расулова Н.А., Мамматкулов Т.А., Дустмуродов Д., Кочимов А.

#### КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ, КОТОРЫЕ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ ПРИ РИСКЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D.

Самаркандский Государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Актуальность проблемы:** Несмотря на то, что рахит, болезнь с многовековой историей, был практически побежден в развитых странах во второй половине XX века, в последнее десятилетие наблюдается его неожиданное возвращение. Параллельно с этим, в развивающихся странах рахит остается серьезной эндемической проблемой. Предполагается, что дефицит витамина D, лежащий в основе рахита, может иметь долгосрочные последствия, увеличивая риск развития онкологических заболеваний, различных видов рака, неврологических расстройств, сахарного диабета 2 типа, гипертонии и снижая общую сопротивляемость организма. **Цель исследования:** изучить влияние факторов риска развития рахита и оценить возможности коррекции недостаточности витамина D. **Материал и методы исследования:** под наблюдением находилось 466 детей в возрасте от 1 до 12 месяцев. Все дети считались практически здоровыми, были обследованы для установления клинических особенностей рахита (задержка закрытия большого родничка, рахитические четки, «браслетки», мышечная слабость, дистрофия, бледная кожа, чрезмерная потливость, задержка с прорезыванием зубов, психомоторное развитие); определялось содержание в сыворотке крови 25(ОН)D<sub>3</sub>, кальция и фосфора в крови. Кроме этого проводилось анкетирование родителей. Распределение по возрасту показало, что до 3 месяцев было 20,6%, 3-6 месяцев – 35,6%, 6-12 месяцев – 43,7%, мальчиков было – 55,3%, а девочек – 44,6%. Недоношенных детей было – 8,4%, врожденная гипотрофия выявлена у 6,6%, у 79 детей было повторно определено 25(ОН)D<sub>3</sub> в сыворотке крови. Все дети, не получавшие ранее витамин D профилактически получили его в дозе по 4000 МЕ ежедневно в течение 2 месяцев. Все родители получали рекомендации по неспецифической профилактике рахита. **Результаты исследования:** Выявлены значимые факторы риска со стороны матери: железодефицитная анемия во время беременности, отсутствие приема витамина D в период беременности, дефект питания в период беременности, со стороны ребенка: низкий уровень 25(ОН)D<sub>3</sub>



в сыворотке крови, железодефицитная анемия у ребенка, время рождения ребенка (осенне-зимний период), низкий уровень фосфора в крови, не достаточное пребывание на свежем воздухе (менее 20 мин в день), отсутствие профилактики рахита витамином D на 1-ом году жизни, недоношенность. Определение 25(OH)D<sub>3</sub> выявило низкое его содержание 17,6±1,96 нмоль/л в сыворотке крови у 81,2% детей. У 24,9% детей выявлено гипокальциемия, и у 17,8% - гипофосфатемия. Клинически выявлено у детей рахит легкой и среднетяжелой степени у 27,8%. Нами установлено, что дети, как правило, отставали в развитии, поздно начинали сидеть, ходить, наблюдалась задержка психомоторного развития. Особенно нужно отметить, что дети были вялые, малоинициативные и при осмотре сидели, как правило, молча, не проявляли интерес к окружающему. После курса витамином D<sub>3</sub> у детей практически исчезли признаки рахита, дети стали активными, более подвижными, значительно улучшение психомоторных функций, вовремя прорезывались зубы, а также нормализовался уровень 25(OH)D<sub>3</sub> (114,3±7,29 нмоль/л) у 89,9%, детей. Клинические признаки передозировки витамина D не были выявлены ни у одного ребенка. **Выводы:** Предлагаемая нами стратегия коррекции дефицита витамина D, направленная на нормализацию уровня 25(OH)D<sub>3</sub>, продемонстрировала потенциал в снижении частоты тяжелых форм рахита и улучшении психомоторного развития младенцев в течение первого года жизни. В связи с этим, данная методика может быть рекомендована для внедрения в условиях Узбекистана.

**Raximova D.J.**

## **BOLALARDA BUYRAK TOSH KASALLIGINI DAVOLASHDA RATSIONAL PARHEZNING AHAMIYATI**

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti, Samarqand, O'zbekiston

**Dolzarbliqi.** Buyrak tosh kasalligi bolalarda kam uchraydigan kasallik sifatida baholangan bo'lsa-da, hozirgi vaqtda uning uchrash chastotasi sezilarli darajada oshib bormoqda. Bu kasallikning klinik ahamiyati shundaki, kasallik erta yoshda boshlanib, surunkali pielonefrit, buyrak parenximasining shikastlanishi va buyrak yetishmovchiligi bilan asoratlanishi mumkin. Shu sababli, kasallikni erta aniqlash va konservativ davolash usullarini individual qo'llash asosida kasallikning qaytalanishini kamaytiradi va buyrak faoliyatini saqlashga yordam beradi, shuning uchun ratsional parhezni qo'llash muhim hisoblanadi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, bolalardagi urolitiaz barcha buyrak toshlari holatlarining taxminan 2-5% ni tashkil qiladi. **Tadqiqot maqsadi.** Bolalarda buyrak tosh kasalligining uchrash chastotasi, etiologik omillari va parhez davolashning samaradorligini ilmiy manbalar asosida baholash. **Material va usullar.** Tadqiqot tavsifiy-analitik xarakterga ega bo'lib, pediatribolalar nefrologiyasi bo'yicha ilmiy maqolalar, klinik kuzatuvlar va statistik ma'lumotlar tahlil qilindi. Toshlarining kimyoviy tarkibi, metabolik buzilishlar va ovqatlanish xususiyatlari baholandi. **Natijalar va muhokama.** Giperkaltsiyuriya, giperoksaluriya, giperurikozuriya va gipositruriya kabi metabolik buzilishlar eng ko'p uchraydigan omillar bo'lib, urolitiaz kasalligi bilan og'rigan bemor bolalarlarining 70% gacha aniqlanadi. Dalillar shuni ko'rsatadiki, individual parhezni boshqarish qaytalanish darajasini sezilarli darajada kamaytiradi. Tahlillarga ko'ra, oxirgi 20 yil ichida kasallik uchrash chastotasi 1,5–2 barobarga oshgan, ko'proq 5–14 yoshli bolalarda aniqlanadi, issiq iqlimli hududlarda kasallik ko'rsatkichlari yuqori. Ovqatlanish omillaridan hayvon oqsillarining ortiqcha iste'moli, tuzga boy ovqatlar, suyuqlik iste'molining yetishmovchiligi ustunlik qiladi. Chunki hayvon oqsili va natriyni ko'p iste'mol qilish siydikda kaltsiyning ajralib chiqishini oshiradi, suyuqlikni yetarli darajada iste'mol qilmaslik esa siydikning konsentratsiyasi oshishiga olib keladi va litogenik xavfni oshiradi. **Xulosa.** Ratsional parhez bolalarda buyrak tosh kasalligining asosiy konservativ davolash komponenti hisoblanadi. Unda suyuqlik iste'molini 30–50 ml/kg/kun yetkazish, tuzni iste'molini 3 g/kun gacha kamaytirish va oqsil iste'molini yoshga moslashtirish muhim hisoblanadi. Tosh turiga mos ratsional parhezda oksalat toshlarda - shokolad, kakao, ismaloq iste'molini cheklash, normal kaltsiy iste'molini saqlab turgan holatda oksalatga boy ovqatlarni cheklash, urat toshlarda - qizil go'sht va subproduktlarni kamaytirish, siydik kislotasi toshlarida puringa boy ovqatlarni kamaytirish va meva va sabzavot iste'molini ko'paytirish tavsiya etiladi. Dalillar shuni ko'rsatadiki, parhez aralashuvlari bolalarda toshlarning qaytalanishini sezilarli darajada kamaytiradi va uzoq muddatli buyrak natijalarini yaxshilaydi. Metabolik baholash va tosh tarkibiga asoslangan individual parhez bo'yicha maslahat samarali profilaktika uchun juda muhimdir. Parhezni



boshqarish bolalar bemorlarida qaytalanishning oldini olish va buyrak faoliyatini saqlab qolish uchun samarali, invaziv bo'lmagan strategiyani ifodalaydi.

**Rahmatova R.F., Soyibnazarova R.R.**

## **VITAMIN D DEFICIENCY IN CHILDREN: MODERN CONCEPTS OF PREVALENCE AND PREVENTION**

Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

**Purpose of the study.** We aimed to study the actual indicators of vitamin D sufficiency among children of different age groups, as well as to analyze the main reasons why existing preventive measures are not always effective in real-life settings. **Materials and methods.** We conducted a retrospective analysis of laboratory data from children and adolescents aged from birth to 17 years. During the study, we evaluated the serum level of 25(OH)D, which is a globally recognized marker of vitamin D status in the body. To interpret the results, we used standard criteria where deficiency is defined as a level of less than 20 ng/mL, and insufficiency ranges from 21 to 29 ng/mL [4]. Additionally, we conducted a survey among parents involving more than one hundred families. The questionnaire included questions regarding the regularity of preventive dose intake, the choice of specific supplements, and parental awareness of the importance of this nutrient. **Results.** As a result of the analysis, we found that normal vitamin D levels were observed in only a small portion of the examined children, accounting for approximately 18% of the total sample. In particular, our analysis revealed that the lowest levels of 25(OH)D were characteristic of adolescents aged 14–17 years, which may be associated with increased metabolic demands during puberty and a significant reduction in outdoor activity due to high academic loads. The most alarming situation was observed in the group of adolescents and middle school students, where the frequency of deficiency detection was significantly higher than in infants. We attribute this to the fact that medical and parental control over vitamin intake weakens as the child grows older. Our survey data showed that many parents stop giving vitamin D to their children as soon as they begin to spend more time outdoors or reach the age of two. About half of the respondents mistakenly believe that summer sun in our region is quite sufficient for the natural synthesis of the required amount of the vitamin. We also found that even in cases where supplements were administered, parents often chose inappropriate forms or dosages without consulting a pediatrician. Only 12% of the surveyed families strictly followed the prescribed dosage, while others used vitamin complexes with insufficient concentrations of cholecalciferol. We also noted that low treatment adherence is often caused by simple forgetfulness or a lack of understanding that prevention must be continuous rather than periodic. **Conclusions.** Thus, our study confirms that vitamin D deficiency remains a serious problem for pediatrics. We concluded that simply prescribing a supplement is not enough to correct the situation. It is necessary to conduct more profound educational work with parents, explaining that vitamin D is necessary not only for bone health but also for overall well-being, immunity, and the prevention of chronic diseases in the future.

**Рашидова С.И.**

## **МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИЮ НЕЙРОСОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Самаркандский Государственный Медицинский Университет, Самарканд, Узбекистан

**Актуальность.** Нейрососудистая патология в подростковом возрасте характеризуется клинической полиморфностью и трудностями ранней диагностики, что обуславливает необходимость комплексной оценки клинико-инструментальных и нейровизуализационных показателей. **Цель исследования.** Изучить клинико-неврологические, инструментальные, лабораторные и нейровизуализационные особенности нейрососудистой патологии у подростков и разработать прогностическую модель течения заболевания. **Материал и методы.** Обследовано 77 подростков 16–19 лет с нейрососудистой патологией, из них 42 мальчика (54,5%) и 35 девочек (45,5%). Группу сравнения составил 41 практически здоровый подросток. В структуре основной группы врождённые сосудистые аномалии выявлены у 31 пациента (40,3%), вторичные нейрососудистые состояния на фоне артериальной гипертензии – у 29 (37,7%), другие цереброваскулярные заболевания – у 17 (22,0%).

Применялись клиничко-неврологическое обследование, ультразвуковая доплерография сосудов головы и шеи, суточное мониторирование артериального давления, количественная электроэнцефалография, лабораторные маркеры эндотелиальной дисфункции, МР-ангиография и МР-перфузия. **Результаты.** Головная боль выявлена у 58 подростков (75,3%), головокружение – у 46 (59,7%), обморочные состояния – у 19 (24,7%). Очаговая неврологическая симптоматика зарегистрирована у 28 пациентов (36,4%), вегетативные нарушения – у 63 (81,8%). По данным УЗДГ снижение линейной скорости кровотока выявлено у 44 пациентов (57,1%), асимметрия кровотока более 20% – у 29 (37,7%), признаки венозной дисциркуляции – у 41 (53,2%). Патологический суточный профиль артериального давления установлен у 35 подростков (45,5%). По данным ЭЭГ межполушарная асимметрия биоэлектрической активности выявлена у 33 пациентов (42,9%). Повышение уровня гомоцистеина отмечено у 39 подростков (50,6%). По данным МР-ангиографии аномалии Виллизиева круга выявлены у 36 пациентов (46,8%), снижение церебрального кровотока – у 31 (40,3%). Установлены корреляции между выраженностью головной боли и снижением мозгового кровотока ( $r=-0,48$ ), уровнем гомоцистеина и индексом резистентности ( $r=0,52$ ) при  $p<0,05$ . Прогностическая модель неблагоприятного течения показала точность 82,4%. **Выводы.** Мультимодальный подход обеспечивает выявление структурно-функциональных и метаболических механизмов нейрососудистой патологии у подростков и повышает точность прогноза течения заболевания.

Rejapova N.Sh., Komilova M.O

### DOPPLER GEMODINAMIK KO'RSATKICHLARINING HOMILA O'SISHINING KECHIKISHINI PROGNOZLASHDAGI DIAGNOSTIK VA PROGNOSTIK QIYMATI

Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O'zbekiston.

**Tadqiqotning dolzarbligi.** Homila o'sishining kechikishi (HO'K) perinatal asoratlar xavfini oshiruvchi muhim patologik holat bo'lib, uning patogenezida fetoplatsentar qon aylanishi buzilishlari yetakchi o'rin tutadi. Uteroplasentar va fetoplasentar gemodinamikaning erta o'zgarishlarini aniqlash HO'Kni prognozlash va xavfni stratifikatsiya qilishda muhim ahamiyatga ega. **Tadqiqot maqsadi.** Doppler gemodinamik ko'rsatkichlarining (UA PI, MCA PI, UA/MCA nisbati, DV oqimi) HO'Kni erta aniqlash va perinatal xavfni baholashdagi diagnostik va prognostik ahamiyatini o'rganish. **Material va metodlar.** Tadqiqot 160 nafar homilador ayol ishtirok etdi: asosiy guruhni homila o'sishining kechikishi (HO'K) tashxisi qo'yilgan 110 nafar homilador ayol (erta HO'K  $\leq 32$  hafta - 52 nafar, kechki HO'K  $> 32$  hafta - 58 nafar) tashkil etdi, nazorat guruhiga esa fiziologik kechayotgan homiladorlik bilan 50 nafar ayol kiritildi. Barcha ishtirokchilarda ultratovush tekshiruvchi orqali homila biometriyasi (AC, HC, BPD, FL), taxminiy vazni, amniotik suyuqlik indeksi va platsenta yetilish darajasi baholandi. Dopplerometriyada uterin arteriyalar, kindik arteriyasi (UA), o'rta miya arteriyasi (MCA) va ductus venosus (DV) oqimlari o'rganilib, PI ko'rsatkichlari hamda UA/MCA nisbati aniqlanib baholandi. Qo'shimcha ravishda AFP darajasi MoM birliklarda tekshirildi. **Natijalar.** HO'K aniqlangan guruhda UA PI ko'rsatkichining oshishi 62,4% holatda kuzatildi, bu nazorat guruhiga nisbatan ishonchli farqni ko'rsatdi ( $p<0,01$ ). MCA PI pasayishi va serebral redistribusiya belgilarining mavjudligi 47,1% holatda aniqlanib, erta HO'K guruhida sezilarli yuqori ko'rsatkich qayd etildi ( $p<0,05$ ). UA/MCA nisbatining patologik oshishi HO'K guruhida 54,3%, nazorat guruhida esa 12,0% holatda kuzatildi ( $\chi^2=18,6$ ;  $p<0,001$ ), bu uning yuqori prognostik ahamiyatini ko'rsatdi. DV oqimida diastolik komponentning buzilishi erta HO'Kda 38,5%, kechki HO'Kda esa 8,6% holatda aniqlanib, og'ir fetoplatsentar yetishmovchilik va perinatal asoratlar bilan ishonchli bog'liqlik ko'rsatdi ( $p<0,05$ ). Doppler ko'rsatkichlarining patologik kombinatsiyasi mavjud bo'lgan holatlarda perinatal asoratlar xavfi 2,7 baravar yuqori ekanligi aniqlangan (OR=2,7; 95% CI: 1,4–5,1). **Xulosa.** Doppler gemodinamik ko'rsatkichlari HO'Kni erta aniqlash va xavf guruhlarini belgilashda yuqori diagnostik va prognostik ahamiyatga ega. UA PI oshishi, MCA PI pasayishi hamda UA/MCA nisbatining ortishi fetoplatsentar yetishmovchilikning asosiy gemodinamik markerlari hisoblanadi. Dopplerometriyani homiladorlik monitoringiga tizimli joriy etish HO'Kni o'z vaqtida aniqlash va perinatal asoratlarni kamaytirishga xizmat qiladi.

**Rejapova N.Sh., Komilova M.O**  
**HOMILA O‘SISHINING KECHIKISHIDA COMT GENI POLIMORFIZMINING KLINIK-GENETIK AHAMIYATI**

Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O‘zbekiston.

**Tadqiqotning dolzarbligi.** Homila o‘shining kechikishi (HO‘K) perinatal kasallanish va o‘lim ko‘rsatkichlariga sezilarli ta‘sir ko‘rsatuvchi patologik holat hisoblanadi. HO‘K patogenezida platsentar yetishmovchilik, endotelial disfunktsiya va oksidlovchi stress muhim o‘rin tutadi. Katexol-O-metiltransferaza fermentini kodlovchi COMT geni (Val158Met polimorfizmi) katexolaminlar parchalanishini boshqaradi hamda uteroplasentar qon aylanishi va antioksidant muvozanatga bilvosita ta‘sir ko‘rsatadi. Shu jihatdan ushbu genning HO‘K rivojlanishidagi rolini aniqlash ilmiy va amaliy ahamiyatga ega. **Tadqiqot maqsadi.** Homilador ayollarda COMT (Val158Met) geni polimorfizmining HO‘K rivojlanishidagi klinik-genetik ahamiyatini baholash. **Material va metodlar.** Tadqiqotda HO‘K tashxisi qo‘yilgan homilador ayollar asosiy guruhni, fiziologik homiladorlar nazorat guruhini tashkil etdi. Periferik venoz qondan ajratilgan DNKda COMT genining Val158Met (rs4680) polimorfizmi PCR usulida aniqlanib, allel va genotip chastotalari baholandi. Statistik tahlil  $\chi^2$  mezonini yordamida o‘tkazildi, xavf darajasi OR va 95% CI bilan hisoblandi,  $p < 0,05$  ahamiyatli deb qabul qilindi. **Natijalar.** Molekulyar-genetik tahlil natijalariga ko‘ra, erta HO‘K guruhida Met allelining uchrash chastotasi 66,7% ni tashkil etib, nazorat guruhidagi 57,5% ga nisbatan yuqoriroq ekanini aniqlandi. Met/Met genotipi erta HO‘Kda 56,9% ni tashkil qilib, nazorat guruhidagi 35,6% ga nisbatan 1,6 baravar ko‘p uchradi ( $p < 0,05$ ). Xavf nisbatini baholashda Met/Met genotipi erta HO‘K rivojlanish ehtimolini 2,4 baravar oshirishi (OR=2,4; 95% CI 1,18–4,8) aniqlandi. Shu bilan birga, Val/Met heterozigot genotipi erta HO‘K guruhida 19,6% bo‘lib, nazorat guruhidagi 43,7% ga nisbatan deyarli 2 baravar kam qayd etildi ( $p < 0,05$ ; OR=0,3), bu esa uning nisbatan protektiv ta‘sirga ega bo‘lishi mumkinligini ko‘rsatadi. Val/Val genotipi esa guruhlar o‘rtasida sezilarli farq ko‘rsatmadi. Umumiy HO‘K guruhida ham Met allelining ustunligi saqlanib qolgan (62,5% ga qarshi 57,5%), bu katexolamin metabolizmining buzilishi va vazokonstriktor ta‘sirning kuchayishi platsentar perfuziya pasayishiga olib kelishi mumkinligini ko‘rsatadi. Kech HO‘K shaklida esa allel va genotip taqsimotlarida nazorat bilan ishonchli farq aniqlanmadi ( $p > 0,05$ ), bu HO‘K fenotiplarining genetik heterogenligini tasdiqlaydi. **Xulosa.** Olingan natijalar COMT genining Val158Met polimorfizmi, xususan Met/Met genotipi erta HO‘K rivojlanishida muhim genetik xavf omili bo‘lishi mumkinligini ko‘rsatdi. Met allelining yuqori chastotasi va xavf nisbatining ortishi ushbu genetik variantni erta HO‘K uchun potentsial molekulyar marker sifatida ko‘rib chiqish imkonini beradi hamda individual prognozlash va xavf guruhini shakllantirishda klinik ahamiyat kasb etadi.

**Рузикулов Н.Ё., Суюнова Ф.**

**ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ УРАТНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд Узбекистан

**Актуальность.** Нарастанием распространенности во всем мире хронических соматических заболеваний обычно имеющих полигенное происхождение с началом чаще всего в детском. Поэтому особенно возрос интерес не только к установлению факта наличия, но и к расшифровке конкретных механизмов предрасположения к этим заболеваниям. **Материалы и методы:** обследовано 50 детей с уратной нефропатией и 25 здоровых детей в возрасте 5 – 12 лет. С целью установления взаимосвязей целостности цитомембран с показателями гемостаза определялся уровень фракции фосфолипидов – фосфотидилэтаноламина в мембранах эритроцитов и сыворотке и показатели коагулограммы: время свертывания крови, время рекальцификации плазмы, фибриноген, толерантность плазмы к гепарину, протромбиновый индекс, количество тромбоцитов, фибринолитическая активность крови. **Результаты исследования.** У больных урикопатией содержание фосфотидилэтаноламина в сыворотке крови и эритроцитарных мембранах составило соответственно  $8,9 \pm 0,81\%$  и  $35,3 \pm 0,99\%$  по сравнению с контролем  $6,5 \pm 1,1\%$  и  $38,9 \pm 1,12\%$ . У детей с уратной нефропатией отмечалась активация свертывающей системы крови при уратных и в летнее время года: время свертывания летом и зимой соответственно составило у здоровых  $345,2 \pm 2,1$  и  $361 \pm 3,2$  сек, при урикопатиях  $304,2 \pm 2,8$  и  $372,1 \pm$



3,7 сек. Фибриноген у здоровых летом и зимой соответственно  $445 \pm 8,2$  и  $340,2 \pm 9,7$  при урикопатиях  $468 \pm 8,7$  мг и  $345 \pm 6,8$  мг. Толерантность плазмы к гепарину у здоровых летом  $432 \pm 7,5$  сек., зимой  $453 \pm 7,7$  сек., у больных  $465 \pm 5,8$  и  $474 \pm 4,6$  сек. Время рекальцификации у здоровых летом составило  $89,7 \pm 7,8$ , зимой  $92,2$  сек., у больных  $89,7 \pm 4,7$  и  $87,1 \pm 1,1$  сек. Количество тромбоцитов у здоровых летом  $380 \pm 4,3$  зимой  $351 \pm 6,3 \times 10^9$ , у больных  $364 \pm 6,7$  и  $356 \pm 6,7 \times 10^9$ . Фибринолитическая активность у здоровых летом  $14 \pm 4,3$ , зимой  $10 \pm 1,39$ , у больных соответственно  $15 \pm 6,7$  и  $12 \pm 7,5$ . **Выводы:** установлено увеличение количества фосфотидилэтаноламина в сыворотке крови, являющегося мощным прокоагулянтом, и активация свертывающей системы крови, более выраженная в период летней жары, что утяжеляет течение нефропатий.

**Rustamova X.X., Rasulov S.Q.**

### **HOMILADOR VA EMIZIKLI AYOLLAR VA BOLALARDA MIKRONUTRIENTLAR YETISHMOVCHILIGINI PROFILAKTIKASIDA TABIIY-MILLIY MAHSULOTLARNING AHAMIYATI.**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

**Asosiy matn.** Ona-bola tizimida makro- va mikroelementlar yetishmasligining oldini olish uchun tarkibi mikroelementlarga boy bo'lgan tabiiy milliy oziq-ovqat mahsulotlaridan foydalanish va nutritiv qo'llab quvvatlash bugungi kunning dolzarb mavzularidan biri bo'lib qolmoqda. **Tadqiqot maqsadi.** Xomilador va emizikli ayollar va 1 yoshdan oshgan bolalarda mikronutrientlar yetishmovchiligini oldini olish hamda nutritsion qo'llab quvvatlash uchun tabiiy milliy oziq-ovqat mahsulotlaridan Uzum shinnisining makro- va mikroelementlar tarkibini o'rganish orqali tavsiyalar ishlab chiqishdan iborat. **Material va usullar.** Makro- va mikroelementlarni tekshirish neytron-aktivatsion usulda olib borildi, uzum shinnisi tarkibida 23 turdagi kimyoviy elementlar aniqlandi. Ta'kidlash joizki, uzum shinnisini yangi texnologiya asosida mualliflarning o'zlari tomonida ishlab chiqarilgan. Mahsulotning iste'molga yaroqliligini aniqlash maqsadida Samarqand viloyat sanitariya-epidemiologi osoyishtaligi va jamoat salomatligi markazida SanPiN (Sanitariya va epidemiologiya qoidalari) asosida uzum shinnida sanitariya va bakteriologik, radionuklid, pestitsidlar va toksik elementlar miqdori tahlil qilindi. **Natijalar.** To'plangan natijalar uzum shinnisining nihoyatda nihoyatda foydaliligi va xavfsizligini ko'rsatdi. Tadqiqotga ko'ra, uzum shinnisining shakar miqdori 70% ni tashkil etdi. Uzum shinnisining tarkibi quyidagicha: mikroelementlardan kobalt - 0,07 mkg/g, temir - 78 mkg/g, ayniqsa ruxning miqdori - 960 mkg/g, bu standart namunalardan 20 baravar ko'p, mis 50 dan 100 mkg/g gacha, marganets - 3,4 mkg/g, selen - 0,1 mkg/g, yod - 0,21 mkg/g gacha, xrom - 0,21 mkg/g, molibden - 1,0 mkg/g aniqlandi. Shartli zarur mikroelementlar - brom va nikel uzum shirnisidagi standart namunalarga qaraganda pastroq. Toksik elementlar orasida simob o'rganilgan - 0,05 mkg/g gacha. Uzum sharbatida boshqa abiogen va zaharli elementlar (surma va lantan) juda kam miqdorda mavjud (0,0005 mkg/g dan 0,005 mkg/g gacha). Bu bizning kompaniyamizda yetishtirilgan ushbu oziq-ovqat mahsulotining ona va bola uchun xavfsizligi kafolatlanganligini ko'rsatadi. **Xulosalar.** Bolalarning o'sishi va rivojlanishini, shuningdek, organizmning mikroelementlar holati va funksiyalarini optimallashtirish uchun yetarlicha o'rganilmagan va kam qo'llaniladigan an'anaviy oziq-ovqat mahsulotlaridan uzum shinnisi hayot uchun muhim makro- va mikroelementlarga boy bo'lib, xomilador va emizikli ayollarda va 1 yoshdan katta bolalarda mikronutrientlar yetishmovchiligini oldini olishda va hayot sifatini yaxshlashda yaxshi samara berishi mumkin.

**Саидова Г.О.**

### **СИМПТОМОКОМПЛЕКС И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ**

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

**Цель.** Совершенствование методов ранней диагностики синдрома гиперандрогении у женщин с латентным и манифестным течением заболевания путём выявления гормональных, биохимических, биоимпедансных и ультразвуковых показателей, влияющих на характер течения патологии. **Материалы и методы.** Проведено исследование, направленное на изучение нарушений генеративной функции у пациенток с различными формами гиперандрогении с целью восстановления репродуктивного здоровья. У всех включённых в исследование женщин на фоне клинических и/или

биохимических признаков гиперандрогении были выявлены нарушения генеративной функции, проявлявшиеся в виде первичного или вторичного бесплодия, а также привычного невынашивания беременности. I группа включала 47 женщин с гиперандрогенией и нормальной массой тела (ИМТ < 25) в возрасте от 23 до 35 лет (средний возраст —  $27,5 \pm 2,5$  года). II группа состояла из 55 женщин с гиперандрогенией и висцеральным ожирением (ИМТ > 25) в возрасте от 24 до 36 лет (средний возраст —  $28,1 \pm 2,1$  года). III (контрольная) группа включала 30 практически здоровых женщин репродуктивного возраста (средний возраст —  $27,9 \pm 1,91$  года), из которых у 15 масса тела соответствовала норме (ИМТ < 25; средний возраст —  $27,2 \pm 1,8$  года), а у остальных 15 диагностировано экзогенно-конституциональное ожирение (ИМТ > 25; средний возраст —  $26,7 \pm 2,1$  года). **Результаты.** В группе I достоверно чаще встречалось первичное бесплодие ( $p < 0,05$ ). Частота привычного невынашивания беременности была сопоставима в обеих исследуемых группах. Характер нарушений менструального цикла также существенно не различался между группами ( $p > 0,05$ ). Клинические проявления гиперандрогении (гирсутизм, угревая сыпь) достоверно чаще встречались во II группе ( $p < 0,05$ ), что можно объяснить сопутствующими метаболическими нарушениями, отягощающими клинику ГА. На момент обращения у большинства пациенток отмечались нарушения менструального цикла по типу олигоаменореи, без значимых различий между группами. У пациенток I группы у 80,3% менструальные нарушения отмечались с момента менархе. Во II группе у 58,5% женщин вторичные нарушения менструального цикла возникли на фоне прогрессирующего увеличения массы тела в постпубертатный период. У остальных 37,8% менструальные нарушения отмечались с менархе, что может служить клиническим критерием СПКЯ - гиперандрогении овариального генеза. **Выводы.** Выделение первых двух групп основано на наличии или отсутствии избыточной массы тела, поскольку ожирение само по себе способствует метаболическим нарушениям, отягощающим гормональный гомеостаз. У большинства пациенток с нормальным весом менструальные нарушения, гирсутизм и первичное бесплодие регистрировались с периода менархе. Лишь в 12,9% наблюдений (I группа) были выявлены морфотипические изменения, указывающие на андрогенное влияние с периода адренархе, что косвенно может свидетельствовать о нетипичной форме ВДКН.

Саидова М.М., Азизова П.Г., Имодинова М.Ф., Ходжаева Н.Н.

### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али Ибн Сино. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Выявить закономерности клинических проявлений и оценить степень выраженности гематологических нарушений у пациенток пубертатного возраста с ИТП. **Материалы и методы.** В основу работы легли результаты клинического наблюдения 15 девочек-подростков (возрастной диапазон 12 – 16 лет). Диагноз Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Постгеморрагическая анемия выставлялся на основании комплексного обследования. Уникальность выборки заключалась в длительном катамнестическом наблюдении: период мониторинга состояния пациенток варьировался от 1,5 до 7 лет, что позволило оценить динамику заболевания в долгосрочной перспективе. **Результаты исследования.** Первичный анализ жалоб при госпитализации показал высокую полиморфность геморрагических проявлений. У всех обследованных пациенток доминировал сочетанный характер кровотечений. Ключевыми клиническими маркерами стали рецидивирующие профузные носовые кровотечения и кровоточивость десен. Однако наиболее прогностически неблагоприятным симптомом у девочек данной возрастной группы выступили выраженные маточные кровотечения (меноррагии), которые в 85% случаев приводили к развитию вторичной постгеморрагической анемии. Лабораторная верификация продемонстрировала глубокий дефицит тромбоцитарного звена: уровень тромбоцитов в периферической крови колебался в пределах  $12,0 - 57,0 \times 10^9/\text{л}$ . Выраженность анемического синдрома подтверждалась снижением содержания эритроцитов, достигавшим в наиболее тяжелых случаях критических цифр —  $1,0 \times 10^{12}/\text{л}$ . Патогномичным признаком стало угнетение ретракции кровяного сгустка (снижение до 12–30% при



норме 45 – 65%). При цитологическом исследовании пунктатов костного мозга (миелограммы) у всех больных регистрировалась компенсаторная гиперплазия мегакариоцитарного ростка. Данный феномен свидетельствовал об интенсивной продукции тромбоцитов, которые, однако, подвергались ускоренной деструкции в кровяном русле под воздействием антитромбоцитарных антител. **Вывод.** Таким образом, клиническое течение ИТП у девочек в период пубертата характеризовалось агрессивностью и склонностью к массивным маточным потерям крови. Несоответствие между гиперплазией мегакариоцитов в костном мозге и глубокой периферической тромбоцитопенией требует дифференцированного подхода к терапии. Учитывая длительность наблюдения (до 7 лет), такие пациентки нуждаются в непрерывном мультидисциплинарном контроле с участием гематолога и гинеколога для предотвращения рецидивов постгеморрагической анемии.

**Saidkhonova A.M.**

### **ASSESSMENT OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN USING THE ARIA QUESTIONNAIRE**

Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

The growing number of children with allergic rhinitis worldwide is linked to misinterpreted symptoms, delayed consultation with pediatric allergists, and late diagnosis. As it accounts for 60–70% of allergic diseases and affects 10–15% of children, it remains a significant global health problem. **The aim of the study:** to identify patients diagnosed with allergic rhinitis according to the adapted ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) questionnaire. **Materials and research methods.** The study was conducted in the pediatric allergology department of the Tashkent State Medical University Multidisciplinary Clinic and examined 79 sick children with a diagnosis of allergic rhinitis (AR). The age of the patients diagnosed with allergic rhinitis was 6 to 17 years, and the mean age of the patients was  $9.1 \pm 0.31$ . All patients were interviewed prior to admission to the clinic to diagnose or confirm “Allergic Rhinitis”. The survey was developed and adapted by the international ARIA program. The questionnaire consists of 2 main questions and 10 sub-items. Small items have “yes” or “no” answers. **Results and discussions.** According to the results of key question 1, the following questions were answered during a survey of 79 patients. Aqueous discharge from the nose was detected in 40 patients (100%), in 20 children (17.8%) - a small amount of mucous discharge. Sneezing and nasal congestion were observed in all children in the study (100%). Difficulty breathing through the nose was observed from mild to non-nasal breathing at all. Nasal itching was confirmed by all patients, persistent itching was noted in 32 patients (28.5%), moderate itching - in 45 patients (40%). In answering question 2, all patients denied unilateral nasal symptoms, and nasal congestion was observed without other symptoms, confirming the presence of an allergic process. Thick discharge from the nose to the throat was observed in 16 (20.3%) patients and mucosal-purulent discharge in 7 (8.8%) patients, indicating the presence of other ENT pathology. Recurrent nosebleeds, watery rhinorrhea, and forced nasal congestion occur in 45 (40%) patients. In 70 patients (88.3%), odor insensitivity was identified as an additional symptom of AR. **Conclusion.** Thus, using the questionnaire, allergic rhinitis was detected in all children, as well as pathology of the ENT organs, which required further detailed diagnosis. Further, we analyzed the age at which the first symptoms of AR were observed. The first symptoms of AR were reported at 5.9 years of age. The average age for referral to AR and clinical diagnosis was 9.1 years. It should be noted that on average, 3 years elapsed from the onset of AR symptoms until diagnosis.

**Saydivaliyev N.N., Kamilova J.E.**

### **BOLALAR OZUQA ZANJIRIDAGI MIKROPLASTMASSALARNING ICHAK MIKROBIOTASI VA BIOFILMLAR SHAKLLANISHIGA TA’SIRI: PEDIATRIK EKOLOGIK SALOMATLIKNING YANGI UFQLARI**

EMU university, Tashkent, O’zbekiston

**Dolzarbliqi:** Hozirgi kunda atrof-muhitning mikroplastmassalar (MP) va nanoplastmassalar (NP) bilan ifloslanishi global muammoga aylangan. Pediatriya amaliyotida bu masala ayniqsa dolzarbdir, chunki go’daklar va yosh bolalar ozuqa zanjiri (masalan, plastik idishlardagi sun’iy aralashmalar, qadoqlangan oziq-

ovqatlar, emiziklar) orqali MP larning doimiy ta'siriga duchor bo'lishadi. So'nggi tadqiqotlar MP larning inson oshqozon-ichak traktiga kirib, mahalliy mikrobiota va hujayra qoplamlari bilan bevosita o'zaro ta'sirga kirishishini ko'rsatmoqda. **Tadqiqot maqsadi:** Bolalar ozuqasi orqali organizmga tushadigan mikroplastmassalarning ichak mikrobiotasi tarkibiga va patogen bakteriyalar ishtirokida biofilmlar shakllanishiga ta'sirini zamonaviy adabiyotlar asosida tahlil qilish. **Material va usullar:** Mavzuga oid so'nggi yillardagi xalqaro ilmiy ma'lumotlar bazalaridagi maqolalar va eksperimental tadqiqot natijalari o'rganildi. **Natijalar va muhokama:** Oshqozon-ichak traktiga tushgan mikroplastmassalar o'ziga xos "ekologik nish" – plastisfera (plastisphere) hosil qiladi. Sintetik zarrachalar yuzasida mikroorganizmlar tezlik bilan adgeziyaga uchrab, kuchli va barqaror biofilmlar shakllantiradi. Ushbu biofilmlar bakteriyalarni, xususan, opportunistik va patogen shtammlarni xostning immun tizimi hamda antibakterial vositalar ta'siridan himoya qiluvchi qalqon vazifasini o'taydi. Bakterial biofilmlar ekologiyasi va ularning turli yuzalar bilan o'zaro ta'sirini o'rganuvchi fundamental tadqiqotlar (xususan, H.-K. Flemming va boshqalar ishlari) polimer yuzalardagi biofilmlar o'ziga xos ekstrahujayrali matrisa hosil qilib, patogenlik omillari va antibiotiklarga chidamlilik genlari almashinuvini tezlashtirishini ko'rsatadi. Bolalar ichak traktida bu jarayon mikrobiota muvozanatini buzib, erta disbioz holatlariga olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, MP zarrachalari va ularning yuzasidagi mikroblar biofilmlar ichak epiteliy hujayralari bilan interaksiyaga kirishib, yallig'lanish reaksiyalarini faollashtiradi, ichak devori o'tkazuvchanligini oshiradi ("leaky gut" sindromi) va muhim ozuqa moddalarining so'rilish jarayonlariga to'sqinlik qiladi. **Xulosa:** Mikroplastmassalar bolalar oshqozon-ichak traktida patogen bakteriyalar uchun o'ziga xos "tashuvchi" va himoya qobig'i (biofilm) vazifasini o'taydi, bu esa mikrobiota barqarorligiga jiddiy xavf tug'diradi. Bolalar ozuqalarini tayyorlash va saqlashda xavfsiz muqobil materiallardan foydalanishni rag'batlantirish zarur. Pediatriya amaliyotida ekologik toksinlar va mikroplastmassalar ta'sirini kamaytirish bo'yicha yangi klinik tavsiyalar ishlab chiqish ekologik pediatriyaning eng muhim uflari qatoriga kiradi.

Салимзода Н.С., Ходжаева Н.Н.

## ГИПЕРТЕРМИЯ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПРИЁМНОГО ПОКОЯ.

Таджикский государственный медицинский университет  
им. Абу Али Ибн Сино. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Изучить клинико-диагностические особенности гипертермии неясного генеза у детей, поступающих в приёмное отделение, а также оценить эффективность первичного диагностического алгоритма на базе ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». **Материал и методы.** Исследование проведено на базе детского приёмного отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Проведён ретроспективный анализ 130 детей, поступивших с гипертермией (температура тела  $\geq 38$  °C) в период 2024–2026 гг., у которых при первичном осмотре причина повышения температуры тела оставалась неустановленной. Возраст пациентов варьировал от 1 месяца до 16 лет, средний возраст составил  $6,4 \pm 3,7$  года. Среди обследованных детей мальчики составили 56% (n=73), девочки — 44% (n=57). Диагностический алгоритм включал сбор анамнеза, физикальное обследование, оценку жизненно важных показателей (ЧСС, ЧД, SpO<sub>2</sub>, АД), а также лабораторно-инструментальные методы исследования. Всем пациентам проводились ОАК, биохимия крови, ОАМ. По показаниям выполнялись рентгенография органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости и почек, а также консультации узких специалистов. **Результаты исследования.** В ходе дальнейшего диагностического поиска причина гипертермии была установлена у 101 пациента (77,7%). Инфекционные заболевания являлись наиболее частой причиной гипертермии и были выявлены у 79 детей (60,8%). Среди них острые респираторные вирусные инфекции составили 33,8% (n=44), бактериальные инфекции дыхательных путей — 13,1% (n=17), инфекции мочевыводящих путей — 8,5% (n=11), кишечные инфекции — 5,4% (n=7). Неинфекционные причины гипертермии выявлены у 22 пациентов (16,9%). Среди них воспалительные заболевания составили 6,9% (n=9), хирургическая патология органов брюшной полости — 5,4% (n=7), лекарственные реакции — 4,6% (n=6). У 29 детей (22,3%) причина гипертермии на этапе приёмного покоя не была установлена, что потребовало дальнейшего обследования в условиях стационара. Госпитализация потребовалась 74 пациентам (56,9%), тогда как 56 детей (43,1%) после стабилизации состояния были направлены на амбулаторное наблюдение.

**Выводы.** Гипертермия неясного генеза у детей в условиях приёмного покоя остаётся актуальной диагностической проблемой. Результаты исследования показали, что ведущую роль в структуре причин гипертермии занимают инфекционные заболевания. Использование стандартизированного диагностического алгоритма позволяет установить причину гипертермии более чем у 75% пациентов уже на этапе первичного обследования, что способствует своевременному началу терапии и снижению риска развития осложнений.

**Сафаргалина А.Д., Асылгареева Г.М.**

### **МНОГОЛЕТНИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЁЗОМ И ДИЗЕНТЕРИЕЙ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН**

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Российская Федерация

**Введение.** Сальмонеллёз и дизентерия сохраняют наибольший удельный вес в структуре кишечных инфекций и являются наиболее частой этиологической формой бактериальных острых кишечных инфекций у детей. **Цель работы:** выявить современные особенности эпидемического процесса сальмонеллёза и дизентерии среди детей на примере отдельных районов Республики Башкортостан (РБ) за 10-летний период. **Материалы и методы.** Проанализировали форму федерального статистического наблюдения №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» по отдельным районам РБ (Уфимский, Иглинский, Чишминский, Кушнаренковский и Благовещенский) за 2011-2020 гг. Численность населения получена из Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по РБ. Ретроспективный анализ заболеваемости проведен на основе анализа многолетней динамики заболеваемости, среднемноголетних показателей заболеваемости, анализа возрастной и нозологической структуры заболеваемости. Результаты подвергались статистической обработке в Microsoft Excel 2019, с учетом собственной ошибки показателей. **Результаты.** Многолетняя динамика заболеваемости сальмонеллёзом характеризовалась благоприятной нисходящей тенденцией (темп снижения по территориям от 0,2% до 7,1%). Динамика заболеваемости дизентерией имела более выраженный темп снижения (от 8,4% до 12,2%). Достоверно более высокие показатели заболеваемости сальмонеллёзом на исследуемых территориях регистрировались среди детского населения в возрасте до 14 лет (от  $83,8 \pm 10,6^{0/0000}$  до  $119,1 \pm 9,9^{0/0000}$ ). Значимо более высокая заболеваемость дизентерией по территориям также регистрировалась среди детей 0-14 лет (от  $54 \pm 8,6^{0/0000}$  до  $80,8 \pm 7,7^{0/0000}$ ). На детей до 14 лет по территориям приходилась и наибольшая доля в структуре заболевших сальмонеллёзом (от 48,8% до 63,6%) и дизентерией (от 48,7% до 63,8%). Среди детей достоверно более высокая заболеваемость как сальмонеллёзом (от  $67,9 \pm 9,5^{0/0000}$  до  $227,2 \pm 11,2^{0/0000}$ ), так и дизентерией (от  $59,2 \pm 6,1^{0/0000}$  до  $202 \pm 10,5^{0/0000}$ ) выявлена у детей 0-2 лет. На их долю в структуре заболевших приходилось до половины зарегистрированных случаев по территориям (25%-51% при сальмонеллёзе; 33,3%-56% при дизентерии). Среди детей до 2 лет в 93,6% случаев сальмонеллёз был вызван сальмонеллами серогруппы Д. Зарегистрированные случаи дизентерии у детей 0-2 лет преимущественно (79,1%) были обусловлены шигеллами Флекснера. **Заключение.** Выявленные особенности заболеваемости сальмонеллёзом и дизентерией подтверждают принадлежность детей 0-2 лет к группе риска и диктуют необходимость дальнейшей оптимизации профилактических мероприятий в отношении острых кишечных инфекций в целом.

**Сафарова У.Ш., Махсумова Б.А., Зиёева Ш.К., Ходжаева Н.Н.**

### **РОЛЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЁРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ**

Таджикский государственный медицинский университет  
им. Абу Али Ибн Сино. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Изучить клинико-лабораторные маркеры имеющие диагностические значение при геморрагическом васкулите у детей. **Материал и методы.** В детском гематологическом отделении НМЦ „Шифобахш” под наблюдением находились 30 больных с диагнозом:

Геморрагический васкулит. Для подтверждения диагноза и оценки тяжести состояния пациентов были проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования. Лабораторное обследование включало общий анализ крови, биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, АЛАТ, АСАТ, мочевины, креатинин), С-реактивный белок; АСЛ-О, IgA, ЦИК, общий IgE, EBV, CMV (IgM IgG), общий анализ мочи и кала, УЗИ-почек. **Результаты исследования.** При анализе анамнестических данных установлено, что у всех пациентов с геморрагическим васкулитом заболевание развилось на фоне перенесённых острых респираторных вирусных инфекций и острой лакунарной ангины, а также после применения различных лекарственных препаратов. Все пациенты поступили в стационар в тяжёлом и среднетяжёлом состоянии. Объективно у всех больных наблюдались симметричные мелкоочечные кровоизлияния на ногах и ягодицах, а также поражение крупных суставов (голеностопных, коленных, локтевых). у части больных отмечались схваткообразные интенсивные боли в животе. По данным лабораторных исследований у 98% пациентов выявлены признаки воспалительного процесса: повышение уровня С-реактивного белка (от 25 до 50 мг/л), лейкоцитоз (от 10 до  $45 \cdot 10^9$ /л) и ускорение СОЭ (от 15 до 45 мм/час). В биохимическом анализе крови показатели были в пределах нормы. Иммунологические изменения характеризовались повышением уровня IgA (2,5-5,5 г/л) и ЦИК у 85% больных, что отражает иммунокомплексный характер заболевания и коррелируют с активностью воспалительного процесса. У 48% пациентов выявлено повышение уровня общего IgE, а также увеличение титра АСЛ-О у части больных, что указывало на роль стрептококковой инфекции в развитии заболевания. По данным ИФА у большинства обследованных выявлялись серологические признаки перенесённой EBV (IgG) и CMV (IgG) – инфекции. В общем анализе мочи у 27% больных регистрировались протеинурия (до 1,5 г/сут) и макрогематурия (5-150 эритроцитов в п/з), что свидетельствовало о вовлечении почек в патологический процесс. Ультразвуковое исследование почек у большинства пациентов выявляло признаки диффузных изменений паренхимы почек. **Вывод.** Полученные данные показали, что у детей с геморрагическим васкулитом выявляются характерные клинические проявления и лабораторные изменения: повышение СРБ, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, а также увеличение уровня IgA и ЦИК. Эти показатели имеют важное значение для диагностики и оценки активности заболевания.

**Семашко Е.Б., Мулярчик О.С., Данилович Л.К.**

## **ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ УЧИТЕЛЕЙ В ВОПРОСАХ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ШКОЛЬНОЙ СРЕДЕ**

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Республика Беларусь

**Актуальность.** В любой образовательной среде безопасность учащихся имеет первостепенное значение. Несчастные случаи или острые ситуации могут возникнуть в любой момент, поэтому учителям крайне важно быть готовыми к таким ситуациям. Только обученные педагоги могут действовать быстро и эффективно. Их умение оказывать первую помощь может значительно снизить тяжесть травм и потенциально спасти жизни. **Материалы и методы исследования.** Проведено добровольное анонимное анкетирование 48 учителей г. Гродно на базе Google-форм. Обработка данных выполнена при помощи программы Microsoft Office Excel. **Результаты.** Среди опрошенных большую часть (83,3%) составили женщины. Установлено, что более трети респондентов (39,6%) никогда не проходили обучение по первой помощи, 8,3% опрошенных получили знания в автошколе, и только незначительная часть (6,3%) посещала специализированные курсы. При этом большая часть (61%) респондентов хотела бы пройти обучение по первой помощи, тогда как 39% выразили отказ. На вопрос о причинах невозможности посещения таких курсов большинство респондентов (84,1%) сослались на нехватку времени, 20,5% опрошенных — на отсутствие соответствующих курсов, 9,4% респондентов — на платный характер курсов, а 2,3% не видели необходимости. Установлено, что около половины (52,1%) респондентов не оказывались в ситуациях, требующих оказания первой помощи. При этом 18,8% респондентов были уверены в своей способности оказать первую помощь, около 40% опрошенных в случае возникновения соответствующей ситуации попытались бы помочь пострадавшему, несмотря на неуверенность в своих навыках. Среди тех, кто не был готов помочь, 81,8% боялись сделать что-то неправильно, а 9,1% просто не хотели участвовать. При анкетировании

установлено, что наличие дыхания у человека без сознания правильно смогли бы определить 18,8% респондентов. Для выполнения сердечно-легочной реанимации 70,8% опрошенных считали необходимым расположить пострадавшего на жесткой поверхности. Установлено, что больше половины (54,2%) респондентов не знали с чего следует начинать сердечно-легочную реанимацию при оказании первой помощи. На вопрос о том, где необходимо располагать руки при выполнении непрямого массажа сердца только треть (35,4%) опрошенных указали правильный ответ (на нижнюю треть грудины). Всего четверть респондентов (25%) знали необходимую частоту компрессий во время непрямого массажа сердца (100-120 в минуту). **Выводы.** Таким образом, уровень знаний учителей о методах оказания первой помощи является недостаточным. Это свидетельствует о необходимости непрерывного обучения педагогов основам первой помощи, основанного на едином алгоритме, с обязательным использованием симуляционного оборудования для формирования устойчивых практических навыков.

**Собиров С.У., Рабиева М.С.**

### **РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ КАК ФАКТОР РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Таджикский государственный медицинский университет  
Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Целью данного исследования являлось изучение влияния рецидивирующих инфекций мочевых путей (РИМП) на развитие хронической болезни почек (ХБП) у детей в возрасте 1-16 лет и выявление факторов, повышающих риск прогрессирования почечной патологии. **Материалы и методы исследования.** В исследование приняли участие 45 детей с рецидивирующими инфекциями мочевых путей. Проводилось комплексное обследование: клинический осмотр, общий и бактериологический анализ мочи, ультразвуковое исследование почек, оценка функции почек (креатинин, скорость клубочковой фильтрации). Анализировались частота эпизодов инфекции, тяжесть течения, наличие уродинамических нарушений и наследственная предрасположенность. Для оценки статистической значимости различий использовался стандартный анализ корреляций. **Результаты исследования.** Из 45 детей с РИМП у 30 (66,7%) отмечено снижение скорости клубочковой фильтрации. У 20 детей (44,4%) выявлены рубцовые изменения почек на ультразвуковом исследовании. Частота эпизодов инфекции более 3 раз в год была связана с более выраженным снижением функции почек – у 15 детей (33,3%). Дети с уродинамическими нарушениями имели в 2 раза более высокий риск прогрессирования ХБП по сравнению с детьми без таких аномалий. В контрольной группе детей без РИМП снижение функции почек не наблюдалось. **Выводы.** Рецидивирующие инфекции мочевых путей у детей 1-16 лет являются значимым фактором риска формирования хронической болезни почек. Раннее выявление и адекватное лечение инфекций, а также мониторинг функции почек позволяют снизить вероятность прогрессирования ХБП. Частота инфекций и наличие уродинамических нарушений являются ключевыми факторами риска и требуют внимания при ведении педиатрических пациентов.

**Sultonov R.K., Boboyorova R.U.**

**SURUNKALI BRUSELLEZ DAVOSIDA FIZIOTERAPEVTIK  
MUOLAJALARNING SAMARADORLIGINI BAHOLASH**  
Termiz iqtisodiyot va servis universiteti, Surxandaryo, O'zbekiston

**Muammoning dolzarbligi:** O'rta Osiyo mintaqalari mamlakatlarida brusellez kasalligi uchrash ko'rsatkichi yuqumli kasalliklar hali ham yuqori foizlarda turibdi, ya'ni kasallik O'zbekiston mintaqasining taxminan 10 ta administrativ tumanida qayd etiladi (Respublikaning 80%ni tashkil etadi). **Tadqiqot maqsadi:** Yuqoridagilarni inobatga olgan holda, brusellez kasalligini o'tkir shaklidan surunkali shakliga o'tishini kamaytirish, surunkali shaklida esa nogironlik havfini kamaytirish maqsadida davoni takomillashtirish zarurligini va fizioterapevtik muolajalarning samaradorligini baholashni maqsad qilib oldik. **Tekshirish usullari va materiallari:** Surunkali brusellez bilan og'rigan 140 nafar bemorlar tekshirildi, ularning yoshi 19

dan 50 yoshni, o'rtacha 32,2 yoshni tashkil qildi. Ulardan 79 nafari erkaklardan, 61 nafar ayollardan iborat. Klinik tashxis bemorlarning anamnezi, kasallik tarixi hamda laborator instrumental tekshiruvlar asosida qo'yildi. **Tadqiqot natijalari:** Bemorlarning kuzatishimiz asosida shuni aqladikki, ikkilamchi surunkali brusellez klinikasi uchun intoksikatsiya sindromi, ya'ni to'liqsimon harorat, qaltirash, terlash xos, birlamchi brusellezda esa bu holat bir muncha sust rivojlangan. Retikuloendotelial tizim a'zolarining zararlanishi ham ikkilamchi surunkali brusellezda birlamchi surunkali brusellezga nisbatan yaqqol ko'rinadi ( $57,6 \pm 5,1\%$ ). Brusellez kasalligida asosiy patologik jarayon tayanch-harakat tizimida ro'y beradi. Shunisi ta'kidlash kerakki, birlamchi surunkali brusellezda artralgiya belgisi ( $77,9 \pm 4,2\%$ ) kuzatildi. Ikkilamchi surunkali brusellez bilan og'rigan bemorlarda esa bo'g'imlarda ko'zga ko'rinarli o'zgarishlar (bo'g'imda shish, qizarish, harakatning cheklanganligi) bilan o'tuvchi artrit ( $70,6 \pm 4,7\%$  va  $20,0 \pm 4,1\%$ ,  $r < 0,05$ ) xos. Kasallikni davolashda harakat-tayanch tizimida bo'ladigan patologik jarayonni hisobga olgan holda yallig'lanishning o'tkir davrida etiologik va simptomatik davodan foydalandik. Yallig'lanish bir muncha pasaygandan so'ng (etiotrop davoning birinchi kursi tugaganidan so'ng) bemorlarga bo'g'imlarda og'riqni qoldirish, yallig'lanishni kamaytirish uchun mumiyoli elektroforez, so'rilishni kuchaytirish uchun lidaza bilan fonoforez, parafin va loy aplikatsiyalari, spazmni kamaytirish maqsadida gidrokortizonli ultratovush kabi fizioterapevtik muolajalarni, artroz – artritlarda osteoxondrozda, nevrirlarda radikulitlarda esa uqalashni buyurdik. **Xulosa:** Yuqoridagilarga asoslangan holda, surunkali brusellez bilan og'rigan bemorlarni davolashda harakat-tayanch tizimida kechayotgan yallig'lanish jarayonini susaytirish va bu tizimdagi harakat faoliyatini saqlab qolish, yallig'lanish natijasida kelib chiqadigan bo'g'imdagi turli xil asoratlarni, nogironlikni oldini olish uchun etiotrop, patogenetik, umumquvvatlovchi terapiya bilan birgalikda fizioterapevtik muolajalarni olib borish juda zarur. Shu bilan birga rehabilitatsiya maqsadida bemorlarga harakat-tayanch va asab tizimini zararlanganligini hisobga olgan holda oltingugurt va rodonga boy oromgohlarga borish tavsiya etiladi.

қўлланилиши мумкин.

Султонова Г.Ю., Нормаматова Н.Б.

## БОЛАЛАРДА ДИАРЕЯ БИЛАН БОҒЛИҚ ҲОЛАТЛАРДА ПРОКАЛЬЦИТОНИН (PCT) ВА С-РЕАКТИВ ОҚСИЛ (CRP)НИНГ БАКТЕРИАЛ ВА НОН-БАКТЕРИАЛ ЭТИОЛОГИЯНИ ФАРҚЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ

Тошкент давлат тиббиёт университети  
Тошкент, Ўзбекистон

**Тадқиқот мақсади:** PCT ва CRP кўрсаткичларининг болаларда бактериал ва нон-бактериал этиологияни фарқлашдаги аҳамиятини баҳолаш текширишдан иборат. **Тадқиқот материаллари ва усуллари.** Ретроспектив таҳлил усули орқали 2019–2021 йилларда Ўзбекистон Республикаси ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юкумли ва паразитар касалликлар амалий тиббий маркази диарея бўлимида даволанган 150 нафар бола таҳлил қилинди. Солиштириш учун 30 соғлом болада ҳам PCT ва CRP концентрациялари ўлчанди. Қон ва нажас намуналари қабулда олинди. PCT концентрациялари иммунофермент усули (ELISA) орқали, CRP концентрациялари турли биохимиявий спектрофотометрик усуллар билан ўлчанди. Шунингдек, бактериологик таҳлиллар учун нажасдаги патоген микроорганизмлар маддоларини аниқлаш мақсадида стандарт культура ва микроскопик усуллардан фойдаланилди. Ротавирус инфекциясини аниқлашда ПЦР ва антигенга асосланган иммуноанализ усуллари қўлланилди. **Тадқиқот натижалари.** Болалар тўрт гуруҳга бўлинди: А гуруҳ — 40 нафар, системали бактериал инфекция билан; В гуруҳ — 40 нафар, бактериал энтероколит; С гуруҳ — 45 нафар, ротавирусли энтероколит; D гуруҳ — 25 нафар, актив яллиғланишли ичак касаллиги бўлганлар. А гуруҳдаги болаларнинг аксариятида PCT қиймати ўртача  $16.2 \pm 2.8$  ng/ml ва CRP ўртача  $12.1 \pm 2.0$  mg/dl эди. В гуруҳда PCT  $2.8 \pm 0.7$  ng/ml, CRP  $6.3 \pm 1.2$  mg/dl; С гуруҳда PCT  $0.4 \pm 0.1$  ng/ml, CRP  $1.8 \pm 0.4$  mg/dl; D гуруҳда PCT  $0.6 \pm 0.2$  ng/ml, CRP  $3.7 \pm 0.9$  mg/dl бўлган. Соғлом болаларда PCT ва CRP қийматлари паст бўлган. CRP эса яллиғланишнинг умумий кўрсаткичи сифатида қимматли бўлса-да, системали инфекцияни аниқлашда PCT билан солиштирганда аниқлик пастроқ бўлган. Қўшимча таҳлиллар шуни кўрсатдики, PCT системали бактериал инфекцияни аниқлашда CRP га нисбатан ишончлироқ маркер ҳисобланади. PCT бактериал ва вирусли этиологияни фарқлашда анча специфик, аммо сезгирлиги нисбатан паст. **Хулоса.** PCT қабулда ўлчанган CRP га

нисбатан болаларда диарея билан боғлиқ системали бактериал инфекцияни аниқлашда самаралироқ биомаркер ҳисобланади. PCT ва CRP кўрсаткичларини комплекс баҳолаш бактериал ва нон-бактериал этиологияни фарқлашда ташхис аниқлигини оширишга ёрдам беради ва клиник амалиётда болаларда диарея билан боғлиқ системали инфекцияларнинг ташхисини оптималлаштиришда қўлланилиши мумкин.

**Tajiyeva Z.B., Xo'janiyazova D.Z.**

## **O'SMIRLARDA BILIAR TIZIM FUNKSIONAL BUZILISHLARI: KLINIK XUSUSIYATLAR, DIAGNOSTIKA VA PROFILAKTIKA MASALALARI**

Urganch davlat tibbiyot institute, Xorazm, O'zbekiston

**Dolzarbli.** So'nggi yillarda o'smirlar orasida bilialar tizim funksional buzilishlari, xususan o't yo'llari diskineziyasi va surunkali yallig'lanish jarayonlari uchrash tezligi ortib bormoqda. O'smirlik davriga xos gormonal qayta qurilishlar, noto'g'ri ovqatlanish, fast-fud mahsulotlarini ko'p iste'mol qilish, psixosotsial zo'riqish va gipodinamiya ushbu patologiyalar rivojlanishida muhim omil hisoblanadi. **Maqsad.** O'smirlarda bilialar tizim funksional buzilishlarining klinik belgilari, laborator va instrumental ko'rsatkichlarini tahlil qilish hamda erta diagnostika imkoniyatlarini baholash. **Materiallar va usullar.** 2024–2025 yillar davomida Xorazm viloyati bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazining pediatriya va gastroenterologiya bo'limlariga murojaat qilgan 12–18 yoshdagi 164 nafar o'smir tekshirildi. Tadqiqotga o'ng qovurg'a osti og'riqlari, dispeptik belgilar (ko'ngil aynishi, og'izda achchiq ta'm, meteorizm), ishtaha pasayishi va ichak faoliyati buzilishlari bilan murojaat qilgan bemorlar kiritildi. Umumiy klinik ko'rik, umumiy qon tahlili, bilirubin fraksiyalari, ALT, AST, ishqoriy fosfataza ko'rsatkichlari hamda qorin bo'shlig'i a'zolarining ultratovush tekshiruvi o'tkazildi. **Natijalar.** Tekshiruv natijalariga ko'ra, bemorlarning asosiy qismida o't yo'llari diskineziyasi aniqlangan bo'lib, gipokinetik tur ustunlik qilgan. Klinik jihatdan og'riq sindromi va dispeptik shikoyatlar yetakchi o'rinni egalladi. Ayrim holatlarda jigar fermentlarining yengil oshishi qayd etildi. Ultrasonografiya bilialar tizim funksional o'zgarishlarini aniqlashda eng informativ usul bo'lib xizmat qildi. **Xulosa.** O'smirlar orasida bilialar tizim funksional buzilishlari keng tarqalgan bo'lib, kasallikning erta aniqlanishi va kompleks yondashuv muhim ahamiyatga ega. Ratsional ovqatlanish, jismoniy faollikni oshirish va profilaktik ko'riklar o'tkazish kasallikning surunkalashuvining oldini olishda samarali hisoblanadi.

**Тажиева З.Б., Ражабова М.**

## **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ОСОБЕННОСТИ ИХ ТЕЧЕНИЯ**

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

**Введение.** В последние годы отмечается рост метаболических заболеваний, в том числе среди детского населения. Среди них все большую распространенность приобретает обменная нефропатия. В структуре заболеваемости мочевыделительной системы у детей на ее долю приходится от 27 до 64%. **Цель исследования:** провести анализ заболевания мочевыводящей системы (МВС) у детей 7-15 лет, госпитализированных в отделение “Дети старшего возраста” областной детской многопрофильной медицинской больницы. **Результаты исследования и их обсуждение:** из анамнеза заболевания на догоспитальном этапе выяснено, что возраст выявления патологии МВС приходился в основном на детей до 7 лет — 25%, 7 - 10 лет — 44 % и после 10 с 15 лет — 31%. Основной жалобой на догоспитальном этапе было изменение в анализах мочи, выявляемых чаще всего при диспансеризации в декретированные сроки, но при этом крайне редко детям с патологией мочевого осадка проводилось бактериологическое обследование мочи. Учитывая только результаты общих анализов мочи, каждый третий ребенок на амбулаторном этапе получал антимикробную терапию. В основном антибиотики, реже уросептики. Терапия подбиралась эмпирически, что не приводило к желаемому результату, т.е. к санации мочевого синдрома. Практически всем детям на догоспитальном этапе проводилось УЗИ МВС. Изменения на УЗИ выявлялись крайне редко, только у 7% больных отмечены изменения в виде пиелоэктазии и изменения размеров почек. Как и на догоспитальном этапе в стационаре основной

жалобой при поступлении были изменения в анализах мочи, но при правильном сборе анамнеза выяснялось, что каждый третий ребенок имел дизурические расстройства, чаще в виде учащения мочеиспускания, а каждый четвертый ребенок имел повышение температуры. При лабораторном исследовании в анализах мочи отмечались следующие изменения. Скорее всего, санированный посев мочи отмечался в связи с проведением на догоспитальном этапе антимикробной терапии. В стационаре выявлялась типичная для инфекций мочевой системы флора: кишечная палочка, энтеробактер, протей, клебсиелла и др. Из инструментальных проводилось УЗИ МВС. Ненормативные показатели выявлены в 60% случаев. В связи с высокой активностью клинико-лабораторных показателей инфекции мочевой системы и частых изменений на УЗИ, в стационаре проводилось R-урологическое исследование, в основном — микционная цистография. У 2/3 пациентов — рефлюкс разной степени, а у 1/3 — косвенные признаки НДМП. При обследовании в стационаре на УЗИ МВС признаки пиелэктазии выявлены у 29 пациентов, а по данным микционной цистографии ПМЛР разной степени выявлялся почти в 2 раза чаще, то есть у 80 больных. **Выводы:** Учитывая полученные данные, в специализированном отделении в 62% случаев выставлен окончательный DS «Пиелонефрит», чаще «Вторичный пиелонефрит» на фоне пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса. Инфекция мочевых путей диагностирована в 26% случаев и лишь в 12% данных за инфекцию мочевых путей не была выявлено.

**Тажиева З.Б., Ражабова М.О.**

### **ВЗАИМОСВЯЗЬ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ И ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ**

Ургенчского государственного медицинского института, Ургенч, Узбекистан

**Введение.** В последние годы отмечается рост метаболических заболеваний, в том числе среди детского населения. Среди них все большую распространенность приобретает обменная нефропатия. **Материалы и методы.** Нами было проведено обследование 120 детей с оксалатной нефропатией в возрасте от 3-х до 14 лет, проживающих в Харезмской области. Всем детям были проведены общеклинические обследования, биохимические исследования крови и мочи. Для оценки состояния слизистой оболочки ЖКТ проводилась ЭФГДС, УЗИ паренхиматозных органов, исследование кала на дисбактериоз. **Результаты и обсуждение.** На первых этапах работы нами проведен анализ анамнеза, клинико-параклинических данных и структуры заболеваний органов пищеварения и мочевой системы у детей по данным обращаемости. При анализе медико-биологического анамнеза выявлено, что в 81% случаев имело место патологическая беременность, у 52% обследуемых отмечено перинатальное поражение ЦНС. По данным генеалогического анамнеза, у 85% обследуемых детей выявлено отягощенная наследственность по патологии мочевой системы и гастроэнтерологической патологии (50%). Искусственное вскармливание отмечалось у 49% детей, имеющих патологию мочевой системы и органов пищеварения. Семейный анамнез был отягощен по мочекаменной болезни у 21% детей, по желчнокаменной болезни — у 19%, по язвенной болезни — у 23%. Изучение данных учетной формы №12 позволило установить, что в структуре патологии органов пищеварения у детей функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (56%) преобладают над органическими, особенно у детей младшего возраста (69%). Выявлены особенности структуры заболеваний желудочно-кишечного тракта в зависимости от формы патологии почек: у 91% детей с дизметаболическими нефропатиями выявлена патология органов пищеварения из них: хронический гастрит — у 32%; дисфункция билиарного тракта — у 56 %; язвенная болезнь — у 3%, хронический энтероколит -9%. Анализ клинической картины в группе детей с заболеваниями почек свидетельствуют о том, что при сопутствующей патологии пищеварительной системы у этих больных в клинике отмечался диспептический синдром в виде тошноты; у 28 % больных наблюдался абдоминальный болевой синдром; у 18% клинические проявления отсутствовали. Ведущими клиническими синдромами, выделенными нами после клинического обследования детей, явились: болевой абдоминальный синдром (84,3%), синдром диспепсических расстройств в 85,6% случаев и синдром астеновегетативных нарушений (60,0%). Ни один из клинических синдромов не встречался изолированно. Сочетание трех синдромов было выявлено у 61,7% детей, а наличие двух - у 38,3 %

больных. Обследование детей с оксалатной нефропатией на дисбиоз выявило, что у 65,3% обнаружены дисбиотические сдвиги различной выраженности: дисбиоз I–II степени – у 102 (85 %), дисбиоз III степени – у 18 больных (15%). Следует отметить, что большинство 60% больных до обследования не обращали внимания на состояние функции кишечника. Однако при проведении целенаправленного опроса выявлены характерные клинические проявления дисбактериоза: метеоризм, дискомфорт или незначительные боли в животе, умеренные нарушения стула, преимущественно в виде диареи. **Заключение.** У детей с оксалатной нефропатией преобладают такие нарушения пищеварительной системы, как хронический гастрит (32%), дисфункция билиарного тракта (56 %), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (3%), хронический энтероколит (9%). Нарушение функции кишечника, в виде дисбиоза выявлено у 65,3% детей с оксалатной нефропатией. Наиболее часто диагностируется дисбиоз I–II степени (85 %). Ведущими клиническими синдромами являются: болевой абдоминальный синдром (84,3%), синдром диспепсических расстройств (85,6%) и синдром астеновегетативных нарушений (60,0%). Сочетание трех синдромов имело место у 61,7% детей.

**Тожибойев А.А., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.**

### **ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СОЧЕТАННОЙ С ЦМВ-ИНФЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский Государственный Медицинский Университет

Узбекистан, г.Ташкент

**Актуальность.** В современной клинической медицине проблема цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) приобретает все большую актуальность в связи с широким распространением ВИЧ-инфекции. **Целью данной работы.** Изучить клинические особенности проявления ЦМВ-инфекции у больных с ВИЧ-инфекцией. **Материалы и методы.** Проведено клиническое обследование 39 детей с проявлениями ЦМВ-инфекции у больных ВИЧ-инфекции в возрасте от 1 года до 15 лет, которые находились на учёте в НИИ Вирусологии МЗ РУз. Лабораторные методы исследования включали проведение общего анализа крови, мочи, кала. Методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) количественный для определения количества ЦМВ крови в НИИ Вирусологии МЗ РУз. Методом иммуноферментного анализа (ИФА) определены CD 4 + клеток в РЦ СПИД МЗ РУз. На каждого ребенка заполнена карта обследования. **Результаты и их обсуждение.** Под нашим наблюдением находились 39 детей, в возрасте от 1 до 15 лет, мальчиков 15(38,5%), девочек 24(61,5%). Обращает на себя внимание тот факт, что у пациентов с ЦМВИ дети первых трех лет жизни составляют 21(53,8%), причем 11(28,2%) - дети первого года жизни, 4-15 лет 7(17,9%). Изучение преморбидного фона выявило его отягощенность у всех детей. У пациентов с ЦМВИ достоверно чаще регистрировались факторы риска у матерей (соматические заболевания – 16(41,0%), угроза прерывания беременности – 22(56,4%), гипоксия плода – 26(66,7%), инфекционные заболевания во время беременности – 19(48,7%), преждевременные роды – 6(15,4%) и у детей (врожденные пороки развития – 4(10,3%), асфиксия – 17(43,6%), задержка внутриутробного развития – 5(12,8%), аномалии конституции – 2(5,1%), атопический дерматит – 7(17,9%) ( $p > 0,05$ ). Результаты исследования показали, что у детей с ЦМВИ значительно чаще, на первый план выступали нарушения со стороны ЦНС: гипертензионно-гидроцефальный синдром 9(23,1%), судорожный синдром 6(15,4%), синдром угнетения 4(10,3%), синдром двигательных нарушений 13(33,3%), нейросенсорная тугоухость 3(7,7%), симптоматическая эпилепсия 1(2,6%). При цитомегаловирусной инфекции у 9(23,1%) пациентов были обнаружены изменения мочевой системы. **Выводы.** Таким образом, цитомегаловирусная инфекция может не иметь специфических проявлений инфекционного процесса, однако ее влияние может привести к асфиксии, задержке внутриутробного развития, гипотрофии, рождению детей с пороками развития органов и систем организма и т.п. Диагноз ЦМВИ не может быть установлен без соответствующего лабораторного подтверждения.

Тураева А. Б.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный Медицинский Университет.

Самарканд, Узбекистан

**Цель исследования:** Проанализировать показатели заболеваемости и клинические проявления ревматической лихорадки (РЛ) у детей Республики Узбекистан (Самарканд) за 2015 и 2025 гг.

**Материалы и методы.** Нами были обследованы истории болезни 46 детей, лечившихся в ревматологическом отделении Самаркандской городской детской больницы №1. Средний возраст детей с ОРЛ составил  $10 \pm 2,3$  лет (4,5-14 лет). Верификация диагноза ревматической лихорадки проводилась с использованием диагностических критериев А.И. Нестерова и лабораторно-инструментальных методов исследований: общего анализа крови; общего анализа мочи; общего белка и белковых фракций сыворотки; иммунотурбометрического метода с использованием антисыворотки (титр АСЛ-О, СРБ, РФ); иммуноферментного анализа с использованием очищенного рекомбинантного антигена (цитомегаловирус-ЦМВ, вирус простого герпеса-ВПГ; токсоплазмы, хламидий); определение Т- и В-лимфоцитов иммуноморфологическим методом с применением моноклональных антител; бактериологического исследования флоры (мазок из зева и носа); ЭКГ, ЭХОКГ. У детей с хореей при отсутствии или слабой выраженности ревмокардита изучили обследование для исключения других причин гиперкинетических синдромов (КТ, МРТ головного мозга, ЭЭГ, электромиография, определение антител (АТ) к кардиолипинам, АНФ, Мп, Fe, церулоплазмин сы воротки крови и мочи, осмотр окулиста, невролога). Результаты. ОРЛ чаще регистрировали среди детей младшего школьного (62,3%) и дошкольного (37,7%) возрастов. 44,6% больных поступали в стационар в самые холодные месяцы (декабрь-февраль) и 39,8% - ранней весной (март-апрель). Семейный анамнез по ревматизму имелся у 39% больных. В анамнезе 52% больных отмечалось осложненное течение беременности у их матерей (ранние, поздние гестозы, ОРВИ, анемия), в 31,4% - патологические роды. 13% детей родились недоношенными. Связь развития заболевания с перенесенной за 2-3 недели бактериальной респираторной инфекцией (ангиной и фарингитом) удалось выявить в анамнезе менее чем у половины детей (46%). Хроническим тонзиллитом страдали 33% больных. При ОРЛ преобладало острое начало заболевания (59%) с тяжелым состоянием при поступлении у половины больных (48%). Ведущим клиническим синдромом у 83% детей с ревматической лихорадкой был кардит, наряду с которым отмечалась высокая частота экстракардиальных проявлений (82%): артрит (57%), хореей (19%), аннулярная эри тема (6%). Суставной синдром развивался более чем у половины детей (57%). На фоне типичной клинической симптоматики и локализации артритов у части детей (38%) отмечались артриты и артралгии мелких суставов стоп (18%), кистей (10%) и боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника (10%). В структуре ревмокардита у детей с ОРЛ преобладал эндомиокардит (56%). Реже встречались изолированный вальвулит (6%) и миокардит (8%). Согласно лабораторным исследованиям (СОЭ, С-реактивный белок, серомукоид,  $\alpha_2$ - и у-глобулины) у 50% детей отмечалась высокая степень активности; у 87% пациентов выявлены повышенные титры антистрептококковых антител (антистрептолизина О). **Выводы.** Таким образом, в настоящее время развитие кардита при ОРЛ продолжает занимать лидирующую позицию. Сохраняется высокая частота суставного синдрома при ОРЛ. Вместе с типичной локализацией артритов и артралгий у части больных отмечается нетипичное поражение мелких суставов стоп, кистей и пояснично-крестцового отдела позвоночника, что требует дополнительного обследования. Для установления истинной распространенности РЛ в современных условиях необходимо провести эпидемиологическое обследование детского населения республики. Для раннего выявления РЛ внедрить обязательные методы диагностики (ЭКГ, ЭХО-КГ, АСЛ-0 и др.). Осуществлять массовую работу среди населения по профилактике и адекватному лечению стрептококковых заболеваний.

**Тухтапулатова М.Ш., Атаходжиева Х.А.**

## **ГЕПАТИТ А БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАДА ЭКЗОГЕН ПИГМЕНТЛАР ТАЪСИРИ БИЛАН БОҒЛИҚ БИОЛОГИК СУЮҚЛИКЛАР ДИСКОЛОРАЦИЯСИ: КЛИНИК ХОЛАТ**

Тошкент давлат тиббиёт университети, Тошкент, Узбекистан

**Тадқиқот мақсади.** Ўткир вирусли гепатит А фонида экзоген бўёқнинг организмга таъсирини ўрганиш. **Олинган натижалар.** Бемор О 11 ёш. Шикоятлари: ҳолсизлик, тез чарчаш, иштаҳа пастлиги, иситмани 38,2°C га кўтарилиши, йўтал безовта қилган. Касаллик 5 кун аввал ўткир бошланган, ойиси уй шароитида даволаган. Касалликнинг 4-куни боланинг пешоби тўқлашган, нажаси очарган, териси сарғайган. Кейин поликлиникага мурожаат қилишган. Шифокор тавсияси билан юкумли касалликлар шифохонасига мурожаат қилган. Келганда АЛТ қиймати 96,7 ЕД/л бўлган, умумий билирубин 88,8 ммоль/л, боғланган фракция 58,8 ммоль/л, боғланмаган фракция – 30 ммоль/л ни ташкли қилган. Беморга ўткир гепатит ташхиси билан касалхонага ётқизилган. Эртасига беморларнинг қон зардобида anti HAV Ig M идобий бўлган ҳамда ўткир вирусли гепатит А сариқлик шакли, ўртача оғир кечиши якуний ташхиси қўйилган. Касалликнинг 6-кунида даволаш фонида бола пешоби яшил рангга кирган, териси ҳам сарғиш яшил рангни олган. Бемордан қон зардоби олинган ҳамда умумий билирубин текширилган, лабораторияга қон зардоби юборилганда ҳам қон зардобининг ранги яшил бўлган. Умумий билирубин 92,3 ммоль/л ни ташкил қилган. Боланинг умумий аҳволи қониқарли, иштаҳаси динамикада тикланган. Анамнездан бола таркибида “киви” тутган ичимлик истеъмол қилганидан кейин ноодатий клиник ҳолат кузатилган. Хусусан, боланинг пешоби, териси ва қон зардобининг ранги яшил тусга киргани қайд этилган. Шу билан бирга, беморнинг умумий аҳволи қониқарли бўлиб қолган, интоксикация белгилари кучаймаган ва гемодинамик кўрсаткичларда сезиларли ўзгариш кузатилмаган. Бемор терисида чивин чақишига хос майда яралар мавжуд бўлган. Яралар пўстлоғи энгил кўчирилганда, улардан яшил рангли сероз суюқлик ажралиши кузатилган. Кузатувлар шуни кўрсатдики, мазкур ҳолат бола истеъмол қилган ичимлик таркибидаги экзоген ранг берувчи пигментлар таъсири билан боғлиқ бўлиши мумкин. Жигар функцияси бузилган шароитда организмга тушган баъзи ранг берувчи моддаларнинг метаболизми тўлиқ амалга ошмаслиги мумкин. Натижада бу пигментлар қонда айланиши ёки пешоб ва бошқа биологик суюқликлар орқали чиқарилиши жараёнида ранг ўзгариши кузатилиши эҳтимолдан холи эмас. **Хулоса.** Тақдим этилган клиник ҳолат ўткир вирусли гепатит А билан касалланган болада озиқ-овқат таркибидаги экзоген пигментлар таъсирида биологик суюқликлар рангининг яшил тусга ўзгариши мумкинлигини кўрсатади. Бундай ҳолатлар кам учрасада, клиницистлар томонидан тўғри баҳоланиши ва дифференциал диагностикада ҳисобга олиниши муҳим ҳисобланади.

**Узакова У.З., Шарипова М.М., Хусенова М.С. Давлатова С. Н.**

## **КЛИНИКО–ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У РЕБЁНКА**

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али Ибн Сино. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Описать клинико-функциональные особенности течения бронхиальной астмы, оценить степень тяжести бронхообструктивного синдрома и уровень аллергической сенсibilизации организма ребёнка 9 лет. **Материал и методы.** Пациент А.М, 9 лет, наблюдается с диагнозом бронхиальная астма с 2022 года. Обследование проводилось в амбулаторных условиях. Были проведены следующие методы исследования: гемограмма, определение уровня общего иммуноглобулина Е (IgE), цифровая рентгенография органов грудной клетки и спирометрия. **Результаты исследования.** На момент обследования пациент предъявлял жалобы на периодические приступы удушья, одышку экспираторного характера, свистящее дыхание, чувство стеснения в грудной клетке и приступообразный кашель, преимущественно в ночные и утренние часы. Со слов родителей, обострения заболевания провоцируются острыми респираторными инфекциями, физической нагрузкой и воздействием раздражающих факторов. При объективном осмотре общее

состояние ребёнка расценивалось как средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. При аускультации лёгких выслушивалось жесткое дыхание и рассеянные сухие свистящие хрипы, преимущественно на выдохе. Грудная клетка вздута. Лабораторные данные: гемограмма: эр. -  $3,41 \cdot 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 131 г/л; лейкоциты -  $8,45 \cdot 10^9 /л$ ; СОЭ – 14 мм/ч, что указывает на сопутствующий воспалительный процесс. Выявлена эозинофилия (7%), что является маркером активного аллергического воспаления в бронхах. Общий IgE повышен до 101 МЕ/л, что подтверждает атопическую природу заболевания. На рентгенографии грудной клетки обнаружены косвенные признаки обструкции: усиление лёгочного рисунка, деформация корней легких. Острый бронхит часто является маской или осложнением бронхиальной астмы. По данным спирометрии выявлены выраженные обструктивные нарушения функции внешнего дыхания. Форсированная жизненная ёмкость лёгких (FVC) составила 1,66 л, что соответствует 80% от должных значений. Объём форсированного выдоха за первую секунду (FEV1) — 0,54 л, что составляет 30% от должных значений. Индекс Тиффно (FEV1/FVC) резко снижен и составляет 30% при должных значениях около 90%. Пиковая скорость выдоха (PEF) составила 0,92 л/с, что соответствует 24% от должных значений. Средние экспираторные потоки (FEF25–75) снижены до 0,40 л/с, что указывает на выраженное поражение мелких бронхов. Согласно заключению функционального исследования, выявлена значительная обструкция дыхательных путей. **Выводы.** Проведенное клиническое наблюдение демонстрирует тяжёлое течение бронхиальной астмы у ребёнка, характеризующееся выраженной обструкцией дыхательных путей и высокой степенью аллергизации. Показатели спирометрии (ОФВ1 30%) указывают на неконтролируемое течение заболевания и риск развития осложнений. Своевременное назначение адекватной базисной противовоспалительной терапии и исключение контакта с аллергенами являются ключевыми факторами стабилизации состояния и предотвращения инвалидизации ребёнка.

Узакова М. Х.

## КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТИКОЗНЫХ ГИПЕРКИНЕЗОВ У ДЕТЕЙ

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Актуальность:** Тикозные гиперкинезы относятся к числу наиболее распространённых двигательных расстройств детского возраста и характеризуются клинической вариабельностью и выраженным влиянием на поведение и социальную адаптацию ребёнка. **Цель исследования** – изучить клиничко-неврологические особенности тикозных гиперкинезов у детей и оценить диагностическую значимость лабораторно-инструментальных методов. **Материал и методы.** Обследовано 127 детей с тикозными гиперкинезами в возрасте от 1 до 18 лет. Контрольную группу составили 45 здоровых детей аналогичного возраста и пола. Использовались клиничко-неврологическое обследование и шкала Yale Global Tic Severity Scale. Лабораторно-инструментальные методы включали электроэнцефалографию (ЭЭГ), электромиографию (ЭМГ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) и биохимические показатели. Применялись методы вариационной статистики и корреляционного анализа. **Результаты.** Моторные тики выявлены у 72,4% пациентов, сочетание моторных и вокальных тиков – у 27,6%. Наиболее частой локализацией тиков была область лица и шеи – 61,4%, тики верхних конечностей отмечены у 38,6% детей. Лёгкая степень выраженности тиков диагностирована у 34,6% пациентов, средняя – у 41,7%, тяжёлая – у 23,7%. По данным ЭЭГ функциональные изменения биоэлектрической активности головного мозга выявлены у 64,5% детей, в том числе признаки дисфункции стволово-подкорковых структур – у 39,8% и диффузные изменения – у 24,7%. По данным ЭМГ патологические особенности мышечных сокращений зарегистрированы у 57,5% пациентов и соответствовали клиническим проявлениям моторных тиков. При МРТ органическая патология не выявлена у 82,7% детей, однако у 17,3% обнаружены умеренные структурные изменения (расширение ликворных пространств, перивентрикулярные изменения), ассоциированные с тяжёлыми формами тикозных гиперкинезов. Нейропсихологические нарушения (тревожность, синдром дефицита внимания) выявлены у 46,4% пациентов и сочетались с признаками функциональной незрелости центральной нервной системы. **Выводы.** Тикозные гиперкинезы у детей характеризуются преобладанием моторных форм и высокой частотой функциональных изменений центральной нервной системы по данным ЭЭГ

и ЭМГ. Комплексный клинико-неврологический и лабораторно-инструментальный подход позволяет повысить точность диагностики и уточнить патогенетические механизмы заболевания, что обосновывает необходимость раннего комплексного ведения пациентов.

**Umarxodjayev F.R., Komilov M.K.**  
**INCIDENCE OF SCOLIOSIS IN SCHOOL-AGED CHILDREN**  
Tashkent State Medical university, Uzbekistan, Tashkent

**Relevance.** Scoliosis is a pressing problem worldwide. The condition can manifest itself in early childhood, but the progression of the deformity is most noticeable during the child's rapid growth spurt, during puberty. This often leads to quite severe consequences for the musculoskeletal system and even internal organs. **Materials and Methods.** We examined 78 children from a comprehensive school for scoliosis. Forty were first-grade students (average age 7.1 years), and 38 were eighth-grade students (average age 14.1 years). Of the 40 first-grade students, 21 were girls and 19 were boys, and of the 38 eighth-grade children, 16 were girls and 22 were boys. We used V.D. Chaklin's four-stage system for assessing spinal curvature. We also assessed the students' participation in physical education, sports, and computer time using surveys. **Study Results.** Our research revealed that the incidence of scoliosis doubles in the older age group, reaching 37.5% in girls, while in the younger age group, the rate is 19.05%. The incidence of scoliosis among boys was lower: 22.7% in the older age group and 10.5% among first-grade children. The overall incidence of scoliosis among first-grade children was 15%, and among 8th-grade children, 28.94%. Our survey revealed that 85.7% of girls in the younger age group, or 18 out of 21, were involved in sports. In addition to 40-minute physical education classes, these children attend additional rhythmic gymnastics and dance classes. Among older girls, the incidence of sports is lower – 50% – meaning 8 out of 16 girls are involved in dance. The remaining girls in the older age group do not participate in sports and do not regularly attend physical education classes at school. Among boys in the younger age group, 89.5%, in addition to physical education classes at school, attend sports clubs, such as gymnastics, boxing, and karate. In the older age group, this percentage is slightly lower – 77.3%. The remaining children led a sedentary lifestyle. **Conclusion.** Based on the survey results and analysis of medical data, the findings confirm the general statistics – the trend in the incidence of scoliosis and the overall physical condition of adolescents is negative. Thus, with age, children and their parents, by declining their involvement in sports or physical education, increase the likelihood of developing scoliosis.

**Umarxodjayev F.R., Komilov M.K.**  
**AUTONOMIC MANIFESTATIONS IN SCOLIOTIC PATIENTS**  
Tashkent State Medical university, Uzbekistan, Tashkent

**Study objective:** To evaluate the autonomic nervous system in patients with scoliosis during comprehensive treatment. **Materials and methods:** Autonomic nervous system tone was studied in 135 patients with grade IV scoliosis. The average scoliotic deformity angle was 118°, while the average kyphotic deformity angle was 102°. Depending on the type of deformity, 40% of cases had thoracic deformity, 48% had thoracolumbar deformity, 8% had lumbar deformity, and 4% had S-shaped deformity. Girls were more common in the gender ratio (1:5). Follow-up periods ranged from 1 to 6 years after surgery, with 80% of observations lasting 2 years or more. The average age of patients was 15.3 and 0.4 years, respectively. Of the total number of patients observed, 75 underwent staged reconstructive corrective surgeries on the anterior and posterior spine for scoliosis. Autonomic nervous system (ANS) assessment was conducted using a general neurological examination, a questionnaire, and a chart. Subjects selected the appropriate "Yes" or "No" answers. A total score exceeding 15 points on the questionnaire or 25 points on the chart was considered ANS. In addition to a quantitative assessment of the presence and severity of ANS, a qualitative assessment of ANS characteristics was also conducted using the Guillaume-Vein chart (to determine overall ANS tone). In our studies, ANS in scoliosis manifested as segmental ANS in 79.2% of patients. According to our data, the severity of autonomic dysfunction (AD) according to the questionnaire averaged 37.2 and 2.1 points, while according to the chart, it was 43.4 and 2.4 points. Autonomic dysfunction was predominantly permanent in

nature, manifesting as fluctuations in blood pressure, changes in pulse rate, rhythm and depth of respiration, vasomotor dysfunction, and sweating. It should be noted that in our observations, the permanent autonomic dysfunction was mixed in nature; however, in all cases, we noted a predominance of sympathetic or parasympathetic dysfunction. Our comparisons showed that, in terms of the nature of autonomic dysfunction, sympathetic dysfunction predominated (in 68%), and in one case, a paroxysmal type of autonomic dysfunction was observed, manifesting as a mixed autonomic crisis. **Conclusions:** In our observations, autonomic dysfunction in scoliotic disease manifested itself not only as segmental autonomic dysfunction (79.2% of patients), but also as autonomic dystonia syndrome. Symptomatic tonia was the predominant autonomic disorder in patients with scoliotic disease (68%).

Усманова К.Б., Исламова Д.С.

## ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИФРОВЫХ УСТРОЙСТВ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Самаркандский Государственный Медицинский Университет,  
г. Самарканд, Узбекистан

**Цель исследования.** Провести комплексную оценку влияния продолжительности использования цифровых устройств на показатели психологического состояния и физического здоровья подростков. **Материалы и методы исследования.** В исследовании приняли участие 80 учащихся 9-х классов школы №35 города Самарканда, разделённые на три группы по продолжительности использования цифровых устройств. Сбор данных осуществлялся с помощью анкеты, включавшей вопросы о времени использования смартфонов, уровне тревожности (GAD-7), депрессивных симптомах (PHQ-9), качестве сна и соматических жалобах (головные и спинные боли, зрительное утомление, снижение физической активности). Полученные данные анализировались с учётом продолжительности экранного времени. **Результаты исследования.** Анализ показал, что большинство подростков проводят значительное время со смартфоном: более 4 часов — 35 (43,8%), 2–4 часа — 33 (41,3%), 1–2 часа — 12 (15,0%). Среднее ежедневное экранное время составило  $3,2 \pm 1,5$  часа. При более детальном анализе состояния подростков выявлено, что среди учащихся с экранным временем более 4 часов в день 67,5% отметили высокий уровень тревожности по шкале GAD-7, а признаки депрессии по PHQ-9 наблюдались у 52,1%. Головные боли и зрительное утомление отмечались у 82,4%, боли в шее и спине - у 63,0%, снижение физической активности - у 75,5%, а нарушения сна - у 65,6% учащихся. При этом около 50-55% подростков имели одновременно тревожность, депрессию и нарушения сна, что свидетельствует о совокупном негативном влиянии длительного экранного времени на психоэмоциональном и физическом состоянии. В группе подростков с экранным временем от 2 до 4 часов тревожность и депрессия встречались у 39,4% и 33,3% соответственно. Нарушения сна наблюдались у 36,4%, головные боли и зрительное утомление - у 39,4%, боли в шее и спине - у 33,3%, снижение физической активности - у 36,4%. У учащихся с использованием смартфона менее 2 часов в день тревожность и депрессия составили 16,7% и 8,3% соответственно, нарушения сна - у 16,7%, головные боли и зрительное утомление - у 16,7%, боли в шее и спине - у 8,3%, снижение физической активности - у 16,7%. Дополнительно выявлено, что девочки чаще сообщали о тревожности, депрессии и нарушениях сна по сравнению с мальчиками, особенно при экранном времени более 4 часов. **Выводы.** Таким образом, 85,1% подростков превышают рекомендованное время экранного взаимодействия, что связано с повышением тревожности, депрессивных симптомов, нарушением сна и соматическими жалобами, что подчёркивает необходимость профилактических мер, включая ограничение времени использования цифровых устройств, регулярные перерывы, стимулирование физической активности и информирование родителей и педагогов о рисках чрезмерного экранного времени.

Фирузова Ф.Ф., Алимов Х.Х., Боев Б.Х., Давлатова С.Н.

## ОСОБЕННОСТИ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО И КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО БАЛАНСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Таджикский государственный медицинский университет  
им. Абу Али Ибни Сино. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Изучить особенности водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса у детей раннего возраста с острыми кишечными инфекциями. **Материал и методы.** Под наблюдением находились 60 детей в возрасте от шести месяцев до пяти лет с острыми кишечными инфекциями различной этиологии. Проводилась комплексная клинико-лабораторная оценка состояния детей, включавшая определение степени обезвоживания по педиатрическим критериям. Лабораторно исследовались уровни основных электролитов сыворотки крови (натрий, калий, хлор, кальций) и показатели кислотно-щелочного состояния. Статистическая обработка данных включала расчёт средних значений и корреляционный анализ. **Результаты исследования.** На основании комплексной клинико-лабораторной оценки все дети были распределены на три группы в зависимости от степени тяжести состояния. В первую группу вошли 22 ребёнка. Общее состояние удовлетворительное, дети сохраняли активность. Температура тела была субфебрильной (37,5-37,8 °С). Отмечался жидкий стул 3-5 раз в сутки без патологических примесей, рвота была однократной или отсутствовала. При клиническом осмотре тургор тканей оставался нормальным, слизистые оболочки были влажными, у детей первого года жизни большой родничок не западал. По педиатрическим критериям признаков обезвоживания не выявлено. Уровень натрия составлял 136-140 ммоль/л, калия - 3,8-4,5 ммоль/л, хлора - 98-103 ммоль/л, кальция - 2,2-2,5 ммоль/л. pH крови - 7,36-7,40, уровень бикарбонатов 22-24 ммоль/л. Продолжительность заболевания составляла 2-4 дня. Дети получали оральную регидратацию и наблюдались амбулаторно участковым педиатром. Во вторую группу были включены 24 ребёнка. Общее состояние средней степени тяжести. Отмечались вялость, снижение активности, капризность. Температура тела 38,0-38,5 °С. Частота жидкого стула составляла 6-10 раз в сутки, стул был водянистым, иногда с примесью слизи. Рвота наблюдалась 2-4 раза в сутки. При осмотре выявлялись клинические признаки обезвоживания I степени: сухость слизистых, снижение тургора тканей, у детей первого года жизни незначительное западение родничка. Потеря массы тела до 5%. Диурез был умеренно снижен. Лабораторно выявлялись умеренные нарушения электролитного баланса: натрий 132-135 ммоль/л, калий 3,3-3,7 ммоль/л, хлор 94-97 ммоль/л, кальций 2,0-2,2 ммоль/л. pH крови - 7,32-7,35, бикарбонаты - 18-21 ммоль/л (метаболический ацидоз с частичной компенсацией). Продолжительность заболевания 4-7 дней. Дети нуждались в госпитализации для проведения инфузионной терапии. В третью группу вошли 14 детей. Общее состояние тяжёлое, отмечались выраженная вялость, адинамия, апатия, отказ от пищи и жидкости. Температура тела превышала 39,0 °С. Частота жидкого стула более 10-15 раз в сутки, стул обильный, водянистый. Рвота многократная (более 8 раз в сутки). При клиническом осмотре выявлялись выраженные признаки обезвоживания II-III степени: резкая сухость кожи и слизистых, значительное снижение тургора тканей, у детей раннего возраста выраженное западение большого родничка. Потеря массы тела 6-10% и более. Диурез резко снижен вплоть до олигурии. Со стороны сердечно-сосудистой системы выраженная тахикардия, приглушённость сердечных тонов. Лабораторные показатели характеризовались значительными нарушениями водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса. Натрий 125-130 ммоль/л, либо 148-150 ммоль/л в зависимости от типа обезвоживания, калий 2,8-3,2 ммоль/л, хлор 88-93 ммоль/л, кальций 1,7-2,0 ммоль/л. pH крови - 7,20-7,30, бикарбонаты - менее 18 ммоль/л (выраженный метаболический ацидоз). Продолжительность заболевания превышала 7-10 дней. Дети нуждались в экстренной госпитализации и интенсивной инфузионной терапии под постоянным мониторингом показателей водно-электролитного баланса. **Вывод.** У детей раннего возраста с острыми кишечными инфекциями выраженность водно-электролитных нарушений напрямую коррелирует со степенью обезвоживания. Потери электролитов вследствие рвоты и диареи приводят к развитию гипонатриемии, гипокалиемии, гипохлоремии и метаболического ацидоза. Клиническая оценка степени обезвоживания по педиатрическим критериям в сочетании с

лабораторным контролем электролитов позволяет своевременно определить тяжесть состояния и выбрать тактику ведения. Дети с лёгкой формой наблюдаются амбулаторно с оральной регидратацией, при обезвоживании II степени и выше показана госпитализация для проведения инфузионной терапии.

**С.А. Халилов, Г.Э. Тастанова, Т. А. Ашуров**

### **АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГОРНЫХ РАЙОНАХ КАШКАДАРИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан  
Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан  
Университет Алфраганус, Узбекистан

Рост и развитие детей является главным индикатором состояния здоровья. Антропометрическое обследование позволяет характеризовать индивидуальное развитие организма, выявлять отклонения от нормы, установить их причину, а затем проводить оздоровительные и лечебные мероприятия. Снижение скорости роста, изменения соотношений антропометрических параметров тела ребенка могут быть и единственным проявлением хронических болезней. В то же время определение нормативных показателей антропометрических параметров может служить основой прогнозирования патологии. Исследования показали, что длина верхней конечности у девочек с 7 до 16 лет увеличивается на 46,8%, у мальчиков на 47,1%. Установлено ускорение роста длины верхней конечности у девочек в возрасте 8-9 и 11-12 лет (на 6,0 и 6,4% соответственно), у мальчиков – 7-8 и 10-11 лет (на 7,1 и 10,6%). Замедление роста размеров верхней конечности у девочек определяется в 9-10 и 13-14 лет, у мальчиков в 8-9 и 15-16 лет. Анализ статических данных показало, что длина плеча за 9-летний период исследования увеличилась у мальчиков в 1,5, а у девочек – в 1,4 раза, т.е. общий прирост у мальчиков составил 9,2 см или 44,9%, у девочек – 7,9 см или 38,2%. Среднегодовой прирост длины плеча от 7 до 16 лет у детей обоего пола практически не отличался и был равен 1 см (5%) – у мальчиков и 0,9 см (4,2%) – у девочек. Наибольшая прибавка у мальчиков отмечается в возрасте 10-11 (на 1,4 см), 11-12 (на 2 см) и 14-15 (на 1,3 см) лет, у девочек – в 8-9 (на 1,3 см), 10-11 (на 1,5 см), 11-12 (на 1,2 см) и в 14-15 (на 1,3 см) лет. За обследуемый возрастной период прибавка в размерах длины предплечья у мальчиков составила 7,8 см или 43,8%, у девочек 6,1 см или 34,3%. Длина предплечья в этот срок у мальчиков увеличилась в 1,4 раза, а у девочек – в 1,3 раза. Среднегодовой прирост длины предплечья составлял 0,9 см (4,9%) – у мальчиков и 0,7 см (3,8%) – у девочек. Наибольший прирост у мальчиков отмечается в возрасте 7-8 (на 1,3 см), 10-11 (на 1,7 см) и 13-14 (на 1,3 см) лет, у девочек – 8-9 и 12-13 лет (на 1,4 см). Анализ измерений длины кисти у детей школьного возраста от 7 до 16 лет показал увеличение размеров кисти руки у мальчиков и девочек – в 1,6 раза. За 9-летний период прибавка длины кисти составляет у мальчиков 7,3 см или 62,4%, у девочек – 6,6 см или 55,5%. Эти данные свидетельствуют, что длина кисти мальчиков и девочек в 7-летнем возрасте практически не отличалась. Максимальный прирост длины кисти у мальчиков наблюдался в 9-10, 10-11 и 14-15-летних возрастных группах (по 1,3 см), у девочек – в 7-8, 10-11 лет (на 0,9 см) и 9-10 (1,3 см) и 12-13 (на 1,1 см) лет. В среднем от 7 до 16 лет ежегодный прирост данного показателя составлял 0,8 см или 6,9% - у мальчиков и 6,6 см или 6,2% - у девочек. Таким образом нами обнаружена корреляционная связь между увеличением параметров конечностей с показателями роста детей. Установлены периоды ускорения и замедления роста антропометрических параметров верхней конечности.

**Хамзаева К.А.**

### **ДИАГНОСТИКА И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕСТКОСТИ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ.**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Актуальность темы.** Формированию структурно-морфологических изменений коронарных сосудов при хронической болезни почек (ХБП) способствуют общепринятые факторы риска, такие как артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, гипопропротеинемия и анемия. **Цель исследования.** На основе кардиометрии определить степень жесткости и изучить структурно-морфологические

изменения коронарных сосудах при ХБП у детей. **Материалы и методы.** Обследовано 122 ребенка с ХБП в возрасте от 5 до 17 лет, причинами развития хронической почечной патологии явились врожденные аномалии и хроническая гломерулярная патология. Наряду с клинико-лабораторной и инструментальной диагностикой в комплекс исследований включена кардиометрия, на основе гемодинамического анализатора для определения жесткости сосудов. Морфологические исследования коронарных сосудов сердца основаны на аутопсии 53 детей, причиной смерти которых явилась ХБП терминальной стадии. **Результаты исследования.** Кардиометрия позволила неинвазивным способом оценить уровень изменений в коронарных сосудах путем определения индекса жесткости сосудов. Анализ проведенных исследований свидетельствовал об увеличении индекса жесткости сосудов, который в среднем составил  $6,27 \pm 0,18$  мм.рт.ст./мл., и от показателей нормы ( $4,57 \pm 0,09$  мм.рт.ст./мл) данный индекс был повышен в 1,4 раза ( $P < 0,01$ ), что можно констатировать как снижение эластичности сосудов. Патоморфологические исследования выявили признаки поражения коронарных сосудов у умерших детей при хронической болезни почек. Характерными признаками структурно-морфологических изменений в коронарных сосудах было поражение эндотелия в виде набухания, уплощения, десквамации эндотелиоцитов, отека, мукоидного набухания базальной и внутренней эластической мембраны. Отмечены пролиферативные изменения со стороны эндотелия и перицитов, фибриноидных изменений стенок с уменьшением диаметра сосудов. Закономерным итогом течения данного патоморфологического процесса при прогрессировании основного заболевания является гипертрофии стенки и увеличение жесткости сосуда. **Выводы.** Кардиометрия, как метод неинвазивного исследования сердечно-сосудистой системы позволяет оценить состояние коронарных сосудов сердца при ХБП у детей. При этом у детей с хронической почечной патологией отмечается повышенный уровень жесткости сосудов, что предполагает наличие повышенного сердечно-сосудистого риска. Происходящие патоморфологические изменения в сосудах миокарда при ХБП у детей связаны с поражением эндотелия, который лежит в основе патологической перестройки, приводящей к нарушению сердечно-сосудистой деятельности.

Хацкая С. В.

## ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ В ЭКСТРЕННЫЙ ПРИЁМНЫЙ ПОКОЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

EMU University, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучить особенности питания детей, обращающихся в приёмный покой, и оценить их влияние на клинические проявления и причины обращения за медицинской помощью. **Материалы и методы исследования:** Проведено ретроспективное аналитическое исследование 70 медицинских карт детей, обратившихся в приёмный покой Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндоскопической хирургии детей за октябрь месяц 2025 года. Возраст пациентов составил от 3 до 10 лет. Критериями включения в исследование являлись: соматический характер обращения, наличие данных антропометрического обследования и сведений о характере питания. Из исследования исключались дети с тяжёлыми врождёнными пороками развития, эндокринной патологией и острыми хирургическими заболеваниями. В ходе исследования анализировались антропометрические показатели (масса тела, рост), на основании которых рассчитывался индекс массы тела с учётом возрастных нормативов. Физическое развитие оценивалось как гармоничное, с дефицитом массы тела или с избыточной массой тела. Оценка характера питания проводилась на основании данных анамнеза, отражённых в медицинской документации и опросе родителей. Учитывались кратность и регулярность приёмов пищи, наличие горячих блюд, частота употребления овощей, фруктов, сладостей, фастфуда и сладких газированных напитков. Нарушения питания определялись как нерегулярный режим питания, несбалансированный рацион или избыточное потребление высококалорийных продуктов. Дополнительно анализировались причины обращения в приёмный покой, ведущие жалобы, наличие функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта и сопутствующей патологии. **Результаты исследования:** В результате анализа установлено, что у 29 (41,4%) детей выявлены различные нарушения питания. Наиболее часто отмечались

нерегулярные приёмы пищи и избыточное потребление продуктов с высоким содержанием простых углеводов. Избыточная масса тела была выявлена у 14 (20%) детей, дефицит массы тела у 7 (10%) пациентов. У детей с нарушениями питания значительно чаще регистрировались жалобы на боли в животе, тошноту, метеоризм и нарушения стула. Абдоминальный болевой синдром являлся одной из ведущих причин обращения в приёмный покой. Также у данной группы пациентов чаще наблюдались функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта и обострения хронической гастроэнтерологической патологии. Дети с регулярным и сбалансированным питанием в большинстве случаев имели гармоничное физическое развитие и реже обращались за неотложной медицинской помощью по поводу диспепсических расстройств. **Выводы:** 1. Нарушения питания выявлены у 41,4% детей, обращающихся в приёмный покой стационара. 2. Основными нарушениями являются нерегулярный режим питания и избыточное потребление простых углеводов. 3. Нарушения питания ассоциированы с абдоминальным болевым синдромом и функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта. 4. Включение оценки характера питания в алгоритм первичного осмотра пациентов приёмного покоя может повысить эффективность профилактических мероприятий и снизить частоту повторных обращений.

**Холмурадова З.Э.**

### **ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ C – РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

Самаркандский государственный медицинский университет Самарканд, Узбекистан.

**Актуальность.** Отмечена высокая прогностическая значимость даже умеренно повышенного уровня СРБ как фактора риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Европейское общество кардиологов (2003) отнесло высокий уровень СРБ наряду с возрастом, гиперхолестеринемией, гиперлипидемией, наследственностью и абдоминальным ожирением к основным факторам риска АГ. **Цель исследования.** Изучить содержания C-реактивного белка (СРБ) у больных детей и подростков с артериальной гипертензией (АГ). **Пациенты и методы.** Было обследовано 33 больных (17 мальчиков и 16 девочек) в возрасте от 10 до 17 лет (средний возраст  $13,5 \pm 2,1$  лет) с абдоминальным ожирением и АГ. Группу контроля составили 20 практически здоровых детей. Содержание СРБ в сыворотке крови определяли методом нефелометрии. **Результаты.** Из 33 обследуемых с АГ, у 21 (63,63%) детей была выявлена I степень повышения артериального давления (АД) и у 12 (36,36%) – II степень. В целом среднее систолическое АД составило  $138,7 \pm 1,2$  мм рт. ст., среднее суточное диастолическое АД –  $84,9 \pm 1,2$  мм рт. ст. У 7 больных имелась высокая степень риска поражения органов-мишеней и развития сердечно-сосудистых осложнений. Очень высокая степень риска развития сердечно-сосудистых осложнений была установлена у 5 больных. При исследовании 33 пациентов с артериальной гипертензией было выявлено повышение уровня СРБ –  $8,66 \pm 0,88$  мг/л по сравнению с аналогичными показателями в контрольной группе –  $1,74 \pm 0,11$  мг/л. Из числа обследованных больных нормальные значения СРБ были выявлены лишь у 4 человек. Умеренное повышение уровня СРБ мы обнаружили у 11 пациентов. Высокий риск прогрессирования сердечно-сосудистого заболевания мы выявили у 13 больных (39,39%) АГ. Высокая частота повышения СРБ свидетельствует о значимой роли этого маркера в патогенезе артериальной гипертензии. **Выводы.** На основании полученных результатов установлено, что у больных артериальной гипертензией обнаруживается высокий уровень острофазовых показателей СРБ – в 39,39% случаев. Следовательно, рост СРБ, маркера системного воспаления, ассоциирован с показателями суточного профиля АД, что в свою очередь может являться прогностическим фактором в повышении риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с абдоминальным ожирением и АГ.

Холмурадова З.Э., Ганжиян Н.Э.

## ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан. Самарканд

**Цель исследования:** определить частоту выявления метаболического синдрома (МС) у детей, страдающих ожирением. **Материалы и методы.** Основным компонентом МС, согласно критериям IDF, является абдоминальное ожирение. В связи с этим исследование проводилось среди двух групп детей: I группа — 25 детей с равномерным типом ожирения, II группа — 27 детей с абдоминальным ожирением. Всем пациентам были выполнены антропометрические измерения, а также исследованы показатели липидного и углеводного обмена крови. Диагностика МС проводилась на основании критериев Международной федерации диабета (IDF). **Результаты исследования** показали, что среди детей с абдоминальным ожирением МС был выявлен у 19 (70,3%) обследованных. При этом у 8 детей (29,6%) диагностирован неполный вариант МС, характеризующийся сочетанием основного критерия с двумя дополнительными. Сочетание абдоминального ожирения с тремя и четырьмя дополнительными компонентами наблюдалось соответственно в 25,9% и 14,8% случаев. Были выявлены различные клинические варианты МС: сочетание абдоминального ожирения с гипергликемией, повышением уровня триглицеридов и артериального давления, а также снижением холестерина липопротеидов высокой плотности — 3,7%; сочетание абдоминального ожирения с положительным глюкозотолерантным тестом, повышением уровня триглицеридов и артериального давления, а также увеличением индекса НОМА-R — 3,7%; сочетание абдоминального ожирения с повышением общего холестерина, снижением ХС ЛПВП, наличием инсулинорезистентности и повышенным уровнем гликированного гемоглобина — 7,4%. Среди сочетаний трёх признаков наиболее часто встречалось сочетание абдоминального ожирения с инсулинорезистентностью, снижением ХС ЛПВП и гипертриглицеридемией — 14,8%. Следует отметить, что у 8 (29,6%) детей с абдоминальным ожирением выявлено сочетание висцерального ожирения только с одним дополнительным компонентом, что позволяет отнести их к группе риска по формированию МС. В I группе, среди детей с равномерным ожирением без признаков абдоминального, у 6 (24%) пациентов также отмечалось наличие двух и более дополнительных компонентов при отсутствии основного критерия, что позволяет рассматривать их как лиц с повышенным риском развития МС. Дополнительно нами был изучен один из дополнительных критериев метаболического синдрома — микроальбуминурия (МАУ). При исследовании уровня альбумина в моче у детей с равномерным типом ожирения патологическая МАУ выявлена у 5 (20,0%) пациентов, у 14 (56,0%) показатели находились в пределах физиологической нормы, а у 6 (24%) альбумин в моче не определялся. В группе детей с абдоминальным ожирением патологическая МАУ выявлена у 14 (51,8%) пациентов ( $p < 0,01$  по сравнению с I группой), тогда как у 13 (48,1%) показатели находились в пределах физиологических значений ( $p < 0,05$  по сравнению с I группой); случаев отсутствия альбуминурии в данной группе не отмечалось. В контрольной группе патологическая МАУ не выявлялась; показатели в пределах физиологической нормы отмечались у 9 (45%), в остальных случаях альбумин в моче не определялся. **Выводы.** В основе формирования метаболического синдрома у детей лежат нарушения углеводного, липидного и пуринового обменов. У детей с абдоминальным типом ожирения чаще выявляются расстройства углеводного обмена и изменения липидного профиля, причём данные нарушения формируются уже в раннем возрасте, предшествуя клинической манифестации МС. Установлено, что среди детей с абдоминальным ожирением метаболический синдром выявлен у 70,3% обследованных, при этом наиболее распространённым является неполный вариант МС, характеризующийся сочетанием абдоминального ожирения с двумя дополнительными компонентами (29,6%).

**Хосилова Н., Каюмов А.Р.**

## **ОПЕРАЦИЯ РОССА В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ**

Eurasian Multidisciplinary University Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** оценка непосредственных результатов выполнения операции Росса у детей с врожденной патологией аортального клапана. **Материалы и методы:** С 2022 года в отделении кардиохирургии Medion Innovation проведено 14 операций Росса у пациентов детского возраста. У 12 из них диагностирован аортальный стеноз, у 2 — тотальная аортальная недостаточность. В двух случаях операция проводилась повторно: один пациент ранее перенёс пластику дефекта межжелудочковой перегородки, другой — иссечение подклапанной мембраны. Возраст пациентов варьировал от 2,5 до 14 лет (в среднем —  $7,4 \pm 3,45$  года). Преобладали мальчики — 85% (12 из 14). Диагноз устанавливали с помощью эхокардиографии. У 71,5% пациентов (10 человек) был выявлен двухстворчатый аортальный клапан. Средний конечно-диастолический объём левого желудочка составил  $51,57 \pm 17,3$  мл, диаметр фиброзного кольца —  $15 \pm 2,1$  мм, градиент давления на клапане —  $61 \pm 29,1$  мм рт. ст. **Результаты:** во всех случаях была выполнена операция Росса с полной заменой корня аорты (total root replacement). В качестве легочного протеза использовали: ксенографт Pilon (КемКор) — у 12 пациентов; синтетический графт ЕвРос-Ми (МедИнж) — у 2 пациентов. Гомографты в легочную позицию имели диаметр 15–23 мм. Средняя длительность искусственного кровообращения составила  $144,3 \pm 14,3$  мин., окклюзия аорты —  $105,8 \pm 10$  мин. Интраоперационная кровопотеря —  $42,8 \pm 9,5$  мл. Послеоперационное пребывание в ОРИТ в среднем составило  $32 \pm 2$  часа. ЭхоКГ перед выпиской показала снижение градиента давления до  $7 \pm 1,6$  мм рт. ст., признаков регургитации не отмечено. Средняя продолжительность госпитализации —  $8 \pm 2$  суток. Летальных исходов не зарегистрировано. **Заключение:** Операция Росса продемонстрировала высокую эффективность и безопасность при лечении врожденных пороков аортального клапана у детей. Метод обеспечивает значительное улучшение гемодинамики, минимальный риск осложнений и является предпочтительной стратегией хирургического вмешательства в педиатрической кардиохирургии.

**Хусаинова Ш.К., Шавазы Н.М.**

## **ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд. Узбекистан

**Актуальность.** Несмотря на то, что этиология и патогенез патологических желтух у новорожденных изучались на протяжении многих лет, а современные принципы предупреждения билирубиновой энцефалопатии были разработаны более полувека назад, дифференциальная диагностика и выбор оптимальных методов терапии неонатальных желтух по-прежнему вызывают трудности даже у опытных неонатологов и педиатров. **Цель исследования.** Выявить факторы риска затяжной гипербилирубинемии у новорождённых. **Материалы и методы.** Нами анамнестическими, клиническими, лабораторно-инструментальными методами были обследованы 70 новорожденных, которые были распределены на 2 группы, в первую группу (основную) вошли 50 новорожденных с неонатальными гипербилирубинемиями, вторую (контрольную) группу составили 20 практически здоровых новорожденных. В соответствии с целью исследования была разработана специальная программа оценки (клинико-анамнестической, статистической) влияния модифицирующих факторов для определения рецидивирования обструктивного бронхита у детей. Изучение эпидемиологических показателей риска заболеваемости в популяции (IP – коэффициента заболеваемости, IR – показатель «шансов» относительного риска заболеваемости и RR – показателя относительного риска заболеваемости), в нашем случае модифицирующих факторов во II группе больных, позволили получить объективные характеристики воздействия изучаемых факторов. **Результаты.** Результаты проведенного статистического анализа показали, что риск развития гипербилирубинемии у новорожденных в I группе больных детей (IP1) особо не отличался в сравнении с II группой больных

(IP0) по следующим факторам: наследственность, отягощенная по бронхолегочной патологии (0,82 и 0,42), анемия беременных (0,72 и 0,48), сахарный диабет у матери (0,42 и 0,33), хронические очаги инфекции у матери (0,53 и 0,33), пограничный возраст матери (0,33 и 0,21), задержка внутриутробного развития (0,48 и 0,33), анемия у новорожденного (0,11 и 0,08) данные патологии встречались в основной и в контрольной группах почти одинаково. В этих группах показатели IR были соответственно 1,8; 1,4; 1,18; 1,42; 1,34; 1,27; 1,24 и RR 0,8; 0,7; 1,2; 1,24; 1,21; 1,16; 1,28. Наиболее значимыми факторами риска неонатальной желтухи у новорожденных, в тоже время IP1 и IP0 по ряду показателей значительно отличались друг от друга, что проявилось в показателях отношения шансов возникновения заболевания IR и относительного риска RR по следующим факторам: гестозы беременных (IR 4,0 и RR 2,05), приём лекарственных препаратов во время беременности (IR 4,15 и RR 2,4), угроза прерывания беременности (IR 4,35 и RR 2,74), недоношенность (IR 2,05 и RR -0,43), роды путём кесарево сечения (IR 4,5 и RR -2,75), внутриутробные инфекции (IR 2,66 и RR 1,81), асфиксия новорожденных (IR 4,2 и RR 5,65), синдром угнетения ЦНС у новорожденного (IR 4,83 и RR -8,04), ГИЭ (IR 3,08 и RR 2,51). Остальные изученные факторы не могут способствовать гипербилирубинемии у новорожденных, так как полученные показатели (IR и RR), представленные в таблице аналогичны в контрольной и основной группах. **Выводы.** Проведенный анализ позволяет сделать заключение, что существуют факторы риска, которые необходимо учитывать при составлении прогноза неонатальной желтухи. При этом ведущими достоверными модифицирующими факторами являются гестозы беременных, приём лекарственных препаратов во время беременности, угроза прерывания беременности, недоношенность, роды путём кесарево сечения, внутриутробные инфекции, асфиксия новорожденных, синдром угнетения ЦНС у новорожденного, гипоксико-ишемическая энцефалопатия.

**Хусенова М.С., Алимова Г.К., Давлатова С.Н.**

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КВАШИОРКОРА У РЕБЁНКА**

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али Ибн Сино. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Описание клинического случая тяжёлой белково-энергетической недостаточности типа квашиоркора у ребёнка раннего возраста. **Материал и методы.** Проведено наблюдение за девочкой Д., поступившей в отделение детской реанимации ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в возрасте 1 года 5 месяцев. Оценивались клиническое состояние, кожные и соматические проявления, нутритивный статус. Кроме того, проведена консультация дерматолога, гематолога и гастроэнтеролога. Применялись методы лабораторной диагностики (общий анализ крови, биохимический анализ крови, электролиты), УЗИ органов брюшной полости и контроль массы тела. **Результаты исследования.** Из анамнеза: ребёнок 1 года 5 месяцев, от третьей беременности, роды своевременные, масса тела при рождении 3300 г, рост - 51 см. Семейный анамнез отягощён социальными факторами. Искусственное вскармливание с 5 месяцев, питание преимущественно углеводистое (каши на воде, чай, печенье), белок в рационе представлен минимально. За последние 4 месяца отмечены эпизоды частых кишечных инфекций, многократная диарея, снижение аппетита и прогрессирующая потеря массы тела. При поступлении: состояние тяжёлое. Кожа сухая, истончённая, с выраженной гиперпигментацией по всему телу и даже на лице, местами шелушение, волосы ломкие, истончённые, местами обесцвеченные. Отмечены отёки на лице, голених и стопах. Выраженная апатия, сниженная реакция на внешний раздражитель. Масса тела при поступлении 6 500 г, ниже возрастной нормы более чем на 30%. Живот увеличен за счёт гепатомегалии и метеоризма. Аппетит снижен. Мышечный тонус резко снижен, отмечается гипотония мышц. Дыхание свободное через нос. ЧД 38 в мин. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца слегка приглушены, патологических шумов нет. Ритм правильный. ЧСС 120 в мин. Диурез сохранён. Данные лабораторно-инструментальных методов исследования: гемограмма: гемоглобин – 84 г/л, эритроциты –  $2,0 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $9,1 \times 10^9/л$ , тромбоциты –  $350,0 \times 10^9/л$ , нейтрофилы – 75%, лимфоциты – 10%. Биохимия крови: креатинин – 44,3 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, белок – 42 г/л, АЛАТ/АСАТ, билирубин общий в пределах нормы, глюкоза крови – 3,2 ммоль/л, К – 3,1 ммоль/л, Са – 1,43 ммоль/л, Na – 129,7 ммоль/л. На ЭКГ выявлены умеренные нарушения процессов реполяризации миокарда. Эхо-КГ - без

особенностей. УЗИ внутренних органов: умеренная гепатомегалия, пневматоз кишечника. Проводимая терапия: постепенное восстановление питания по этапам (на этапе стабилизации применялись смеси, а на реабилитации проводился переход на высокобелковое дробное питание), витаминотерапия, коррекция электролитов и гипогликемии, уход за кожей, лечение сопутствующей кишечной инфекции. Отмечалась медленная, но положительная динамика: уменьшение отёков, восстановление аппетита, улучшение активности, нормализация показателей крови. **Вывод.** Представленный клинический случай показывает, что квашиоркор является тяжёлым, но потенциально обратимым состоянием при своевременной диагностике и правильной нутритивной терапии. Ключевыми факторами риска выступили социальные условия (нерациональное углеводное питание, ранний отказ от грудного вскармливания, частые инфекции и заболевания ЖКТ). Ранняя стабилизация, постепенная коррекция питания, контроль электролитов и грамотный уход позволяют значительно снизить риск осложнений и улучшить прогноз.

Хушвактова З.Б., Санакулов А. Б.

## ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ

Самаркандский государственный медицинский Университет, Самарканд, Узбекистан

**Цель исследования.** Это и послужило основанием для проведения настоящих исследований, основной целью которых являлось изучение особенностей функционального состояния сердечно-сосудистой системы и вегетативного статуса у детей и подростков мужского пола от 7 до 15 лет, а также внутри- и межсистемных взаимосвязей регистрируемых параметров. **Результаты и обсуждения.** Согласно результатам проведенных исследований, реакция сердечнососудистой системы на физические нагрузки в возрастном диапазоне от 7 до 15 лет в основном определяется приростом частоты сердечных сокращений, которая, в свою очередь, зависит от исходных значений пульса в состоянии покоя. В этом плане особо неблагоприятным является возраст 13-14 лет. Наиболее высокая потребность миокарда в кислороде регистрируется в 7, а также в 13-15 лет. При анализе электрокардиограмм у современных детей и подростков особое внимание следует уделять продолжительности интервала QT, а также отношению амплитуды зубца R к амплитуде зубца T в левых грудных отведениях. Подобные изменения характеризуют метболические изменения в миокарде, что обуславливает необходимость углубленного обследования на предмет выявления очагов хронической инфекции, нарушений вегетативного статуса, дефицита определенных витаминов, минеральных веществ, микроэлементов, передозировки физических нагрузок и т. п. Применительно к детям, имеющим феномен укороченного интервала PQ, обязательно исключение функционирования дополнительных проводящих путей, повышения тонуса симпатического отдела, гиповитаминоза, артериальной гипертонии и ряда других факторов. Отдельного внимания заслуживают дети и подростки с высоким зубцом R в отведении VI. Интерпретация подобных изменений нередко вызывает серьезные трудности. Опираясь на последние данные литературы, высокий зубец R в отведении VI нередко регистрируется при наличии патологии папиллярных мышц. В связи с этим, подобные дети должны быть целенаправленно обследованы путем использования метода эхокардиографии. Вегетативный статус в возрастном диапазоне от 7 до 15 лет значимых изменений не претерпевает. Исключение составляет возраст 12 лет, когда, согласно полученным данным, которые не 257 совпадают с традиционными представлениями, имеет место повышение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. При этом установлено, что между различными методами оценки функционального состояния вегетативной нервной системы в данном возрастном диапазоне корреляционные взаимосвязи носят неоднозначный характер. В частности, исходя из полученных результатов, для оценки вегетативного статуса могут быть использованы: в возрасте 7 лет - частота сердечных сокращений в состоянии покоя, индекс Кердо и колеблемость интервалов RR; в возрасте 8 лет - частота сердечных сокращений и колеблемость интервалов RR; в 9 лет - индекс Кердо, результаты активной одноминутной ортостатической пробы и колеблемость интервалов RR; в 13 и 14 лет - частота сердечных сокращений и колеблемость интервалов RR. Наиболее высокие значения общей физической работоспособности наблюдаются у детей 9-12 лет. В 13 лет происходит резкое падение относительных

значений общей физической работоспособности, которые и к 15-летнему возрасту не достигают уровня 12 лет. **Выводы.** В возрасте 13-15 лет необходимо снижение уровня физических нагрузок, направленных на развитие выносливости. Использование индекса Руффье в целях оценки общей физической работоспособности в возрастном диапазоне от 7 до 15 лет неправомерно. Специалисты, работающие с детьми и подростками, должны учитывать полученные данные в плане организации их двигательной активности и оценки функционального состояния ведущих систем организма

**Xushimov A.A., Arslonova R.R.**

### **NEONATAL GIPOGLIKEMIYA: ERTA ANIQLASH VA BARQARORLASHTIRISH USULLARI**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

**Ishning maqsadi.** Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda gipoglikemiya erta bosqichda aniqlash algoritmlarini takomillashtirish hamda qon zardobidagi glyukoza miqdorini barqaror ushlab turishda zamonaviy terapevtik vositalarning (jumladan, 40% li dekstroza geli va infuzion terapiya) samaradorligini baholash. **Tadqiqot materiallari va usullari.** Olib borilgan tadqiqotlarda neonatologiya bo'limida kuzatilgan xavf guruhidagi yangi tug'ilgan chaqaloq ishtirok etdi. Guruhga erta tug'ilgan, gestatsiya yoshiga nisbatan vazni kam (SGA) va onasi qandli diabet bilan og'irigan (IDM) bolalar kiritildi. Glyukoza monitoringi hayotining dastlabki 24 soatida har 3 soatda bir marta (ovqatlanirishdan oldin) ekspress glukometr va nazorat laboratoriya usullari yordamida olib borildi. **Tadqiqot natijalari.** Ko'plab tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, neonatal gipoglikemiya holatlarining 78% qismi asimptomatik (klinik belgilsiz) kechadi, bu esa laboratoriya skriningining naqadar muhimligini tasdiqlaydi. Glyukoza miqdori 2,2-2,5 mmol/l bo'lgan yengil darajadagi gipoglikemiyada 40% li dekstroza gelining lunj shilliq qavatiga 200 mg/kg dozada qo'llanilishi, 92% holatda glyukoza miqdorini 30-40 daqiqa ichida barqarorlashtirdi. Ushbu usul bolani onasidan ajratmagan holda davolash imkonini berdi va reanimatsiya bo'limiga o'tkazish zaruratini 2,5 baravarga qisqartirdi. Og'ir gipoglikemiyada (1,6 mmol/l dan past) 10% li glyukoza eritmasi bilan o'tkazilgan infuzion terapiyada glyukoza yuborish tezligi (GIR - Glucose Infusion Rate) o'rtacha 6-8 mg/kg/daqiqa ni tashkil etib, glyukostazni samarali ta'minladi. **Xulosalar.** Faqatgina klinik belgilarga tayanish yetarli emas, xavf guruhidagi barcha chaqaloqlarda hayotning birinchi soatlaridan boshlab majburiy laboratoriya skriningi o'tkazilishi shart. 40% li dekstroza geli neonatal amaliyotda invaziv bo'lmagan, samarali va xavfsiz birinchi yordam vositasi sifatida keng qo'llanilishi tavsiya etiladi. Glyukoza miqdorini barqaror ushlab tashlashda erta emizish, tana haroratini saqlash va GIR miqdorini individual hisoblash neyroprotektiv profilaktikaning asosi hisoblanadi.

**Xo'shmurodova M. A., Madjidova Y.N., Iskandarova D.E., Xo'shboqova S.**

### **CHO'ZILUVCHAN NEONATAL SARIQLIKDA BILIRUBINGA BOG'LIQ NEVROLOGIK BUZULISHLARGA OLIB KELUVCHI XAVF OMILLARINING ASPEKTLARI**

Toshkent Davlat tibbiyot universiteti Termiz filiali

Toshkent Davlat tibbiyot universiteti

**Tadqiqot maqsadi** cho'zilgan neonatal sariqlikda bilirubin ensefalopatiyasini rivojlanishiga olib keluvchi omillarni o'rganish **Tadqiqot materiallari va usullari yangi tug'ilgan chaqaloqlar va neonatal davrdagi 40 nafar sariqligi 2 haftadan uzoq cho'zilgan, Kramer shkalasida 4-5 zona bo'lgan, umumiy bilirubin tahlilida 200 mkm/mldan baland bo'lgan bolalar tanlab olindi. Tekshiruv usullari.** Laborator tekshiruvlar: qon umumiy tahlili, biokimyoviy tahlili (umumiy bilirubin miqdori: umumiy bilirubin: bog'langan, bog'lanmagan bilirubinlar neyronspezifika oqsillar. Neyrosonografiya **Tadqiqot natijalari.** Tadqiqotlarimiz natijasiga ko'ra onaning kasalliklari homiladorlik davriga va boladagi bilirubin ensefalopatiyasining rivojlanishiga turtki bo'lishi mumkin. Ayniqsa TORCH infeksiyasi 5,9 % holatd uchradi ammo kasallikning rivojlanishiga xavf bo'lishi korrelyatsion bog'lanishda kuzatildi ( $\chi^2=3,8$   $p<0,05$ ). Bu TORCH infeksiya bilan tug'ilgan bolada bilirubin ensefalopatiyasining og'irroq darajasiga o'tishi kuzatildi. Shuningdek anemiyaning 3 darajasi 52,9 % ( $p>0,05$ ), diffuz buqoq 47,1 % ( $p>0,05$ ) homilador ayollarda kuzatildi. Bunday ko'rsatkichlar bilan tug'ilgan ayollarning farzandlarida bilirubinemiyaning uzoq davom etishi kuzatildi. Shuningdek toksikozning yengil va og'ir kechishi 8 nafar homilador ayollarda kuzatildi. ( $p>0,05$ ) BIND shkalasida 7< ball olgan bolada bilirubin ensefalopatiyasining klinik rivojlanishi og'ir o'tadi. Jadavalga e'tibor bersak homila suvining ifloslanishi

57,1% (n=12) BIND shkalasida  $8,4 \pm 1,6$  ni tashkil qiladi, ( $\chi^2=0,24$   $p>0,05$ ). Homila suvining ko'pligi 19% (n=4)  $8,3 \pm 1,3$  ballni ( $\chi^2=0,25$   $p>0,05$ ), Anamnezida chaqaloqlar gemolitik kasalligi bo'lgan farzandining borligi (n=6) 28,6%  $8,3 \pm 0,5$  ballni ( $\chi^2=0,07$   $p>0,05$ ), Kindik o'qiga 2 marta o'ralganligi (n=15) 71,4% BIND shkalasida  $8,1 \pm 0,9$  ni ( $\chi^2=0,26$   $p>0,05$ ) bu natijalarga asoslanib bilirubin ensefalopatiyasining klinik og'ir kechishida bir necha omillarning birgalikda bir vaqtda homilaning organizmiga ta'siri natijasida bilirubin ensefalopatiyasining rivojlanib, kuchaygan, asoratli shakliga sabab bo'lishi aniqlandi. **Tadqiqot xulosalari.** Homiladorlikning patologik kechishi: Anemiyaning 3 darajasi 56,5% (n=35), diffuz buqoq 50% (n=31), TORCh infeksiya 37,1% (n=23), sistit va genital kasalliklar 18,1%, homiladorlik gestozlari 33,9% (n=23) bilan kasallangan onalarning farzandlarida BIND shkalasidagi  $5,5 \pm 0,9$  ballni tashkil qildi, chunki shu omillar bilirubin ensefalopatiyasining klinik-nevrologik xususiyatlarini kuchayishiga va rivojlanishiga boshqa omillarga qaraganda kuchliroq ta'sir qilishi aniqlandi. Shu bilan birga Covid-19 virusi bilan homiladorlik davrida kasallangan onalarning farzandlarida bilirubinning umumiy qondagi miqdori 200 mkmol/l dan 250 mkmol/l gacha bo'lgan oraliqda bilirubin ensefalopatiyasining o'rta og'ir darajada rivojlanishi va jadallik bilan rivojlanishi hamda uzoq cho'zilishi kuzatildi. ( $p<0,05$ ). Shuningdek, antenatal va prenatal xavf omillari ham MNS ning zararlanishiga sharoit yaratib beradi.

**Шарипов Р.Х., Расулов А.С., Латипов Д., Сайтов А.**

### **ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА УСТОЙЧИВОСТЬ К БОЛЕЗНЯМ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Актуальность проблемы:** Высокая значимость проблемы часто болеющих детей продиктована стремительным увеличением заболеваемости, необходимостью расширения коечного фонда в детских стационарах, продолжительностью периодов ухода за больными детьми и существенными экономическими издержками. **Цель исследования:** изучение неспецифических факторов защиты организма у часто болеющих детей с различными заболеваниями осложненной диареей. **Материалы и методы исследования:** Иммунологическому обследованию подверглись 45 часто болеющих детей, госпитализированные в ДГБ №1 г.Самарканда. Изучены показатели фагоцитоза и бактерицидная активность сыворотки крови. Фагоцитарная реакция нейтрофилов крови (процент активных фагоцитов, фагоцитарное число, завершенности фагоцитоза) определяли по методике Е.А.Олейниковой с соавторами (1975); бактерицидная активность сыворотки – нефелометрическим методом на ФЭК – 56М. **Результаты исследования:** обследовано 45 дети, в возрасте от 1 года до 3 лет, относящихся к категории часто болеющих. В анамнезе выяснено, что обследованные дети в течение одного года несколько раз болели с разными заболеваниями, таких как ОРЗ, отит, тонзиллит, бронхит и во многих случаях заболевания осложнялись диареей. При распределении обследованных детей по группам учитывали диагноз заболевания. Анализ полученных данных показывает, что из 45 детей у 20% (9) отмечены обструктивный бронхит, сопутствующий – анемия 1 степени (1 группа), у 26,6% (12) – острый бронхит, сопутствующий - анемия 2 степени (2 группа) и у 53,3% (24) – ОРВИ, осложненной диареей, анемия 1 степени (3 группа). **Результаты исследования** показывают, что неспецифические показатели защиты организма у часто болеющих детей с обструктивным бронхитом, процент активных фагоцитов составляет-  $79,6 \pm 0,7\%$ , у больных с острым бронхитом -  $81,3 \pm 1,59\%$ . Самый низкий процент активных фагоцитов отмечалось у больных детей ОРВИ с осложненной диареей -  $69,6 \pm 0,6\%$ . Индекс фагоцитоза в 1 группе составил  $3,06 \pm 0,98$ , во 2 группе –  $3,8 \pm 0,40$ , а в 3 группе –  $2,01 \pm 0,91$ . Аналогичные результаты получены при определении показателя завершенности фагоцитоза. В 1 группе – 4-5 баллов, во 2 группе – 3-4 баллов, в 3 группе – 7-8 баллов. Бактерицидная активность сыворотки один из ведущих факторов неспецифической защиты организма. Такая активность связано с содержанием комплемента, пропердина, интерферона, С – реактивного белка и других активных веществ. При защите организма от инфекционного агента ее роль велика. У обследованных больных, с обструктивным бронхитом, бактерицидная активность сыворотки проявилось в разведениях - 1:80 – 1:160, у больных с острым бронхитом такая активность наблюдалось в более высоких цифрах - 1:320 – 1:640. Самые низкие показатели БАС отмечено у детей ОРВИ осложненной диареей - 1:10-1:20. **Выводы:** У детей с частыми респираторными инфекциями, характеризующихся выраженным

дефицитом неспецифических защитных механизмов, нередко наблюдается коморбидность в виде диарейного синдрома, осложняющего течение заболеваний верхних дыхательных путей. В подобных клинических ситуациях целесообразно применение иммуностимулирующих препаратов для коррекции и повышения уровня неспецифической резистентности организма.

**Sheraliyeva S.J.**

## **REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA TUXUMDON ZAXIRASINING KAMAYISHI FONIDA GORMONAL DISBALANS**

Andijon davlat tibbiyot institute, Andijon, O'zbekiston

**Tadqiqot maqsadi.** Reproktiv yoshdagi bemorlarda tuxumdonlar rezervining keskin pasayishi bilan bog'liq bepustlikni diagnostika qilish usullarini optimallashtirish. **Materiallar va usullar.** Tadqiqotga reprovktiv yoshdagi, tuxumdonlar zaxirasi keskin pasaygan jami 80 nafar ayol jalb etildi. Barcha ishtirokchilarda kompleks klinik va laborator tekshiruvlar o'tkazildi. Gormonal holatni baholash maqsadida bazal follikulostimullovchi gormon (FSG), luteinlashtiruvchi gormon (LG), estradiol, anti-Muller gormoni (AMG) hamda tireotrop gormon (TG) darajalari aniqlandi. Qalqonsimon bez funksional holatini baholash doirasida tireoid peroksidazaga, tireoglobulinga va TG retseptorlariga qarshi antitanachalar miqdori tekshirildi. Tadqiqot doirasida bemorlar ikki guruhga ajratildi: 40 nafar ayolda tuxumdonlarga PRP-terapiya qo'llanildi, 40 nafar ayolda esa HIPPO signal yo'li bilan bog'liq mexanizmlarni faollashtirishga qaratilgan yondashuv qo'llanildi. **Natijalar.** Hayz sikli saqlanib qolgan ayollarda FSG o'rtacha darajasi  $10,5 \pm 2$  ME/l, LH esa  $8,3 \pm 4,4$  ME/l bo'lib, bu ko'rsatkichlar reprovktiv yoshdagi ayollar uchun me'yoriy qiymatlardan sezilarli darajada yuqori edi ( $p=0,016$ ). AMG darajasi muntazam hayz ko'radigan ayollarda  $3,2 \pm 1,97$  ng/ml ni tashkil qilgan bo'lsa, ovaryal rezervi pasayganlarda  $1,5 \pm 1,0$  ng/ml bo'ldi, bu esa ovaryal rezervning keskin pasayganini ko'rsatadi. TG o'rtacha darajasi  $3,9 \pm 0,9$  mME/l edi. **Xulosa.** Tuxumdon zaxirasining pasayishida yetakchi xavf omillari sifatida hayz siklining buzilishlari, surunkali stress, tuxumdon faoliyatining erta so'nishiga irsiy moyillik, shuningdek qalqonsimon bezning asosan autoimmun tabiatga ega bo'lgan kasalliklari va ularning funksional faolligi pasayishi bilan kechuvchi holatlar aniqlandi.

**Шокирова Ш.Б., Жамшедова С. Дж., Ибрагимова М. Ф.**

## **АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ФАКТОР РИСКА ДЛЯ МАНИФЕСТАЦИИ БРОНХИОЛИТА.**

Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

**Актуальность.** Аллергические заболевания являются одной из наиболее распространённых форм хронической патологии в детской и взрослой популяции. Для них характерно формирование стойкого воспалительного процесса в слизистой оболочке дыхательных путей, сопровождающегося повышенной чувствительностью к экзогенным и эндогенным раздражителям. **Цель исследования.** Влияние аллергических заболеваний на возникновение, выраженность симптомов и конечные результаты бронхиолита у детей. **Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находились дети в возрасте от 1 месяца до 5 лет, перенёвшие острый бронхиолит. Всего в исследование включено 46 пациентов: группа I - 23 детей с подтверждёнными аллергическими заболеваниями. Группа II - 23 детей без признаков аллергической предрасположенности. **Результаты исследования.** В группе детей с аллергическими заболеваниями средняя длительность кашля составила  $10,3 \pm 2,3$  дня, тогда как у детей без атопии -  $7,7 \pm 1,9$  дня ( $p < 0,01$ ). Частота свистящего дыхания при поступлении была значительно выше в 1 группе (68%) по сравнению с контролем (42%). Средняя длительность госпитализации также была увеличена у детей с атопическим фоном -  $7,3 \pm 1,6$  дня против  $5,8 \pm 1,3$  дня в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). Эти данные свидетельствуют о более тяжёлом клиническом течении бронхиолита у пациентов с аллергическими заболеваниями. У детей группы 1 уровень эозинофилов был значительно выше ( $0,62 \pm 0,15 \times 10^9/l$ ), чем в контрольной группе ( $0,21 \pm 0,09 \times 10^9/l$ ;  $p < 0,001$ ). Уровень общего IgE также достоверно превышал показатели у детей без атопии ( $152 \pm 38$  ME/мл против  $48 \pm 22$  ME/мл;  $p < 0,001$ ). Эти различия подтверждают наличие активного аллергического

воспаления у пациентов первой группы. В течение первого года после перенесённого бронхолита рецидивы бронхообструктивных эпизодов наблюдались у 32% детей группы 1 и только у 12% детей контрольной группы. **Заключение.** Атопический фон способствует формированию более выраженного воспалительного ответа в мелких дыхательных путях, что ассоциируется с повышенным риском тяжёлых и рецидивирующих форм заболевания. Учет аллергической патологии при диагностике и лечении бронхолита является важным условием улучшения прогноза и профилактики формирования хронических заболеваний органов дыхания.

**Шомурадова И.И., Мирисмаилов М.М., Умаров Т.У., Рашидов Ф.А.**  
**ПРОФИЛАКТИКА КОКЛЮША НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Ташкентский Государственный Медицинский Университет,  
Узбекистан, г.Ташкент

**Актуальность.** В настоящее время коклюш продолжает оставаться значимой причиной заболеваемости и смертности во всем мире. **Цель исследования.** Определение уровня поствакцинального иммунитета к коклюшной инфекции у детей. **Материалы и методы.** Проведение анализа заболеваемости коклюшем и качества вакцинопрофилактики по данным серомониторинга 111 детей, из которых 76 детей с отклонениями в состоянии здоровья в возрасте от 3 лет до 10 лет, мальчиков 34(44,74%) и девочек 42(55,26%) вакцинированных против коклюша, по индивидуальному графику, в условиях семейной поликлиники. Контрольную группу составили 35 относительно здоровых детей. В работе проведена оценка иммунологической активности у детей с отклонениями в состоянии здоровья, вакцинированных против коклюша. Определение титров антител класса G (IgG) методом иммуноферментного анализа (ИФА). Серопозитивными считались сыворотки с уровнем антител IgG выше 11 ед. **Результаты и их обсуждение.** Проведенная серологическая диагностика выявила у 21(27,63%) обследованных детей отсутствие защитных титров к коклюшу или титры ниже защитных. Результаты исследования показали, что у детей с отклонениями в состоянии здоровья относительный шанс неадекватного иммунного ответа повышался из-за осложненного акушерско-гинекологического анамнеза матери 26(34,21%), предшествующая неврологическая патология 19(25%), аллергические состояния 25(32,89%), внутриутробное инфицирование 9(11,84%). Из анамнестических факторов пациента риск повышают искусственное вскармливание 34(44,74%), тимомегалия 16(21,05%), белковая энергетическая недостаточность I степени 8(10,53%), анемии 42(55,26%), нарушение календаря профилактических прививок 16(21,05%). Результаты исследования показали, у 76 обследованных нами детей с отклонениями в состоянии здоровья, 2/3 составляли больные с частыми ОРВИ 48(63,16±1,21%)(P<0,05), на втором месте по частоте встречаемости стоят ОКИ 45(59,21±2,11%), аллергические проявления 26 (34,21±2,15%), бронхиты – 13(17,11±0,51%)(P<0,05). Ветряная оспа 8(10,53±0,22%), Пневмонии 2(2,63 ±0,05%); ангины 10(13,16±0,17%) и прочие 13(17.11±0,25%). Часто отмечалось сочетание частых заболеваний у детей с аллергическими реакциями -27,63%. **Выводы.** Следовательно, при вакцинации против коклюша у детей с отклонениями в состоянии здоровья, с высокой частотой перенесенных заболеваний, уровень противокклюшных антител составил 27,63% детей. Неадекватный иммунный ответ на вакцинацию против коклюша у детей с отклонениями в состоянии здоровья позволяют рассматривать таких детей, как группу повышенного риска по неэффективной вакцинации и обосновывает необходимость применения индивидуальной тактики при их иммунизации.

**Shopo'latova D.E.,Rustamova X.X**

**D VITAMINI TANQISLIGI BO'LGAN BOLALARDA NUTRITIV QO'LLAB-  
QUVVATLASHNING SAMARADORLIGI.**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston.

**Dolzarbliigi:** Bugungi kunda bolalar o'rtasida D vitamini tanqisligi global muammo bo'lib, u nafaqat raxit kasalligini, balki immunitet pasayishi va surunkali kasalliklarning rivojlanishiga sabab bo'lmoqda. O'zbekistonda ham bolalarning 60-70foizida ushbu vitamin yetishmovchiligi

kuzatilmoqda. **Tadqiqot maqsadi:** Turli darajadagi D vitamini tanqisligi aniqlangan bolalarda nutritiv qo'llab-quvvatlashning samaradorligini o'rganish, bunda organizmning kalsiy-fosfor almashinuvi ko'rsatkichini me'yorlashtirish, suyak-mushak tizimi rivojlanishidagi nuqsonlarni bartaraf etishdagi rolini klinik va laborator tahlillar asosida baholash. **Materiallar va uslublar:** Tadqiqot Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-son bolalar xirurgiyasi va pediatriya kafedrasida qoshidagi poliklinikada 30 nafar bola (3-7 yosh) ishtirokida o'tkazildi. Barcha bolalar ikki guruhga ajratildi: asosiy guruh (18 nafar) - an'anaviy ovqatlanishga qo'shimcha ravishda nutritiv qo'llab-quvvatlash olganlar, nazorat guruhi (12 nafar) - faqat profilaktik choralar ko'rilgan bolalar. Tadqiqot obyekti sifatida D vitamini yetishmovchiligiga xos belgilari bo'lgan bolalar tanlab olindi. Tekshirish usullariga qonning umumiy, biokimyoviy tahlillari, zardobdagi 25(OH)D miqdorini aniqlash kiritildi. **Natijalar:** Olib borilgan kuzatuvlar nutritiv qo'llab-quvvatlashning qanchalik samaradorligini ko'rsatib berdi. Tadqiqot davomida quyidagi ko'rsatkichlar olindi: Tadqiqot boshida bolalarda D vitamini tanqisligi darajasi o'rtacha 14 ng/ml ekanligi aniqlandi. Nutritiv terapiya yakunida, asosiy guruhdagi bolalarda zardobdagi 25(OH)D konsentratsiyasi 32 ng/ml gacha ko'tarildi. Nazorat guruhidagi bolalarda bu ko'rsatkich 15 ng/ml ni tashkil etdi. Nutritiv qo'llab-quvvatlash fonida asosiy guruh bolalarida kalsiy-fosfor almashinuvi muvozanatlashdi. Asosiy guruhdagi bolalarning 88,8 foizida avval kuzatilgan klinik simptomlar: asabiy qo'zg'aluvchanlik, ko'p terlash bartaraf etildi. Bolalarning jismoniy faolligi ortdi, uyqu sifati va ishtahasi yaxshilandi. Bundan tashqari, bolalar o'tkir respirator virusli infeksiyalar bilan kasallanganda, kasallikning kechishi yengil, asoratlarsiz kechishi kuzatildi. **Xulosa:** Tadqiqot natijalari ko'rsatadiki, D vitamini tanqisligi bo'lgan bolalarda faqatgina an'anaviy ovqatlanish ratsioni organizmning bu vitamanga bo'lgan ehtiyojini to'liq qoplay olmaydi, nutritiv qo'llab-quvvatlashni talab qiladi. Nutritiv qo'llab-quvvatlash nafaqat suyak tizimidagi o'zgarishlarning oldini oladi, balki bolalarning immunologik himoya qobiliyatini mustahkamlab, o'tkir respirator kasalliklarga chalinish xavfini kamaytiradi. Olingan ma'lumotlar asosida, pediatriya amaliyotida D vitamini tanqisligini erta aniqlash va individual yondashuv asosida nutritiv terapiyani qo'llash, bolalarning jismoniy rivojlanishini ta'minlashda ahamiyatga ega.

**Elmurodov O.O., Ochilova S. S.**

## **BOLALAR OVQATLANISHINING HOZIRGI KUNDAGI DOLZARB MUAMMOLARI**

Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali, Surxandaryo, O'zbekiston

**Annotatsiya:** Ushbu tezisda zamonaviy pediatriyaning eng ustuvor muammosi bolalar ovqatlanishidagi sifat va miqdor disbalansi tahlil qilingan. Tadqiqotda "yashirin ochlik", mikronutrientlar tanqisligi va alimantar semirishning bolalar salomatligiga ta'siri o'rganiladi. Natijalar rasioning sifat tarkibi kognitiv va immun tizimi uchun hal qiluvchi ahamiyatga ega ekanini ko'rsatadi. **Tadqiqotning maqsadi:** Bolalar o'rtasida noto'g'ri ovqatlanish natijasida kelib chiqadigan asosiy klinik-metabolik buzilishlarni aniqlash va profilaktika choralari ilmiy asoslash. **Olib borilgan tadqiqotlar** doirasida 3 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan 500 nafar bolaning ovqatlanish anamnizi va laborator tahlillari o'rganildi. Antropometrik o'lchovlar (BMI), qonning biokimyoviy tahlili (ferritin, D vitamini, rux) va 24 soatlik xronologik metod yordamida rasion tahlili o'tkazilgan. **Tahlillar natijasida** bolalar salomatligida quyidagi kritik muammolar aniqlandi: "Yashirin ochlik" fenomeni: Tekshirilgan bolalarning 65% da D vitamini yetishmovchiligi va 42% da latent temir tanqisligi (ferritin <15 mkg/l) aniqlandi. Bu holat tashqi klinik belgilersiz kechib, bolalarning aqliy faoliyati, xotirasi va diqqat konsentratsiyasining pasayishiga sabab bo'lmoqda. Alimantar semirish va metabolik xavf: Bolalarning 22% ida tana vaznining ortiqchaligi qayd etildi. Ularning ratsionida tez hazm bo'luvchi uglevodlar ulushi me'yordan 3-4 baravar yuqori ekani aniqlandi. Bu 10-12 yoshli bolalarda arterial gipertenziya va insulinrezistentlikning erta shakllanishiga zamin yaratmoqda. Gastrointestinal va immunologik asoratlar: Kletchatka yetishmasligi oqibatida bolalarning 35% ida ovqat hazm qilish tizimining funksional buzilishlari va ichak mikrobiotasining disbalansi kuzatildi. Bu esa o'z navbatida atopik dermatit va boshqa alimantar allergiyalarning 1.8 baravarga ortishiga olib keladi. Kognitiv rivojlanish: Omega-3 va magniy tanqisligi aniqlangan bolalarda diqqat yetishmasligi va giperaktivlik (ADHD) belgilari nazorat guruhiga nisbatan yuqori ekani aniqlangan. **Xulosa:** Bolalar ovqatlanishidagi muammolarni bartaraf etish faqat tibbiyotning emas, balki davlat, ta'lim muassasalari va oilaning birgalikdagi vazifasidir. Sog'lom ratsion — bu kasalliklarni davolash emas, balki ularning oldini olishning eng arzon va samarali usulidir.

Эшнезова Н.А., Уктамов О.Ш. Юлдошева Г.Б.

## ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ПОДОРОЖНИКА БОЛЬШОГО (PLANTAGO MAJOR) И ЕГО КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучение фармакологических свойств подорожника большого (*Plantago major*), оценка его клинического воздействия на организм и определение практического значения в современной медицине и фармакологии. **Материалы и методы.** Подорожник большой является широко распространённым лекарственным растением, применяемым в народной и официальной медицине. Листья и семена *Plantago major* содержат биологически активные вещества: иридоидные гликозиды (аукубин), флавоноиды (апигенин, лютеолин), полисахариды, дубильные и фенольные соединения. Растение оказывает противовоспалительное, ранозаживляющее, иммуномодулирующее и отхаркивающее действие. В исследовании использовались препараты в форме сиропа, мази и настоя на основе экстракта подорожника большого. **Результаты.** В исследовании приняли участие 10 добровольцев (6 детей и 5 взрослых). Длительность лечения составила 5–10 дней. Применение сиропа подорожника большого при воспалении уха способствовало уменьшению симптомов на 80% в течение 6 дней. Использование мази обеспечивало полное заживление кожных язв через 6 дней и ускоряло восстановление при незначительных травмах (5 дней). При фарингите симптомы исчезали в среднем через 4 дня. У пациентов с аллергическими высыпаниями полное клиническое улучшение отмечалось через 10 дней. При варикозном расширении вен мазь подорожника большого способствовала заживлению ран в 72% случаев. Применение настоя у пациентов с воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта приводило к уменьшению симптомов на 83%. У больных с лёгочными инфекциями общее улучшение состояния наблюдалось через 6 дней. **Выводы:** Подорожник большой (*Plantago major*) обладает высокой терапевтической эффективностью. Препараты на его основе способствуют ускорению заживления ран, снижению воспалительных процессов, улучшению состояния дыхательной и пищеварительной систем, а также повышению иммунитета. Полученные результаты подтверждают целесообразность широкого применения лекарственных средств на основе подорожника большого в клинической практике, включая педиатрию

Юлдашева Г.Г.

## ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЁННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино. Бухара, Узбекистан.

В структуре заболеваемости новорождённых респираторные расстройства занимают 2-е место — 8,8%. В общей популяции новорождённых составляет 6—12%, детей с низкой массой тела — 1—1,8% и экстремально низкой массой тела — 0,4—0,5%. Развитие заболевания связано с первичным дефицитом эндогенного сурфактанта у недоношенного ребёнка, слабостью дыхательной мускулатуры и невозможностью полноценного становления самостоятельного дыхания. Баланс провоспалительных и противовоспалительных цитокинов играет важную роль для поддержания гомеостаза в организме новорожденного. **Цель исследования** - изучить баланс цитокинов в околоплодных водах и пуповинной крови при рождении для прогнозирования СДР у глубоко недоношенных. **Материал и методы.** Обследование проводилось у 58 рожениц и их глубоко недоношенных детей родившихся в сроке гестации 22-32 недель. Основную группу составили 38 глубоко недоношенных детей с СДР стиндромом, контрольную группу составили 20 глубоко недоношенных детей без проявления клинических симптомов дыхательных расстройств. У всех рожениц взяты околоплодные воды и пуповинную кровь для определения уровня цитокинов ИЛ-6 и ИЛ-8. Забор пуповинной крови производили после пересечения пуповины. Концентрацию ИЛ-6 и ИЛ-8 в околоплодных водах и сыворотке пуповинной крови исследовали иммуноферментным методом. **Результаты.** Результаты исследования показали, что средний гестационный возраст основной группы составила  $27,4 \pm 2,3$  недель; средняя масса тела  $905,5 \pm 2,4$  г соответственно контрольной группе  $30,6 \pm 2,6$  недель; средняя

масса тела  $1010,5 \pm 3,3$  г. Интерес был факт учета паритета, установлено в основной группе учащение случаев первой-58,6%, второй-33,2% и третьей беременности-8,2%. И 51,2%, 24,5% и 24,3% соответственно. В гендерном отношении в основной и контрольной группе мальчики преобладали девочек 64,7% и 57,8%. Уровень цитокинов ИЛ-6 и ИЛ-8 в амниотической жидкости имеет высокую чувствительность и специфичность. В основной группе концентрация ИЛ-6 в амниотической жидкости взятой во время родов, был повышен в 3,5 раза-  $88,9 \pm 3,73$  пг/мл, соответственно контрольной группе  $26,1 \pm 1,54$  пг/мл. В отличие от основной группы во второй группе выявлено тенденция повышения ИЛ-8  $24,3 \pm 1,3$  пг/мл,  $20,2 \pm 1,1$  пг/мл соответственно, что указывает наличие нарушения фетоплацентарного кровообращения, которое проявляется задержкой внутриутробного развития и неонатальным сепсисом. **Заключение.** Определение содержания ИЛ-6 в амниотической жидкости имеет большое прогностическое значение. Повышенная экспрессия свидетельствует о высокой вероятности наступления преждевременных родов или преждевременного разрыва плодных оболочек. Как показали наши исследования, содержание ИЛ-6 в различных биологических жидкостях у матерей в конце первого периода преждевременных родов и недоношенных новорожденных с РДСН значительно варьирует.

**Юлдашева Г. Г., Хамидова Н.У.**

### **ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, ВКЛЮЧАЯ ГЕСТАЦИОННЫЙ ВОЗРАСТ, НА ПРОЦЕСС ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ**

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино. Бухара, Узбекистан.

**Актуальность:** Прорезывание зубов - одно из звеньев сложной цепи развития зуба, которое начинается во внутриутробном периоде и продолжается несколько лет после прорезывания первого зуба. Этот процесс обусловлен ростом и развитием всего организма. Имеется выраженная зависимость сроков прорезывания первых зубов от степени недоношенности: чем больше степень недоношенности, тем позже прорезывались первые зубы. **Цель исследования:** изучить последовательность прорезывания зубов в зависимости степени недоношенности и веса при рождении. **Материалы и методы:** обследованы 58 детей находившиеся на учете амбулатории. Из них основную группу составили 32 (55%) недоношенных детей родившиеся в гестационном сроке 28-37 недель, весом при рождении 1088,5-2423,4. В гендерном соотношении значимых различий не было. Сравнительную группу составили 26 (45%) доношенных новорожденных родившиеся в сроке 38-39,2 недель, средний вес составил 3462,0, девочек было больше чем мальчиков (67%). Проведены осмотры и изучены амбулаторные карты развития детей. **Результаты исследования:** Недоношенные дети по сроку гестации разделены на 2 подгруппы: 1а-подгруппу составили 7 (21%) недоношенных детей родившиеся в сроке гестации от 28-32 недель, средний вес составил 1986,5. 2б подгруппу включены 25 (78%) недоношенные дети родившиеся в сроке 33-37 недель, средний вес-2241,3. 1а-подгруппе прорезывание нижних центральных резцов наблюдалось в среднем на 10,38 месяце, боковые на 12,1 месяце жизни, в то время в 1б-подгруппе 9,2 и 11,23 соответственно. Во второй группе у доношенных детей прорезывание нижних центральных резцов наблюдалось в среднем на 7,5 месяцев, боковые на 8,1 месяце жизни. **Заключение.** У недоношенных детей происходит задержка прорезывания молочных зубов, особенно у новорожденных с весом менее 1500,0 и гестационным возрастом менее 32 недель. У детей более гестационным возрастом и весом молочные зубы прорезываются раньше.

**Юсупова У.У., Джуманиязова Г.М.**

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ХЛАМИДИЙНОЙ И УРЕАМИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РЕГИОНАХ**

Ургенский государственный медицинский институт, Ургенч, Харе́зм

**Актуальность:** Природа и общество представляют единую динамическую систему и изменения в биосфере не могут не затрагивать биологической природы человека. Ухудшение экологической

обстановки незамедлительно сказывается на здоровье населения проживающего в зоне экологического неблагополучия. В настоящее время хламидийная и уреамикоплазменная инфекция представляет большую медико - социальную проблему во всем мире. Хламидиоз - является одним из наиболее распространенных заболеваний передаваемых половым путём. Частота внутриутробного инфицирования при уреамплазмозе составляет 45%, при микоплазмозе 3-20%. Внутриутробное инфицирование плода может привести к замедлению роста, формированию различных патологических состояний у детей, а также к развитию поражения внутренних органов, несовместимых с жизнью. **Цель:** Изучение сроков заражения и особенности течение раннего неонатального периода новорождённых детей, рождённых от матерей с ЗППП (хламидиоз, уреамикоплазмоз). **Материалы и методы исследования:** Обследованы 30 новорожденных детей, рожденных от матерей, страдающих острой и хронической формой хламидийной и уреамикоплазменной инфекции. Наряду с изучением особенностей течения раннего неонатального периода, в исследуемой группе проведен сравнительный количественный анализ здоровых детей, новорожденных, пораженных данной инфекцией и умерших после рождения. Исследования проводились Хорезмском Перинатальном Центре (ХПЦ). **Результаты:** Под наблюдением находились 30 новорожденных детей рожденных от матерей с хламидийной и уреамикоплазменной инфекцией. Все обследованные дети были разделены на 2 подгруппы: 16 детей (53,4%) были от матерей с хламидийной инфекцией (I группа) и 14 (46,6%) детей были от матерей с уреамикоплазменной инфекцией (II группа). Из трёх случаев многоплодной беременности 2 имели место в группе матерей с хламидийной инфекцией и 1 из группы матерей с уреамикоплазменной инфекцией (I группа - матери n=14; II группа - матери n=13). В наших исследованиях анализ заболеваемости новорожденных в группах исследования показал, что в I группе энцефалопатия встречалась 56,25%, ВЖК 50%, конъюнктивит 31,25% внутриутробная пневмония 18,75%, ЗВУР 6,25%. Во II группе эти же заболевания энцефалопатия встречалась в 50%, ВЖК в 42,8%, конъюнктивит в 22%, внутриутробная пневмония в 7%, ЗВУР в 7%. Кефалогематома, родовая опухоль в обеих группах оказалось почти в одинаковых соотношениях. Только один случай кардиопатии отмечался во II группе. **Выводы:** Таким образом, наши исследования показали, что хламидиозная и уреамикоплазменная инфекция у матерей, не получавших специфическое лечение, резко отражаются на состоянии здоровья новорожденных, что проявляется в 2 раза выше частотой поражения мозга с внутрижелудочковыми кровоизлияниями, внутриутробных пневмониями, конъюнктивитами.

**Яхёев К.Ф., Содикзода.А.М., Зиёева Ш.К., Ходжаева Н.Н.**  
**КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНОЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА У**  
**НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.**

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али Ибни Сино. Душанбе,  
Таджикистан

**Цель исследования:** Оценить особенности клиничко-лабораторного течения и исходов сепсиса у недоношенных детей. **Материал и методы.** В отделении неонатологии НМЦ РТ «Шифобахш» находились 17 пациентов с диагнозом сепсис. Были выполнены следующие абследования: гемограмма, биохимия, ВИЧ, гепатиты, коагулограмма, СРБ, прокальцитонина, также общий анализ мочи. УЗИ органов брюшной полости и мозга. Рентгенография грудной клетки. **Результаты исследования.** Из анамнеза выявлено, что дети болеют с рождения. Получили стационарное лечение без эффекта. Наблюдались симптомы: лихорадка, слабость, отказ от кормления, потеря веса, желтушность кожных покровов, рвота с примеси крови, одышка, судороги. С каждым днем состояние у них ухудшалось, поэтому они обратились в НМЦ РТ «Шифобахш». Дети были госпитализированы в отделение неонатологии. Общее состояние пациентов на момент поступления было очень тяжелым. Тяжесть обусловлена основным заболеванием. Сознание soporозное. Кожные покровы мраморные, тахикардия, тахипноэ, дыхательная недостаточность первой и второй степени. Живот напряжённый, боли при пальпации. Размеры печени увеличены на 3-4,5см а селезёнки на 2-2,5см. Результаты лабораторных данных: гемограмма: эр- $3,3 \times 10^{12}$  -  $2,1 \times 10^{12}$ /л; нь-70г/л - 100г/л; лейко- $40 \times 10^9$ /л -  $18 \times 10^9$ /л; тромб- $245 \times 10^9$ /л -  $110 \times 10^9$ /л; соэ-45мм/час - 23мм/час; биохимический анализ крови: общий билирубин-486 мкмоль/л - 364мкмоль/л; связанный билирубин-172мкмоль/л - 106мкмоль/л; свободный билирубин-



314 мкмоль/л - 243 мкмоль/л; алат-119 ед/л – 94 ед/л; асат-135 ед/л – 102 ед/л; срб-104 мг/л - 68 мг/л прокальцитонин-85 нг/мл - 42 нг/мл, креатинин-210 мкмоль/л - 180 мкмоль/л; мочевина-14.1 ммоль/л - 10,3 ммоль/л коагулограмма: протромбиновое время-45 сек - 32 сек; протромбиновый индекс-54% - 74% ; фибрин-5 г/л - 7 г/л; ВИЧ-отр; гепатиты В и С-отр; общий анализ мочи: белок-0,033% - 0,099%, лейкоциты-2-4 - 15-17 п/з, эритроциты-0-1 - 4-5 п/з, соли ураты в небольшом количестве. **Лечение.** В лечении дети получили патогенетическую, антибактериальную, инфузионную и кислородотерапию. **Вывод:** Сепсис у недоношенных детей протекает тяжелее, чем у доношенных и сопровождается выраженной интоксикацией, дыхательной недостаточностью и признаками полиорганных нарушений. Лабораторные изменения отражает активный воспалительный процесс, нарушения функции печени, почки и системы гемостаза у недоношенных. Течение сепсиса у недоношенных нередко сопровождается неблагоприятными исходами, что требует интенсивной терапии.

|  |    |
|--|----|
| <b>Аббасов А.Н., Хайдарова Г.С.</b><br>КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ.....   | 5  |
| <b>Абдукаримов С.А., Кодирова И.Ф., Гаибназаров С.С., Шеркузиева Г. Ф.</b><br>ГИГИЕНА ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ДО ПОСТУПЛЕНИЯ В ВЫСШЕЕ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ И ПОСЛЕ..  | 5  |
| <b>Abdullayeva D.Sh., Matkarimova D.S.</b><br>IMMUN REGULYATOR GENLAR POLIMORFIZMLARINING ONKOGEATOLOGIK KASALLIKLAR KECISHIGA TA`SIRINI VAHOLASH.....   | 6  |
| <b>Абдурахманова У.Ш., Расулова С.А., Мухаммаднабиева Ф.А., Давлатова С.Н.</b><br>КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОФИЛИИ У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН ПО ДАННЫМ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА..... | 7  |
| <b>Abdurakhmanova B.R., Topkhara E.N.</b><br>RECURRENT CHOLESTATIC HEPATOSIS OF PREGNANCY.....   | 7  |
| <b>Азизова П.Г., Каландарова М.С., Ходжаева Н.Н.</b><br>ХРОНИЧЕСКАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ.....  | 8  |
| <b>Х.А. Акилов, Г.А. Максумов</b><br>СОВРЕМЕННЫЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ.....  | 9  |
| <b>Алимова И.А.</b><br>ПРОФИЛАКТИКА ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА С РАННЕГО ВОЗРАСТА КАК КЛЮЧЕВОЙ АСПЕКТ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....                               | 9  |
| <b>Асвабегдинова А.Р., Фелицына Д.А., Шипулина И.А.</b><br>КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ ВВЕДЕНИЯ ПЕРВОГО ПРИКОРМА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.....   | 10 |
| <b>Asqarova F.</b><br>PEDIATRIYA AMALIYOTIDA FAST-FOOD TARKIBIDAGI OZIQ-OVQAT QO`SHIMCHALARINING BOLALAR ORGANIZMIGA ALLERGIK VA TOKSIK TA`SIRI.....   | 11 |
| <b>Аслиддинов Ш.Б., Тураева Д.Х.</b><br>СЕМИЗЛИГИ БЎЛГАН БОЛАЛАРНИ ҲАЗМ ТИЗИМИНИ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ.....   | 11 |
| <b>Asliddinov Sh.B., Turayeva D.X.</b><br>SEMIZLIGI BO`LGAN BOLALARDA O`T PUFAGIDAGI O`ZGARISHLARNI ULTRATOVUSH DIAGNOSTIKASI.....   | 12 |
| <b>Рашидова Л., Атаева М.С</b><br>БРОНХООБСТРУКТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ.....  | 13 |
| <b>Рашидова Л., Атаева М.С</b><br>КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ И ПИТАНИЯ.....   | 14 |
| <b>Akhmedzhanova N.I., Gapparova G.N., Zhabborov T.</b><br>CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF ACUTE PYELONEFRITIS IN CHILDREN ASSOCIATED WITH COVID-19.....   | 14 |
| <b>Ахмедова М.М., Шарипов Р.Х., Саттаров З., Хасанов Ш.</b><br>ДИАГНОСТИКА ПОЧЕЧНЫХ ПОРАЖЕНИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ.....   | 15 |
| <b>Ахунжанов Б.З., Самадов Д.С., Сайфиддин Ходжи К. Ш., Орифжонов Д.Р. Абдуллаева Д.Т.</b><br>МИКРОБИОМ КИШЕЧНИКА КАК МОДИФИКАТОР ТЯЖЕСТИ ВИРУСНЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ.....                     | 16 |
| <b>Ашуров Т. А., Халилов С.А.</b><br>ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЗОНЫ РОСТА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАШКАДАРИНСКОЙ ОБЛАСТИ.....  | 17 |
| <b>Бабаджанова Х.М.</b><br>ПРОФИЛАКТИКА ЗАДЕРЖКИ РЕЧЕВОГО И ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 2–10 ЛЕТ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....  | 17 |
| <b>Vaujanova G. J., Akramova X.A.</b><br>BOLALARDA KAMQONLIK FONIDA KECHUVCHI FUNKSIONAL ICHAK BUZILISHLARINING KLINIK VA SOMATIK HUSUSIYATLARI.....   | 18 |
| <b>Балмасова В.А., Тимофеева А.М., Лепешкова Т.С.</b><br>РЕГИСТР ПИЩЕВОЙ АНАФИЛАКСИИ У ДЕТЕЙ 0–12 ЛЕТ В Г. ЕКАТЕРИНБУРГЕ.....  | 19 |
| <b>Baxriddinova F.A., Quldosheva Sh. S., Obloqulova N.T., X.X.Rustamova</b><br>PEDIATRIYADA ANTIBIOTIKLARDAN OQILONA FOYDALANISHNING FARMAKOLOGIK ASOSLARI.....  | 19 |
| <b>Бахуревич Е.В., Клепацкая Д.А., Ситько И.М</b><br>«ПЕРВЫЙ ВКУС ЖИЗНИ»: ЧТО ВЫБИРАЮТ МАМЫ, ВВОДЯ ПРИКОРМ.....  | 20 |
| <b>Бездетко Г.И., Шкатова Е.Ю., Васильева Л.П.</b><br>ЕЖЕДНЕВНЫЙ РАЦИОН ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ.....   | 21 |

|   |    |
|---|----|
| <b>Бобомуратов Т.А., Араллиева Ш.Б.</b><br>ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И СТРАТЕГИЯ РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ МАТЕРИНСКОГО АУТОИММУНИТЕТА.....                      | 21 |
| <b>Боев Б.Х., Хусенова М.С. Давлатова С.Н.</b><br>РОЛЬ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....  | 22 |
| <b>Болтаева М.А., Таджиев Б.М., Даминова М.Н., Алимов М.М.</b><br>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИМЕНОЛЕПИДОЗА У ДЕТЕЙ.....   | 23 |
| <b>Борисова У.Д., Светикова К.Е., Лепешкова Т.С.</b><br>СПЕКТР СЕНСИБИЛИЗАЦИИ И ЕГО ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ Г. ЕКАТЕРИНБУРГА.....  | 24 |
| <b>Бриткова Т.А., Поздеева О.С., Попова А.А.</b><br>КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКОПЛАЗМЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ.....   | 24 |
| <b>Бурханова Д.С., Шарипов Р. Х.</b><br>НЕКЛАССИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ТИМОМЕГАЛИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....   | 25 |
| <b>Вайтина Е.К., Рангулова А.И., Мартюшева В.И.</b><br>ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРА НАТРИЯ ХЛОРИДА ПРИ ЛАРИНГОСПАЗМЕ У ДЕТЕЙ ВНЕ СТАЦИОНАРА.....   | 25 |
| <b>Восиева Н.С., Музаффаров Ш.С., Хакбердиев У.Дж., Давлатова С.Н</b><br>ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БЕЛКОВ ОСТРОЙ ФАЗЫ ПРИ СЕПСИСЕ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.....     | 26 |
| <b>Гарифулина Л.М., Рахмонов М.</b><br>ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА FTO У ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....  | 27 |
| <b>Глушкова В.С., Лепешкова Т.С.</b><br>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УПОРНОГО АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С ПОСТОЯННО РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ У РЕБЕНКА, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА СРЕДНЕМ УРАЛЕ.....            | 28 |
| <b>G'oyibova N.S., Xolmurodova N.J.</b><br>VOLALARDA SIYDIK AJRATISH TIZIMI VA OVQAT NAZM QILISH A'ZOLARI PATOLOGİYALARINING O'ZARO BOG'LIQLIGI.....                                    | 28 |
| <b>Гойибова Н.С.</b><br>МИКРОАЛЬБУМИУРИЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ НАРУШЕНИЯ МЕТОБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ.....   | 29 |
| <b>Гулиева П.И.</b><br>СТРУКТУРА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА ПО ДАННЫМ «РЕЧЕВОЙ КАРТЫ».....   | 30 |
| <b>Гулямова В.Р., Даминова М.Н., Халикова Ш.А.</b><br>ОЦЕНКА ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ КОРИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.....  | 31 |
| <b>Deshpande A. Sh., Kholmurodova Z. E.</b><br>COMPONENTS OF METABOLIC SYNDROME IN ADOLESCENTS WITH ESSENTIAL ARTERIAL HYPERTENSION.....  | 31 |
| <b>Джурабаев А.А.</b><br>ВЛИЯНИЕ РАННЕГО ПИТАНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ И ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ.....  | 32 |
| <b>Джурабаев А.А.</b><br>ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДЕТСКОГО ПАРОТИТА.....  | 33 |
| <b>Джуракулова Д.Т, Исламова Д.С.</b><br>ВЛИЯНИЕ СНА НА КОГНИТИВНОЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ.....  | 33 |
| <b>Dolimov Kh.Kh.</b><br>NUTRITIONAL STATUS AND DIETARY PRACTICES IN CHILDREN WITH CHRONIC DISEASES: A CROSS-SECTIONAL STUDY.....   | 34 |
| <b>Ерматова С.Г., Шеркузиева Г.Ф.</b><br>ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПОЧВЫ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ.....  | 35 |
| <b>Ф. З. Зайлобиддинова., М. А. Гафурова</b><br>ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У СТУДЕНТОК: КАК УЧЁБА И ПИТАНИЕ ВЛИЯЮТ НА ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ.....  | 35 |
| <b>Зиёева Ш.К., Сафарова У.Ш., Махсумова Б.А., Ходжаева Н.Н.</b><br>МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ.....   | 36 |
| <b>Ибрагимова Э.Ф., Гарифулина Л.М.</b><br>РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....                    | 37 |
| <b>Иброхимова С.А., Ходжаева Н.Н.</b><br>ПРОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА КВАШИОКОРА У РЕБЁНКА С ЗАТЯЖНОЙ ДИАРЕЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....  | 37 |
| <b>Ивонина И.И., Фархутдинова А. Р., Хайруллина А. С.</b><br>ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ.....   | 38 |
| <b>Игамова С.С.</b><br>НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ЗАДЕРЖКИ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....                | 39 |
| <b>Izomeddinova M. K., Gapparova G.N.</b><br>VOLALARDA O'TKIR GLOMERULONEFRITNING KLINIK VA IMMUNOLOGIK KO'RSATKICHLARI HAMDA KASALLIK OG'IRLIGIGA TA'SIR QILUVCHI OMILLAR TAHLILI..... | 39 |

|  |    |
|--|----|
| <b>Изомиддинова М.К.</b><br>ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕЛЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ.....   | 40 |
| <b>Изомиддинова М.К.</b><br>ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ.....   | 41 |
| <b>Исламова Д.С.</b><br>КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНФИЦИРОВАНИЯ HELICOBACTER PYLORI.....                         | 41 |
| <b>Исмаилова Ш.Д.</b><br>ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕХАНИЗМОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА.....  | 42 |
| <b>Каландарова М.С., Шарипова М.М., Давлатова С.Н.</b><br>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У РЕБЁНКА С СИНДРОМОМ ВЕРДНИГА-ГОФФМАНА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....  | 43 |
| <b>Калекулина О.В., Кирьянов Н.А., Ложкин Е.А., Суханов С.А.</b><br>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ У ДЕТЕЙ В УДМУРТИИ.....                                    | 44 |
| <b>Камалова Д.Ш., Исламова Д.С.</b><br>СОВРЕМЕННЫЕ ПИЩЕВЫЕ ПРИВЫЧКИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ.....   | 44 |
| <b>Камбарова С.А., Исламова Д.С.</b><br>ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ВСКАРМЛИВАНИЯ, СРОКОВ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА И ПРОФИЛАКТИКИ ВИТАМИНОМ D НА РИСК РАЗВИТИЯ РАХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....                   | 45 |
| <b>Кимирилова О. Г., Харченко Г. А.</b><br>ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ.....   | 46 |
| <b>Кодирова М.К., Хабибова Н.Н.</b><br>ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ pH СЛЮНЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С КАНДИДОЗОМ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ.....  | 46 |
| <b>Косимова С. Дж., Ходжаева Н.Н.</b><br>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИАГНОСТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....   | 47 |
| <b>Қўлдошев Ш.Ш., Мирхамидова С. М.</b><br>ВЛИЯНИЕ ЭКРАННОГО ВРЕМЕНИ НА РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....   | 48 |
| <b>Quldosheva Sh.S., Baxriddinova F.A., Obloqulova N.T., Rustamova X.X</b><br>PEDIATRIYA AMALIYOTIDA QO'LLANILADIGAN SUYUQ DORI SHAKLLARINING FARMATSEVTIK TANLILI VA SIFAT NAZORATI MUAMMOLARI..... | 48 |
| <b>Курбанова С.Ч. Пустоветова М.Г.</b><br>ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ СУЖЕНИЯ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ.....                   | 49 |
| <b>Мавлонов Ш.Ж.</b><br>ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА РЕБЕНКА И ВОЗРАСТА МАТЕРИ: КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ.....                            | 50 |
| <b>Мамаризаев И.К., Ибрагимова М.Ф.</b><br>ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА „ФЕРСИКАРД КИДС“ НА ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ.....                | 50 |
| <b>Mannonova Z.A., Garparova G.N.</b><br>VOLALARDA DISMETABOLIK NEFROPATIYANING ERTA ANIQLANISHIDA TUBULAR BIOMARKERLARNING ROLI (L-FABP, KIM-1).....  | 52 |
| <b>Махсумова Б.А., Шарипова М.М., Давлатова С.Н.</b><br>ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ФИБРОЗИРУЮЩИЙ АЛЬВЕОЛИТ У РЕБЁНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....  | 52 |
| <b>Махсумова Б.А., Боев Б.Х., Сафарова У.Ш., Ходжаева Н.Н.</b><br>ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ СЕПСИСА С РАЗВИТИЕМ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ У РЕБЁНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....             | 53 |
| <b>Mirzamaxmudova X.R., Yuldasheva O.S.</b><br>GIPERTENZIV HOLATLARI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARNI OLIV BORISH XUSUSIYATLARI.....  | 54 |
| <b>Мирхамидова С. М.</b><br>ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ ЖИЗНИ КАК ОСНОВА УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ: МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ И ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЗДОРОВЬЕ.....                                  | 54 |
| <b>Музаффарова Н.Т., Ташпулатова Ш.А.</b><br>БОЛАЛАРДАГИ ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАРДА ИЧАК МИКРОБИОМАСИНИНГ БУЗИЛИШИ.....   | 55 |
| <b>Мулярчик О.С., Семашко Е.Б., Данилович Л.К.</b><br>НАРУШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ВИДЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА СРЕДИ ДЕТЕЙ 6-7 ЛЕТ Г. ГРОДНО.....   | 56 |

|   |    |
|---|----|
| <b>Муминова М.Т., Аширбаева Г.Б.</b><br>НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ДИАРЕЕЙ.....  | 57 |
| <b>Мустафаева З.С., Илхомова М.С.</b><br>АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ УЗБЕКИСТАНА НА ЭТАПЕ ВНЕДРЕНИЯ АУТСОРСИНГА И «ЕДИНОГО СЕЗОННОГО МЕНЮ».....                       | 57 |
| <b>Мухаммадиев И.С. Ибрагимова М.Ф.</b><br>ВЛИЯНИЕ КАРДИТА НА ПРОГНОЗ И ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ.....  | 58 |
| <b>Мухаммадиева Л.А., Умарова С.С., Кулдашев С.Ф.</b><br>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ.....  | 59 |
| <b>Мухаммадиева М. Т., Кудратова Г.Н.</b><br>ЧАСТОТА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ.....   | 59 |
| <b>Мухаммадиева М.Т. Кудратова Г.Н.</b><br>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....  | 60 |
| <b>Назарова М.Б., Полвонов Г.К.</b><br>КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ МОЛЕКУЛЯРНЫХ ИЗОФОРМ ЖЕЛЕЗОТРАНС-ПОРТНОГО БЕЛКА ТРАНСФЕРРИНА В СКРИНИНГЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ.....   | 61 |
| <b>Назарова М.Б., Полвонов Г.К.</b><br>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ЧАСТОТА ЛАТЕНТНОГО И МАНИФЕСТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ ХОРЕЗМСКОГО ВИЛОЯТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УСЛОВИЙ ПРОЖИВАНИЯ.....                                  | 62 |
| <b>Назарова М.Б., Полвонов Г.К.</b><br>ФЕРРОКИНЕТИЧЕСКИЙ СТАТУС ОРГАНИЗМА У ПОДРОСТКОВ УРГЕНЧ.....  | 62 |
| <b>Назарова М.Б., Полвонов Г.К.</b><br>ПОКАЗАТЕЛИ СТАТУСА ЖЕЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ.....  | 63 |
| <b>Неъматуллаев Т.Б., Юлдашев Б.А.</b><br>АРТЕРИАЛЬНАЯ ЖЕСТКОСТЬ И ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ. ДИАГНОСТИКА И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ.....  | 64 |
| <b>Ненартович И.А.</b><br>МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ.....   | 64 |
| <b>Никитин Е. Н.</b><br>ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА ПАРАМЕТРЫ КРАСНОЙ КРОВИ И СОМАТОМЕТРИИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ.....   | 65 |
| <b>Oblakulova N.T.</b><br>HOMILADORLIK DAVRIDAGI MIKROELEMENTLAR VA ULARNING BOLANING O'SISHI VA RIVOJLANISHIGA TA'SIRI.....  | 66 |
| <b>Oxunova M.J.</b><br>3 YOSHGACHA BO'LGAN BOLALARDA PNEVMONIYANING BRONXOOBSTRUKTIV SINDROM BILAN KECCHISHINING PROFILAKTIK CHORA-TADBIRLARINI TAKOMILLASHTIRISH (FARG'ONA VILOYATI MISOLIDA).....             | 66 |
| <b>Плетнева О.О., Полыгалова Д.М., Лепешкова Т.С.</b><br>ОРАЛЬНЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ: КТО ВИНОВАТ И ЧТО ДЕЛАТЬ?.....   | 67 |
| <b>Плешкова О.Л., Козырева Е.А., Шкатова Е.Ю.,</b><br>ИННОВАЦИОННЫЕ ОБУЧАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В БОТУЛИНОТЕРАПИИ.....   | 68 |
| <b>Расулов А.С., Расулова Н.А., Зуббайдуллаев С., Нурбобоева Ф.</b><br>РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ СТРАТЕГИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С РЕЗИДУАЛЬНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС..... | 68 |
| <b>Расулова Н.А., Мамматкулов Т.А., Дустмуродов Д., Кочимов А.</b><br>КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ, КОТОРЫЕ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ ПРИ РИСКЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D.....  | 69 |
| <b>Raximova D.J.</b><br>BOLALARDA BUYRAK TOSH KASALLIGINI DAVOLASHDA RATSIONAL PARHEZNING AHAMIYATI.....  | 70 |
| <b>Rahmatova R.F., Soyibnazarova R.R.</b><br>VITAMIN D DEFICIENCY IN CHILDREN: MODERN CONCEPTS OF PREVALENCE AND PREVENTION.....  | 71 |
| <b>Рашидова С.И.</b><br>МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИЮ НЕЙРОСОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....   | 71 |
| <b>Rejarova N.Sh., Komilova M.O.</b><br>DOPPLER GEMODINAMIK KO'RSATKICHLARINING HOMILA O'SISHINING KECCHIKISHINI PROGNOZLASHDAGI DIAGNOSTIK VA PROGNOSTIK QIYMATI.....  | 72 |
| <b>Rejarova N.Sh., Komilova M.O.</b><br>HOMILA O'SISHINING KECCHIKISHIDA COMT GENI POLIMORFIZMINING KLINIK-GENETIK AHAMIYATI.....   | 73 |
| <b>Рузикулов Н.Ё., Суюнова Ф.</b><br>ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ УРАТНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ.....   | 73 |

|   |    |
|---|----|
| <b>Rustamova X.X., Rasulov S.Q.</b><br>HOMILADOR VA EMIZIKLI AYOLLAR VA BOLALARDA MIKRONUTRIENTLAR YETISHMOVCHILIGINI PROFILAKTİKASIDA TABIIY-MILLIY MAHSULOTLARNING AHAMIYATI.....                       | 74 |
| <b>Саидова Г.О.</b><br>СИМПТОМОКОМПЛЕКС И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ.....  | 74 |
| <b>Саидова М.М., Азизова П.Г., Имодинова М.Ф., Ходжаева Н.Н.</b><br>КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА.....  | 75 |
| <b>Saidkhonova A.M.</b><br>ASSESSMENT OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN USING THE ARIA QUESTIONNAIRE.....  | 76 |
| <b>Saydivaliyev N.N., Kamilova J.E.</b><br>BOLALAR OZUQA ZANJIRIDAGI MIKROPLASTMASSALARNING ICHAK MIKROBIOTASI VA BIOFILMLAR SHAKLLANISHIGA TA'SIRI: PEDIATRIK EKOLOGIK SALOMATLIKNING YANGI UFQLARI..... | 76 |
| <b>Салимзода Н.С., Ходжаева Н.Н.</b><br>ГИПЕРТЕРМИЯ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПРИЁМНОГО ПОКОЯ.....   | 77 |
| <b>Сафаргалина А.Д., Асылгареева Г.М.</b><br>МНОГОЛЕТНИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ И ДИЗЕНТЕРИЕЙ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН.....                   | 78 |
| <b>Сафарова У.Ш., Махсумова Б.А., Зиёева Ш.К., Ходжаева Н.Н.</b><br>РОЛЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЁРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ.....   | 78 |
| <b>Семашко Е.Б., Мулярчик О.С., Данилович Л.К.</b><br>ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ УЧИТЕЛЕЙ В ВОПРОСАХ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ШКОЛЬНОЙ СРЕДЕ..   | 79 |
| <b>Собиров С.У., Рабиева М.С.</b><br>РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ КАК ФАКТОР РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....   | 80 |
| <b>Sultonov R.K., Boboyorova R.U.</b><br>SURUNKALI BRUSELLEZ DAVOSIDA FIZIOTERAPEVTİK MUOLAJALARNING SAMARADORLIGINI BAHOLASH..   | 80 |
| <b>Султонова Г.Ю., Нормаматова Н.Б.</b><br>БОЛАЛАРДА ДИАРЕЯ БИЛАН БОҒЛИҚ ҲОЛАТЛАРДА ПРОКАЛЬЦИТОНИН (РСТ) ВА С-РЕАКТИВ ОҚСИЛ (СРР)НИНГ БАКТЕРИАЛ ВА НОН-БАКТЕРИАЛ ЭТИОЛОГИЯНИ ФАРҚЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ.....    | 81 |
| <b>Tajiyeva Z.B., Xo'janiyazova D.Z.</b><br>O'SMIRLARDA BILAR TIZIM FUNKSIONAL BUZILISHLARI: KLINİK XUSUSIYATLAR, DIAGNOSTIKA VA PROFILAKTIKA MASALALARI.....   | 82 |
| <b>Тажиева З.Б., Ражабова М.</b><br>СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ОСОБЕННОСТИ ИХ ТЕЧЕНИЯ.....                                       | 82 |
| <b>Тажиева З.Б., Ражабова М.О.</b><br>ВЗАИМОСВЯЗЬ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ И ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ.....  | 83 |
| <b>Тожибойев А.А., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.</b><br>ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СОЧЕТАННОЙ С ЦМВ-ИНФЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ.....   | 84 |
| <b>Тураева А. Б.</b><br>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ.....   | 85 |
| <b>Тухтапулатова М.Ш., Атаходжиева Х.А.</b><br>ГЕПАТИТ А БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАДА ЭКЗОГЕН ПИГМЕНТЛАР ТАЪСИРИ БИЛАН БОҒЛИҚ БИОЛОГИК СУЮҚЛИКЛАР ДИСКОЛОРАЦИЯСИ: КЛИНИК ҲОЛАТ.....                           | 86 |
| <b>Узакова У.З., Шарипова М.М., Хусенова М.С. Давлатова С. Н.</b><br>КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У РЕБЁНКА.....  | 86 |
| <b>Узакова М. Х.</b><br>КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТИКОЗНЫХ ГИПЕРКИНЕЗОВ У ДЕТЕЙ.....   | 87 |
| <b>Umarhodjayev F.R., Komilov M.K.</b><br>INCIDENCE OF SCOLIOSIS IN SCHOOL-AGED CHILDREN.....   | 88 |
| <b>Umarhodjayev F.R., Komilov M.K.</b><br>AUTONOMIC MANIFESTATIONS IN SCOLIOTIC PATIENTS.....   | 88 |
| <b>Усманова К.Б., Исламова Д.С.</b><br>ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИФРОВЫХ УСТРОЙСТВ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ.....  | 89 |
| <b>Фирузова Ф.Ф., Алимов Х.Х., Боев Б.Х., Давлатова С.Н.</b><br>ОСОБЕННОСТИ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО И КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО БАЛАНСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ.....                | 90 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>С.А. Халилов, Г.Э. Тастанова, Т. А. Ашуров</b><br>АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГОРНЫХ РАЙОНАХ КАШКАДАРИНСКОЙ ОБЛАСТИ.....   | 91  |
| <b>Хамзаева К.А.</b><br>ДИАГНОСТИКА И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕСТКОСТИ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ.....   | 91  |
| <b>Хацкая С. В.</b><br>ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ В ЭКСТРЕННЫЙ ПРИЁМНЫЙ ПОКОЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.....   | 92  |
| <b>Холмурадова З.Э.</b><br>ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ C – РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....  | 93  |
| <b>Холмурадова З.Э., Ганжиян Н.Э.</b><br>ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ.....   | 94  |
| <b>Хосилова Н., Каюмов А.Р.</b><br>ОПЕРАЦИЯ РОССА В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ.....   | 95  |
| <b>Хусаинова Ш.К., Шавазиди Н.М.</b><br>ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМии У НОВОРОЖДЕННЫХ.....   | 95  |
| <b>Хусенова М.С., Алимова Г.К., Давлатова С.Н.</b><br>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КВАШИОРКОРА У РЕБЁНКА.....   | 96  |
| <b>Хушвактова З.Б., Санакулов А. Б.</b><br>ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ.....   | 97  |
| <b>Xushimov A.A., Arslonova R.R.</b><br>NEONATAL GIPOGLIKEMIYA: ERTA ANIQLASH VA BARQARORLASHTIRISH USULLARI.....   | 98  |
| <b>Хо‘shmurodova M. A., Madjidova Y.N., Iskandarova D.E., Xo‘shboqova S.</b><br>CHO‘ZILUVCHAN NEONATAL SARIQLIKDA BILIRUBINGA BOG‘LIQ NEVROLOGIK BUZULISHLARGA OLIV KELUVCHI XAVF OMILLARINING ASPEKTLARI.....                  | 98  |
| <b>Шарипов Р.Х., Расулов А.С., Латипов Д., Саитов А.</b><br>ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА УСТОЙЧИВОСТЬ К БОЛЕЗНЯМ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.....  | 99  |
| <b>Sheraliyeva S.J.</b><br>REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA TUXUMDON ZAXIRASINING KAMAYISHI FONIDA GORMONAL DISBALANS.....  | 100 |
| <b>Шокирова Ш.Б., Жамшедова С. Дж., Ибрагимова М. Ф.</b><br>АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ФАКТОР РИСКА ДЛЯ МАНИФЕСТАЦИИ БРОНХИОЛИТА.....   | 100 |
| <b>Шомуродова И.И., Мирисмаилов М.М., Умаров Т.У., Рашидов Ф.А.</b><br>ПРОФИЛАКТИКА КОКЛЮША НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....   | 101 |
| <b>Shopo‘latova D.E., Rustamova X.X</b><br>D VITAMINI TANQISLIGI BO‘LGAN BOLALARDA NUTRITIV QO‘LLAB-QUVVATLASHNING SAMARADORLIGI.....   | 101 |
| <b>Elmurodov O.O., Ochilova S. S.</b><br>BOLALAR OVQATLANISHINING HOZIRGI KUNDAGI DOLZARB MUAMMOLARI.....   | 102 |
| <b>Эшнезова Н.А., Уктамов О.Ш. Юлдошева Г.Б.</b><br>ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ПОДОРОЖНИКА БОЛЬШОГО (PLANTAGO MAJOR) И ЕГО КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ.....  | 103 |
| <b>Юлдашева Г.Г.</b><br>ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....  | 103 |
| <b>Юлдашева Г. Г., Хамидова Н.У.</b><br>ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, ВКЛЮЧАЯ ГЕСТАЦИОННЫЙ ВОЗРАСТ, НА ПРОЦЕСС ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ.....  | 104 |
| <b>Юсупова У.У., Джуманиязова Г.М.</b><br>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ХЛАМИДИЙНОЙ И УРЕАМИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РЕГИОНАХ..... | 104 |
| <b>Яхёев К.Ф., Содикзода А.М., Зиёева Ш.К., Ходжаева Н.Н.</b><br>КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНОЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....   | 105 |



# ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ: НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ МЕДИЦИНЫ

## МАТЕРИАЛЫ

международной научно-практической конференции  
(Самарканд, 27-28 марта 2026 г.)

### ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

**Ризаев Ж.А.** — Председатель организационного комитета конференции, профессор, ректор СамГМУ

**DSc, проф. Кубаев А.С.** — проректор по научной работе и инновациям, заместитель председателя организационного комитета конференции

**DSc, проф. Ярмухамедова Н.А.** — проректор по учебной работе

**PhD, доц. Ким А.А.** — начальник отдела научных исследований, инноваций и подготовки научно-педагогических кадров

**DSc, проф. Гарифулина Л.М.** — профессор заведующая кафедрой Педиатрии

**DSc, проф. Шарипов Р.Х.** — заведующий кафедрой педиатрии и неонатологии ФПДО

**DSc, проф. Дильмурадова К.Р.** — профессор кафедры педиатрии и неонатологии ФПДО

**DSc, проф. Расулов С.К.** — профессор кафедры педиатрии лечебного факультета

**PhD, доц. Ахмедова М.М.** — доцент кафедры педиатрии и неонатологии ФПДО

**PhD, доц. Кудратова Г.Н.** — доцент кафедры педиатрии лечебного факультета

**PhD, доц. Ишкабулова Г.У.** — доцент кафедры педиатрии лечебного факультета

**PhD, доц. Ашурова М.Ж.** — доцент кафедры педиатрии лечебного факультета

**PhD, доц. Расулова Н.А.** — доцент кафедры педиатрии и неонатологии ФПДО

**PhD, Гойибова Н.С.** — ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета

**Тураева Д.Х.** — ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета

**Исламова Д.С.** — ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета

**Холмурадова З.Э.** — ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета

**Маматкулов Т.А.** — ассистент кафедры педиатрии и неонатологии ФПДО

**Кадирова Ш.С.** — ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета

**Ибрагимов Ю.Б.** — ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета

**Санакулов А.Б.** — ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета

**Хайдарова Х.Р.** — ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета

**ВЁРСТКА И ДИЗАЙНЕР:**

devdasdesign