

Ежеквартальный  
научно-практический  
журнал

ISSN 2181-1008  
DOI 10.26739/2181-1008

# ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических  
исследований



СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

2023

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH  
SPECIAL ISSUE



ТОМ - I



ТОШКЕНТ - 2023



ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал  
Издается с 2020 года  
Выходит 1 раз в квартал

### **Учредитель**

Самаркандский государственный  
медицинский университет,  
tadqiqot.uz

### **Главный редактор:**

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

### **Заместитель главного редактора:**

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

### **Ответственный секретарь**

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

### **Редакционная коллегия:**

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф;  
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;  
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц;  
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;  
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;  
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

### **Редакционный совет:**

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)  
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)  
А.Н. Арипов (Ташкент)  
М.Ш. Ахророва (Самарканд )  
Н.В. Болотова (Саратов)  
Н.Н. Володин (Москва)  
С.С. Давлатов (Бухара)  
А.С. Калмыкова (Ставрополь)  
А.Т. Комилова (Ташкент)  
М.В. Лим (Самарканд )  
М.М. Матлюбов (Самарканд )  
Э.И. Мусабоев (Ташкент)  
А.Г. Румянцев (Москва)  
Н.А. Тураева (Самарканд )  
Ф.Г. Ульмасов (Самарканд )  
А. Фейзиоглу (Стамбул)  
Ш.М. Уралов (Самарканд )  
А.М. Шамсиев (Самарканд )  
У.А. Шербекоев (Самарканд )

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.

Тел.: +998662333034, +998915497971

E-mail: [hepato\\_gastroenterology@mail.ru](mailto:hepato_gastroenterology@mail.ru).

## СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

1. Атаева Мухиба Сайфиевна, Рустамов Мардонкул Рустамович ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	6
2. Ачилова Феруза Ахтамовна, Хайдарова Сарвиноз Хайдаржоновна НАРУШЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СИСТОЛЫ У ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ	10
3. Ачилова Феруза Ахтамовна, Раббимова Дилфуза Тоштемировна ЗНАЧЕНИЕ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT В КЛИНИКЕ СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	14
4. Абдурахмонов Илхом Рустамович, Шамсиев Джахонгир Фазлитдинович БОШ МИЯ ФАЛАЖИ БИЛАН ПАРАНАЗАЛ СИНУСИТЛАРИ БОР БЕМОР БОЛАЛАРДА БУРУН ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ МУКОЦИЛИАР КЛИРЕНСИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ	18
5. Abdurakhmanova Zamira Ergashboevna, Dr. Imran Aslam, Babajanova Venera Aitekovna IVABRADINE WITHOUT CLINICAL HEART FAILURE IN STABLE CARDIOVASCULAR DISEASE	22
6. Абдуллаев Дониер Баходырович, Алиев Ахмаджон Лутфуллаевич ЭРТА ЁШДАГИ БЕМОР БОЛАЛАРДА ГЕРПЕТИК СТОМАТИТ ФОНИДА ЎТКИР ЗОТИЛЖАМ КЕЧИШИНИНГ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА УНИ ДАВОЛАШ УСУЛИ	25
7. Абдукадирова Наргиза Ботирбековна, Ибатова Шоира Мавлановна, Уралов Шухрат Мухтарович ОЦЕНКА УРОВНЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ВСКАРМЛИВАНИЯ	29
8. Axmedova Dilbar Yusufjonovna TUG'MA PNEVMONIYANING KLINIK KECHISH XUSUSIYATI VA ASORATLARI	32
9. Агзамходжаева Барно Улугбековна, Салихова Камола Шавкатовна, Шамансуров Шаанвар Шамуратович, Ишниязова Надира Дурдыбаевна ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ	35
10. Азизова Нигора Давлятовна, Шамсиев Фуркат Мухитдинович, Туракулова Хилола Эркиновна, Мусажанова Раъно Анварбековна РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	38
11. Ахрорхонов Рустамхон Акмалхон ўгли, Алиев Ахмаджон Лутфуллаевич ЗОТИЛЖАМ БИЛАН ОФРИГАН ИЛК ЁШДАГИ ТАНГЛАЙ–ЛАБ КЕМТИКЛИК НУҚСОНИ БОР БОЛАЛАРНИНГ КЛИНИК ТАВСИФИ	41
12. Azimbegova Sitora Nodirovna MODIFICATION OF TREATMENT OF TYPE 1 DIABETES MELLITUS IN CHILDREN AND PREVENTION OF DIABETIC RETINOPATHY	44
13. Алланазаров Алишер Боймуратович, Мамаризаев Иброхим Комилжонович, Абдукодирова Шахноза Бахроновна ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТОРОГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ РНЦЭМП САМАРКАНДСКОГО ФИЛИАЛА	47
14. Нигина Собиржоновна Базарова, Зиядуллаев Шухрат Худойбердиевич ЗАВИСИМОСТЬ ПРОГНОЗА ОТ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО НЕФРИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	49
15. Нигина Собиржоновна Базарова, Шокира Шавкатовна Шомуратова ХАРАКТЕРИСТИКА МОЧЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕФРИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	52
16. Белкина (Баженова) Юлия Львовна КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ В СООТВЕТСТВИИ С УРОВНЕМ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	55
17. Begnayeveva Muxiba Usmonovna, Klinik farmakologiya kafedراسى assistenti, Abdurahmonov Ithomjon Rustamovich, Uralov Shuhrat Muxtarovich BOLALARDA SURUNKALI GEPATITNI DAVOLASHDA URSOSAN QO'LLANILISHINING AFZALLIKLARI	58
18. Бостанова Мадина Рамазановна, Казимурзаева Камила Сираджутдиновна, Щеглова Антонина Олеговна ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ДЕТЕЙ	61
19. Burkhanova Dilovar Sadridinovna, Dr. Imran Aslam, Jiyanboev Nodirbek Soatboevich ACUTE MYOCARDITIS LINKED TO THE ADMINISTRATION OF THE COVID 19 VACCINE	64

<b>20. Воробьева Анастасия Вячеславовна</b> ТИПЫ КОНСТИТУЦИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ	67
<b>21. Грубова Елизавета Владимировна, Галкина Евгения Ефимовна, Горлова Ирина Сергеевна</b> РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГАММА–АМИНОМАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ МЕТОДОМ ТОНКОСЛОЙНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ	69
<b>22. Garifulina Lilya Maratovna, Goyibova Nargiza Salimovna</b> FUNCTIONAL STATE OF KIDNEYS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH OBESITY	73
<b>23. Ганиева Марифат Шакировна</b> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ СДВИГОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПИЕЛОНЕФРИТАХ У ДЕТЕЙ	76
<b>24. Лариса Александровна Горбач, Динара Намазовна Аджаблаева</b> ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ИЗ ОЧАГОВ ЛЕКАРСТВЕННО-ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО И ЛЕКАРСТВЕННО – УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА	79
<b>25. Гарифулина Лиля Маратовна, Гойибова Наргиза Салимовна</b> СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	82
<b>26. Григорова Л.И., Стреляева А.В., Зайчикова С.Г., Васькова Л.Б., Лазарева Ю.Б., Федорова Л.В., Кузнецов Р.М.</b> СТАНДАРТИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ТРАВЫ ЛОБУЛЯРИИ МОРСКОЙ	85
<b>27. Djurabekova Aziza Tohirovna, Utaganova Guljaxon Xolmuminovna, Isanova Shoirra To'liqinovna, Muxtarova Maftuna Alisherovna</b> BOLALARDA ASORATLI TUG'RUQ TA'SIRIDA RIVOJLANADIGAN GIPERTENZIYION-GIDROSEFAL SINDROMINI ERTA TASHXISLASH VA DAVOLASH	89
<b>28. Даминова Хилола Маратовна, Матмуродов Рустам Жуманазарович</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ: ДОПАДЕКС СР, ПРАМИПЕКСОЛ И ПИРИБЕДИЛ ПРИ РАННЕМ И ПОЗДНЕМ ПАРКИНСОНИЗМЕ	92
<b>29. Жалилов Аслиддин Холматович, Уралов Шухрат Мухтарович</b> ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭРИТРОНА ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ	95
<b>30. Jalilova Dildora Murodovna</b> KICHIK O'LCHAMLI TOSHLARNI KO'CHISHINI TAMINLASHDA QO'LLANILADIGAN DORI VOSITALARI	98

# JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**Ачилова Феруза Ахтамовна**

ассистент кафедры Пропедевтики детских болезней  
Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

**Раббимова Дилфуза Тоштемировна**

д.м.н., доцент, зав. кафедрой Пропедевтики детских болезней  
Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

## ЗНАЧЕНИЕ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT В КЛИНИКЕ СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.

**For citation:** Achilova Feruza Akhtamovna, Rabbimova Dilfuza Toshtemirovna. /The value of the extended qt interval in the clinic of cardiac pathology in children.

### АННОТАЦИЯ

Поиск предикторов внезапной сердечной смерти и опасных для жизни аритмий у детей сохраняет свою актуальность и остается одной из основных задач кардиологии. Выявлена частота встречаемости синдрома удлинённого интервала QT среди больных детей и разработка наиболее достоверных и информативных клинико-электрокардиографических критериев диагностики.

**Ключевые слова:** электрическая систола, сердечная патология, дети, синдром удлинённого интервала QT.

**Achilova Feruza Akhtamovna**

Assistant of the Department of propaedeutics of children's diseases  
Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan

**Rabbimova Dilfuza Toshtemirovna**

MD, Associate Professor, Head of the Department of  
Propaedeutics of Children's Diseases  
Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan

## THE VALUE OF THE EXTENDED QT INTERVAL IN THE CLINIC OF CARDIAC PATHOLOGY IN CHILDREN

### ANNOTATION

The search for predictors of sudden cardiac death and life-threatening arrhythmias in children remains relevant and remains one of the main tasks of cardiology. The frequency of occurrence of long QT syndrome among sick children and the development of the most reliable and informative clinical and electrocardiographic diagnostic criteria were revealed.

**Keywords:** electrical systole, cardiac pathology, children, long QT syndrome.

**Актуальность исследования.** Поиск предикторов внезапной сердечной смерти и опасных для жизни аритмий у детей и лиц молодого возраста сохраняет свою актуальность и остается одной из основных задач клинической детской кардиологии. Еще в начале XX века было отмечено что, интервал QT удлиняется при некоторых клинических состояниях, связанных с опасными нарушениями ритма – при полной атриовентрикулярной блокаде, гипокалиемии, желудочковой экстрасистолии. В середине XX века были описаны основные формы врожденного синдрома удлинённого интервала QT (СУИ QT): СУИ QT – с глухотой (Jervell-Lange-Nielsen) и без глухоты (Romano-Ward), кроме врожденных форм выявлено множество вторичных, приобретенных синдромов удлинённого интервала QT [2,3,5,12].

Интервал QT на ЭКГ отражает продолжительность общей электрической активности, а его удлинение – замедленную и асинхронную реполяризацию миокарда желудочков. На фоне увеличения длительности интервала QT могут возникать пароксизмы желудочковой тахикардии типа «пируэт», которые

трансформируются в фибрилляцию желудочков.

В течение последних двух десятилетий значительный прогресс в понимании электрофизиологических основ внезапной аритмической смерти во многом был обусловлен интенсивными исследованиями СУИ QT, при котором имеется высокий риск внезапной сердечной смерти (ВСС) вследствие развития угрожающих жизни желудочковых аритмий. Данный синдром относится к первичным электрическим заболеваниям сердца [2,4] и характеризуется удлинением интервала QT на ЭКГ покоя, приступами потери сознания вследствие полиморфной ЖТ, тахикардии типа «пируэт» или фибрилляции желудочков [6,10].

Согласно исследованиям последних лет кроме врожденных наследственных форм СУИ QT могут иметь место и приобретенные формы заболевания, обусловленные большим количеством разнообразных факторов. Данный синдром может выявляться: при заболеваниях ЦНС; при миокардитах, кардиомиопатиях, пролапсе митрального клапана; при выраженных электролитных нарушениях (гипокалиемии, гипомагниемии и гипокалициемии);

как следствие проаритмогенных антиаритмических препаратов; при врожденных пороках сердца и т.д. [1,7,9].

Продолжительность электрической систолы желудочков имеет важное клиническое значение, поскольку патологическое удлинение и укорочение электрической систолы желудочков может быть одним из маркеров появления жизни угрожаемых аритмий [3,8,11-20].

Исследования о возможности выявления частоты СУИ QT у больных детей с миокардитами и врожденными пороками сердца в нашей Республики не проводились. Решение данного вопроса считаем актуальным.

В связи с этим целью работы является выявление частоты встречаемости синдрома удлиненного интервала QT среди больных детей с миокардитами и незаращением межжелудочковой перегородки, а так же разработка наиболее достоверных и информативных клинико-электрокардиографических критериев диагностики.

**Материалы и методы исследования:** Контрольную группу составили 80 здоровых детей разных возрастных категорий, сопоставимых по возрасту и полу. Исследование проводилось в основном в кабинете функциональной диагностики детей семейной поликлиники № 3 г. Самарканда. Исследованы различные возрастные группы. Детей от 0 до 2 лет составило 20 больных, от 2 до 7 лет – 20 больных, от 7 до 12 лет – 20 больных и детей старше 12 лет 20 больных.

На базе Областного Многопрофильного Детского Медицинского центра в отделение кардиоревматологии нами было обследовано по стационарным и архивным материалам 385 больных детей, 209 (54,2%) мальчиков и 176 (45,8%) девочек. Исследованы различные возрастные группы. Детей от 0 до 2 лет составило 167 больных, от 2 до 7 лет – 82 больных, от 7 до 12 лет – 78 больных и детей старше 12 лет 58 больных.

В нашем исследовании по стационарным данным и архивным материалам были выявлены 205 больных детей с неревматическими миокардитами, из них 113 мальчиков и 92 девочек. 103 больных детей с ревматической лихорадкой, 51 мальчиков и 52 девочек.

В диагностики СУИ QT важная роль принадлежит электрокардиографии. Интервал QT рекомендуется оценивать на синусовом ритме при стабильной частоте сердечных сокращений (ЧСС), в отсутствие выраженной синусовой аритмии во II стандартном или грудных отведениях. В норме интервал QT находится в пределах от 350 до 440 мс. С врожденными пороками сердца общее количество больных составило 112, из них с незаращением межжелудочковой перегородки – 77 больных, 45 мальчиков, 32 девочки. Диагноз НМЖП был поставлен на основании анамнеза, клинико-инструментальных исследований, ЭКГ и ЭХО КГ. Таким образом, в наших исследованиях преобладали дети в возрасте от 0 до 2 лет, мальчиков было больше чем девочек. С кардиологической патологией преобладали дети болевшие с неревматическим миокардитом, на втором месте дети с ревматической лихорадкой и на третьем месте дети с врожденными пороками сердца, в частности с незаращением межжелудочковой перегородки.

Методика исследования проводилась на основе электрокардиографического метода исследования, где мы с помощью линейки Эйтховена измеряли в ручную на бумаге классическим методом Е. Lepeshkin и В. Surawich интервал RR и интервал QT в различных отведениях не менее 5 сердечных циклов.

**Результаты исследования.** Проблема неревматического миокардита в настоящее время обусловлена её широким распространением, особенно в детском возрасте. Причина тому – неуклонный рост вирусных инфекций и алергизация детского населения. Неревматический миокардит (НМ) у всех обследуемых нами 385 детей был выявлен у 205 (53,2%) больных лежившихся в кардиоревматологическом отделении СОДММЦ. У 35 (17,1%) детей НМ протекала на отягощенном преморбидном фоне. Начало заболевания у большинства детей было острым, состояние в основном средней степени тяжести отмечалось у 73,4%, тяжелое – 26,6% заболевших. Острое течение миокардитов диагностировано у 187 (91,2%) детей, подострое у 18 (8,3%) детей. Подробный анализ электрической систолы желудочков у обследованного контингента приведен в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительный анализ ЭКГ интервала QT у детей с неревматическим миокардитом (M±m, миллисекунд).

Возраст и пол	n=	QT измеренный	QT по Bazett	QTc	QTc по Fridericia	QTc по Sagie
0-2 года Мальчики	75	230±4,0	230±2,0	380±5,8	324±4,1	330±3,2
		140-320	0,20-0,27	123 – 482	214-421	251-397
0-2 года Девочки	51	230±4,0	240±30,0	387±5,0	331±4,5	335±3,4
		200-300	200-280	316-475	271-407	292-378
2-7 лет Мальчики	22	300±10,0	290±0,2	398±7,4	362±8,5	367±7,4
		240-400	240-380	362-496	315-462	332-454
2-7 лет Девочки	17	300±10,0	280±10,0	397±6,8	360±6,2	364±5,3
		200-320	210-330	358-453	299-403	308-397
7-12 лет Мальчики	11	330±20,0	310±10,0	381±16,0	362±18,2	370±16,0
		200-480	270-350	283-436	252-424	277-425
7-12 лет Девочки	15	320±10,0	310±10,0	393±7,4	367±6,8	372±6,0
		270-380	270-350	335-444	315-416	326-417
12 лет и старше Мальчики	5	370±20,0	340±20,0	440±29,8	396±11,6	396±11,0
		320-400	300-390	388-548	371-440	375-438
12 лет и старше Девочки	9	340±10,0	310±10,0	417±9,6	388±8,9	389±0,4
		280-400	270-340	380-465	348-430	354-431
Общее количество больных	205	270±4,0	260±3,0	389±3,0	343±2,8	347±2,4
		140-400	200-380	123-548	214-462	251-454

Примечание: в числителе среднее значение QT (M±m), в знаменателе пределы колебания QT.



Как видно из таблицы 1, при измеренном вручную на ЭКГ интервал QT у общего количества больных детей составлял  $270 \pm 4,0$  мс, при вычислении формулой Bazett  $260 \pm 3,0$  мс, при модифицированной формуле Bazett  $389 \pm 3,0$  мс, при формуле Fridericia  $343 \pm 2,8$  мс, при вычислении формулой Sagie  $347 \pm 2,4$  мс. Мы наблюдаем, что у больных детей с НМ измеренный интервал QT отличается от Bazett на 10 мс; скорректированный интервал QT отличается от измеренного интервала на 119 мс, от Bazett на 129 мс, от Fridericia на 46 мс, от Sagie на 42 мс; а Fridericia отличается от измеренного интервала на 73 мс, от Bazett на 83 мс, от Sagie на 4 мс; Sagie – от измеренного интервала на 77 мс, от Bazett на 87 мс.

При более детальном клинико-инструментальном обследовании детей удлинение интервала QT было установлено 8 (3,9) больным, а диагноз СУИ QT был установлен 4 (1,95%) детям. Это указывает на то что формула Fridericia дает наиболее достоверные результаты, чем другие. Так же при выявлении удлинения интервала QT более 440 мс диктует необходимость использования нашей диагностической таблицы распознавания синдрома.

Ревматическая лихорадка у всех обследованных нами 385 больных детей была зарегистрирована у 103 (26,8%) лечившихся в СОДММЦ. В возрасте от 0 до 2 лет РЛ зарегистрировано у 2 детей (1,9%), в возрасте от 2 до 7 лет у 24 (23,3%) детей, от 7 до 12 лет у 42 (40,8%) детей, и у детей старше 12 лет у 35 (34,0%) детей. У 74 (71,8%) детей течение РЛ было острое, у 29 (28,2%) детей подострое.

I степень активности процесса у детей в возрасте 0-2 лет было у 1 (1,0%) больного, 2-7 лет у 18 больных (14,5%), 7-12 лет у 23 (22%) больных и старше 12 лет у 17 (16,5%) больных. II степень активности процесса у детей в возрасте 0-2 лет наблюдалось у 1 (1,0%) больного, 2-7 лет у 4 больных (3,9%), 7-12 лет у 17 (16,5%) больных и старше 12 лет у 17 (16,5%) больных. III степень активности процесса у детей в возрасте 0-2 лет наблюдалось в 2-7 лет у 2 больных (1,9%), 7-12 лет у 2 (1,9%) больных и старше 12 лет у 1 (1,0%) больного.

При исследовании функционального состояния сердечно-сосудистой системы при РЛ мы учитывали клинические и электрокардиографические данные. Во всех случаях были выявлены различная степень поражения сердечно-сосудистой системы. Так, у 3 (2,9%) больных детей на высоте заболевания кожные покровы были резко-бледными, у 11 (10,7%) окраска была бледно-розовой.

При перкуторном и рентгенологическом исследовании в остром периоде болезни размеры сердца у половины детей этой группы были в пределах возрастной нормы. У 24 (23,3%) больных отмечено некоторое расширение границ сердца (в основном за счет левых отделов) на 1,0-1,5 см и это влияло на тяжесть заболевания. При аускультации тоны сердца были глухими у 9 (8,7%), приглушенными у 36 (34,9%) больных.

В клинической картине РЛ у детей преобладали такие симптомы, как быстрая утомляемость, артралгия, субфебрильная температура тела, кардит, эмоциональная лабильность, раздражительность. При аускультации приглушение тонов сердца, появление шумов, перкуторно – расширение границ сердца. При измерении интервала QT у общего количества детей (103) составил  $330 \pm 3,0$  мс, при вычислении формулой Bazett  $300 \pm 3,0$  мс, при модифицированной формуле Bazett  $407 \pm 4,0$  мс, при формуле Fridericia  $378 \pm 3,0$  мс, при вычислении формулой Sagie  $381 \pm 2,6$  мс. Мы можем увидеть, что у больных детей с РЛ измеренный интервал QT отличается от Bazett на 30 мс; скорректированный интервал QT отличается от измеренного интервала на 77 мс, от Bazett на 107 мс, от Fridericia на 29 мс, от Sagie на 26 мс; Fridericia отличается от измеренного интервала на 48 мс, от Bazett на 78 мс; Sagie отличается от измеренного интервала на 51 мс, от Bazett на 81 мс, от Fridericia 3 мс.

Необходимо отметить что, пределы колебаний интервала

QT широко варьировали. При вычислении скорректированного интервала QT значения превышали 440 мс на 148, при вычислении формулой Sagie на 4 мс. Это указывает на более высокие показания при вычислении модифицированной формулой Bazett для скорректированного интервала QT. Что указывает на то что, измерение формулой Bazett для скорректированного интервала QT имеет широкий предел колебаний, указывающий на патологическое укорочение или удлинение интервала, но клинической симптоматики не было. Соотношение продолжительности электрической систолы, вычисляемое от начала Q и до конца зубца T электрокардиограммы, у больных детей с РЛ при измеренном интервале QT и по формуле Bazett различаются данные в возрасте от 0 до 2 лет, от 2 до 7 лет у больных и здоровых детей, имея статистически достоверные данные ( $P < 0,05$ ). Скорректированный интервал QT имеет различия по возрасту и по полу, имея статистически достоверные различия, т.е.  $P < 0,05$ . Формулы Fridericia и Sagie различаются в возрасте от 0 до 2 лет, от 2 до 7 лет и от 7 до 12 лет, а в возрасте старше 12 лет данные здоровых и больных детей практически идентичны.

При обследовании 103 больных с ревматической лихорадкой было выявлено удлинение интервала QT по формуле Bazett у 16 (15,5%) больных детей, при вычислении по модифицированной формуле Bazett для скорректированного интервала QT удлинение у 18 (17,5%) больных детей, по формуле Fridericia у 10 (9,7%) больных детей и по формуле Sagie у 9 (8,7%) больных детей. Выявленное удлинение интервала QT по формуле Bazett составляет 15,7%, но клинико-инструментальные признаки отмечены не у всех выявленных больных.

При детальном клинико-инструментальном обследовании детей удлинение интервала QT было установлено 6 (5,8%) больным, а диагноз СУИ QT был выявлен у 3 (2,9%) детей. Диагноз устанавливался по клинико-электрокардиографические критериям P. Schwartz, по которым все трое детей получили более 4 баллов, т.е. диагноз СУИ QT высоко вероятен. Также мы работали с диагностической таблицей распознавания СУИ QT, по которой эти дети получили сумму баллов свыше +18, что указывает на наличие данного синдрома. Всем троим детям, был поставлен диагноз СУИ QT – форма Романо-Уорда. У остальных 3 (2,9%) детей удлинение вторичное, за счет гипомагниемии и гипокальциемии (магний менее 0,08 ммоль/л и калий менее 2,5 ммоль/л).

**Выводы.** Следовательно, при НМ мы выявили удлинение интервала QT по формуле Bazett у 24 (11,7%) больных детей, при вычислении по модифицированной формуле Bazett для скорректированного интервала QT удлинение у 20 (9,76%) больных детей, по формуле Fridericia у 4 (1,95%) больных детей и по формуле Sagie у 6 (2,93%) больных детей. При вычислении интервала QT значения превышали 440 мс на 108, формулой Fridericia на 22, формулой Sagie на 14 мс. Это указывает на более высокие показания при вычислении модифицированной формулой Bazett для скорректированного интервала QT, чем вычисленные показатели формулами Fridericia и Sagie. Выявленное удлинение интервала QT по формуле Bazett составляет 11,7%, но клинико-инструментальные признаки отмечены не у всех выявленных больных. При ревматической лихорадке мы выявили удлинение интервала QT по формуле Bazett у 16 (15,5%) больных детей, при вычислении по модифицированной формуле Bazett для скорректированного интервала QT удлинение у 18 (17,5%) больных детей, по формуле Fridericia у 10 (9,7%) больных детей и по формуле Sagie у 9 (8,7%) больных детей. При вычислении интервала QT значения превышали 440 мс на 148, формулой Sagie на 4 мс. Это указывает на более высокие показания при вычислении модифицированной формулой Bazett для скорректированного интервала QT, чем вычисленные показатели формулами Fridericia и Sagie. Что говорить о том, что формула Fridericia дает наиболее достоверные результаты, чем другие.



## Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Ачилова Ф.А., Раббимова Д.Т., Ибатова Ш.М. Нарушение электрической систолы у детей с незаращением межжелудочковой перегородки. Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований ISSN 2181-1008 DOI 10.26739/2181-1008 N 3 (том II), 60-63
2. Ачилова Ф.А. Клинико-функциональные особенности сердечно-сосудистой системы при малых аномалиях сердца у детей. Re-health Электронный научный журнал ISSN 2181-0443 Выпуск №4. Андижан 2020.
3. Велеслава О.Е. Генетически детерминированные заболевания сердца как причина внезапной сердечной смерти: каналопатии// Клинические лекции по избранным проблемам кардиологии/ Под. ред. проф. Н. Б. Перепеча, проф. Ю. В. Шубика, д.м.н. М. М. Медведева, проф. В. С. Гуревича.-С-Пб., 2015. – Т. 4. – С. 330-339.
4. Диагностика и лечение нарушений ритма и проводимости сердца у детей (под редакцией М.А. Школьниковой, Д.Ф. Егорова): Учебное пособие.-СПб.: Человек, 2012.-С. 259-270
5. Макаров Л. М. ЭКГ в педиатрии.-3-е издание.-М.: ИД «Медпрактика-М.», 2013.-С. 369-398.
6. Рябыкина Г.В., Соболев А.В. Холтеровское и бифункциональное мониторирование ЭКГ и артериального давления//М.: ИД «Медпрактика-М.», 2016. – С. 204 – 215.
7. Саломов И.Т., Ачилова Ф.А. Синдром удлинённого интервала QT у детей с НМЖП. Педиатрия илмий-амалий журнал №3-4, Тошкент 2014. 214-216
8. Сухарева Г.Э. Особенности наблюдения пациентов с синдромом удлинённого интервала QT (случай из практики)/ Г. Э. Сухарева /Крымский терапевтический журнал.-2013.-№1(20). – С.111-115.
9. Achilova F.A., Ibatova Sh.M., Kodirova M.M. Disturbance of electrical systole in children with acute rheumatic fever. EPRA International Journal of Multidisciplinary Research (IJMR) – Peer Reviewed Journal Volume: 8| Issue: 2| February 2022. P. 157-160
10. Yap Y.G. Drug induced QT prolongation and torsades de pointes / Y.G. Yap, A.J. Camm //Heart. – 2003. – Vol.89. – P. – 1363-1372.
11. Roden D.M. Drug-Induced Prolongation of the QT interval / D.M. Roden //NEJM. – 2005. – Vol. 350, №10. – P. 1013-1022.
12. Schwarts P. and Grotti L. QTc Behavior During Exercise and Genetic Testing for the Long-QT Syndrome. Circulation.-2011. – Vol. 124. – P. 2181 – 2184.
13. Ризаев Ж., Шавази Н., Рустамов М. Школа педиатров Самарканда //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 2-4.
14. Муродова М. Д. и др. Оценка ферротерапии у детей с хроническим пиелонефритом //Актуальные аспекты медицинской деятельности. – 2021. – С. 231-235.
15. Абдурасулов Ф. П., Юлдашев Б. А., Муродова М. Д. Коррекция гиперкоагуляционного синдрома у больных хроническом гломерулонефритом с нефротической формой //ТОМ–II. – 2019. – Т. 16. – №. 2. – С. 250.
16. Rudenko M. Y. et al. Adrenaline heart //Cardiometry. – 2022. – №. 22.19.
17. Shikhlyarova A. I. et al. Cardiometric assessment of toxicity of the experimental antitumor chemotherapy and the cardioprotective effect made by L-carnitine //Cardiometry. – 2021. – №. 18.
18. Уралов Ш., Рустамов М., Халиков К. Изучение глюконеогенной и мочевинообразовательной функции печени у детей //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3.2. – С. 18-20.
19. Лим М. В. и др. Роль аритмии у детей раннего возраста //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 10 (64). – С. 77-79.
20. Уралов Ш. М., Жураев Ш. А., Исраилова С. Б. О влиянии факторов окружающей среды на качество жизни и здоровье молодежи // So ‘ngi ilmiy tadqiqotlar nazariyasi. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 6-13.

**ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**  
СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH  
SPECIAL ISSUE

**ТОМ - I**

**Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,  
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000

**Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

ООО Tadqiqot город Ташкент,  
улица Амир Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Тел: (+998-94) 404-0000