



ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI
ФАНЛАР АКАДЕМИЯСИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ ЖУРНАЛ
№2.1 (95) 2017

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

детей раннего возраста с тимомегалией в сравнении с общей популяцией характеризуется менее благоприятным течением. Последнее проявляется большей длительностью и тяжестью заболевания, частым развитием бактериальных осложнений и бронхообструкции. Выявленные особенности наиболее характерны для детей с тимомегалией II–III степени. Выводы: Таким образом, метод ультразвукового исследования вилочковой железы у детей раннего возраста является высокоинформативным, экономически доступным способом получения изображения для оценки размеров, паренхимы, кровотока, что полностью исключает применение рентгенографии. 2. Определены нормативные показатели вилочковой железы у детей разных возрастных групп от 3 месяцев до 3 лет. Значения выше верхних пределов нормы соответствуют синдрому увеличенной вилочковой железы. 3. Изменения паренхимы вилочковой железы у детей раннего возраста сочетаются с перенесенными инфекционными заболеваниями, в большом проценте случаев встречаются при аллергических заболеваниях.

РОЛЬ МЕДИКО - БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА

Шамсутдинова Г.Б., резидент магистратуры АндГМИ

Кафедра госпитальной педиатрии (зав. каф. – к.м.н. Ганиева М.Ш.)

Научный руководитель: доц. Ефименко О.В.

Цель исследования: изучить структуру и частоту малых аномалий сердца у детей. Материал и методы исследования: нами обследовано 36 детей с различными вариантами малых аномалий сердца, с использованием клинических и инструментальных (ЭКГ, ЭхоКГ) методов исследования. Возрастной диапазон составил 1-7 лет. Результаты и их обсуждение: Из большого числа малых аномалий сердца, в нашу группу обследования включены 14 (38,8%) детей с открытым овальным окном; 12 (33,3%) – с сочетанием открытого овального окна с ложной хордой левого желудочка; 10 (27,9%) – с пролапсом митрального клапана. Из всех медико – биологических факторов риска у детей мы выделили: возраст матери к моменту рождения старше 30 лет (58,3%), анемия (76%) и TORCH (41,6%) инфекция, диагностированная до наступления данной беременности; патологическое течение беременности (токсикоз – 94%, угроза прерывания – 53%, острые вирусные заболевания – 83%, внутриутробная гипоксия плода – 44%). К патологическому течению родов мы отнесли: слабость родовой деятельности (25%); стремительные роды (19,5%), хирургическое родоразрешение (11%). Из отягощенного течения периода новорожденности следует выделить: перинатальное поражение ЦНС (94%) и пневмонию (33%). Выводы: Таким образом, нами представлены основные медико – биологические факторы, которые следует учитывать для прогнозирования высокой степени риска формирования малых аномалий сердца у детей.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИХТИОЗА

Шарипова З.У., Ашурова Д.Т.

Кафедра пропедевтики детских болезней (зав. каф. - д.м.н. Ашурова Д.Т.) ТашПМИ

Ихтиозы наиболее распространенная форма кератозов, составляющая, по данным авторов 80-95% от всех форм генодерматозов. В настоящее время существует много нозологических форм ихтиоза. Наиболее редкая - ламеллярная, частота популяционная составляет 1:300.000 тыс. новорожденных. Особая форма заболевания, выделяемая наряду с обычным ихтиозом и ихтиозоформной эритродермией. В основе поражения лежат нарушения со стороны процессов нормального ороговения кожи. Заболевание передается потомкам по аутосомно-рецессивному типу. Для того чтобы ребенок заболел, необходимо наличие носительства патологических генов у обоих родителей. Но даже при таких условиях заболевание появляется далеко не всегда, что связано со спецификой проявления гена. Болезнь всегда начинается у детей, находящихся еще в утробе матери. К сожалению, поставить диагноз в этом периоде никогда не удастся. Врач может сделать это только тогда, когда появляются характерные признаки. Клинические проявления заболевания достаточно типичны и характеризуются, в основном, тремя основными компонентами: шелушением, фолликулярным гиперкератозом, гиперлинеальным рисунком ладоней. У большинства больных ихтиозом регистрируется диффузное поражение кожи на боковых поверхностях конечностей, в виде фолликулярных папул, с роговой чешуйкой на поверхности, роговых чешуек разного размера и цвета от белого до серовато-коричневого цвета. Наблюдается ониходекис и трахионихии. Волосы тусклые, ломкие. Лечение больных ихтиозом остается сложной задачей, так как является симптоматическим и требует системного подхода на протяжении всей жизни пациента. За 2016 год в отделение кожных и венерических болезней Клинике ТашПМИ, отмечалось 8 случаев различных форм ихтиоза. Цель исследования. Изучить основные клинические проявления ихтиоза, являющегося редким наследственным дерматозом. Результаты и их обсуждение: Клинический случай. Ребенок М.12 лет, родители которой предъявляли жалобы на затруднение дыхания, одышку, слабость, вялость, зуд и шелушение кожи, поступила в отделение диагностики 07.12.2016 г. Из анамнеза: у родителей близко родственный брак, среди перенесенных заболеваний ребенка – дизбиоз кишечника, ОРВИ, болен с первых дней жизни, на коже отмечалась распространенное крупнопластинчатое шелушение. Клиническая картина: грубые наросты в виде щитков, разделенных глубокими бороздками, роговая корка отслаивается, обнаруживая под собой участки атрофированной, змеевидной кожи; роговые наросты в виде конических иголок – «иглистый вид ихтиоза», крупных, темных, напоминающих грязь, плотно прилегающих к коже чешуек, обильно покрывающих большие участки кожи – чернеющий ихтиоз. Отмечается сухость всего кожного покрова, эритема фиолетового цвета и крупнопластинчатое шелушение сероватыми чешуйками. На волосистой части головы – корки, на коже ушных раковин – трещины. Субъективно: Сухость кожных покровов, зуд. Также отмечается: сухие ломкие волосы, ногти в виде барабанных палочек, кариес, сопровождается поражением глаз конъюнктивитом. Общие клинические анализы практически без патологии, за исключением СОЭ(22,8мм/ч). На основании жалоб, данных анамнеза и клинической картины был установлен диагноз: «Ламеллярный ихтиоз» осложненный системным заболеванием, которое проявилось «Альвеолитом и сердечной недостаточностью». Выводы: Несмотря на редкость данной формы ихтиоза, изучение характерных клинических проявлений необходимо для дифференциальной диагностики с дерматозами, имеющими схожую клиническую картину.

ОЦЕНКА МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПОДРОСТКОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Шахова О.А., Тофан Б.Ю., студенты 5 курса 14 группы мед. факультета №2

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней (зав. каф. – проф. Колоскова Е.К.) ВГУЗ БГМУ

Научный руководитель: проф. Колоскова Е.К.

Цель исследования. Оценить показатели активности воспаления дыхательных путей у подростков, страдающих бронхиальной астмой, в после приступном периоде, для оптимизации индивидуализированной лечебно-профилактической тактики. Материал и методы исследования: У 42 подростков, страдающих бронхиальной астмой проанализированы показатели активности воспаления в дыхательных путях, в после приступном периоде, когда у ребенка полностью исчезли клинические проявления обструкции бронхов, и были отменены все медикаменты, которые могли бы повлиять на показатели активности воспаления в дыхательных путях. Обследования проводились многократно в динамике наблюдения. В конденсате выдыхаемого

воздуха (КВВ) определяли содержание метаболитов монооксида азота, общего белка, протеолитическую активность по лизисом азоальбумину, азоказеину и азоколагену. Результаты и их обсуждение: Содержание продуктов обмена оксида азота с учетом возрастной региональной нормы ($27,3 \pm 3,14$ мкмоль/л, 95% ДИ: 24,7-31,8) у обследованных детей во все периоды динамического наблюдения был существенно выше ($P < 0,01$). Содержание общего белка в КВВ, как маркер повреждения сосудов в процессе воспаления, существенно не отличался от возрастной региональной нормы $3,3 \pm 0,23$ г/л ($P > 0,05$), в то время, как у обследованных пациентов во время обострения содержание общего белка в КВВ существенно превышал возрастную норму, и составило $4,4 \pm 0,30$ г/л ($P < 0,05$). Активность каталазы во все периоды наблюдения у подростков была существенно ниже относительно возрастной нормы, составляла $82,1 \pm 6,51$ (95% ДИ: 49,7-114,5) мкмоль/мин х мг белка ($P < 0,05$). Выводы: Установлено, что у подростков в послеприступном периоде бронхиальной астмы определяются маркеры воспаления бронхов со снижением дружественных к воспалению процессов, таких как утечка из сосудов белка, активность протеолиза и фибринолиза без существенной взаимосвязи между данными процессами, что может привести к повышению неспецифической гипервосприимчивости бронхов к прямым и непрямым стимулам, отображающих локальную воспалительную реакцию дыхательных путей.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА У ДЕТЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Шибанова М.А, интерн ФГБОУ ВО ИГМА

Кафедра детских инфекций (зав. каф. – доц. О.С. Поздеева)

Научный руководитель: доц. О.Г. Мохова

Цель исследования: Выявить клинико-эпидемиологические особенности клещевого энцефалита у детей в Удмуртской Республике. Материал и методы исследования: Для выполнения поставленной цели и задач нами был проведен ретроспективный анализ 83 историй болезни детей в возрасте от 1 года 9 месяцев до 14 лет с клещевым энцефалитом, находившихся на лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице г. Ижевска с 2001 по 2016 года. КЭ в УР имеет выраженную сезонность с мая по июль с максимумом регистрируемых случаев заболевания в июне (43,4%-33 пациента). Наиболее частый путь передачи инфекции трансмиссивный, укусы клеща зафиксированы в 58% случаев (48 детей), у 10 (12%) пациентов обнаружен только ползающий клещ. Алиментарный путь, связанный с употреблением козьего и коровьего молока, установлен у 10 (12%) детей, эпид. анамнез неизвестен (отрицали контакт с клещом) 18% (15 детей). Клещи обследованы лишь у 19,2% пациентов (16 человек), инфицированы вирусом КЭ 87,5% из них. Одно- и двухволновое течение КЭ встречается одинаково часто-50,6% и 49,4% соответственно. Инкубационный период удалось определить у 60,2% (50 детей), он составил в среднем 11,6 дней. Возрастная структура: дети в возрасте до трех лет составили 12% (10 детей), дети 3-6 лет - 20% (17 детей), 6-14 лет - 68% (56 детей). Легкая форма заболевания наблюдалась у 6 (7,2%) пациентов, среднетяжелая - у 60 (72,2%) и тяжелая - у 17 (20,4%). Доля привитых детей составила 4,8% в структуре заболевших. Для проведения анализа клинической картины заболевания дети были разделены на две группы: в 1 группу были включены дети, которым проведена экстренная профилактика противоклещевым иммуноглобулином (ПКИ) - 28 пациентов, во 2-ую группу - 51 человек, которым противоклещевой иммуноглобулин не вводился. У детей первой группы чаще регистрировались тяжелые формы - в 28% (8) случаев, во второй группе - в 18,2% (10). Инкубационный период при введении ПКИ удлинялся до 12,3 дней, у детей второй группы составил - 10,2 дня. Одноволновое течение чаще наблюдалось у детей в 1 группе (18 - 64%), во 2 группе - у 41,1% (21) пациентов. У детей, которым введен ПКИ длительность лихорадки при первичном повышении температуры составила 5,1 дня, средняя температура 38,8С, межлихорадочный период 9,3 дня. Дети 2 группы лихорадили 4,7 дней с показателями средней температуры 39С и продолжительностью межлихорадочного периода - 9,9 дней. Второе повышение температуры имело более высокие показатели у детей в 2 группе - 38,8С (во 2 группе - 39,1С), с длительностью лихорадки 5,3 и 5,8 дней соответственно. Выводы: характерна четкая сезонность с мая по июль. Наиболее частый путь передачи инфекции трансмиссивный. Одно- и двухволновое течение регистрируется одинаково часто. В возрастной структуре - преобладают дети старше 6 лет. Преимущественно регистрируются среднетяжелые формы. Экстренная профилактика противоклещевым иммуноглобулином проводилась 28 детям. Введение ПКИ удлиняло инкубационный период и в 1,5 раза чаще определяло одноволновое течение КЭ.

ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ МОЗГА У ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Шомуродов З., студент 404 группы леч. факультета СамМИ

Кафедра неврологии и нейрохирургии (зав. каф. - проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: Базарова А.К.

Цель исследования: Изучение особенностей характера и частоты ВУИ у детей с перинатальным поражением ЦНС в зависимости от анте- и интранатальных патологических факторов. Материал и методы исследования: Нами с периода новорожденности наблюдались 28 недоношенных и доношенных детей, родившихся с перинатальным поражением мозга вследствие ВУИ. Изучены поликлинические амбулаторные карты, карты беременных и истории родов матерей, истории новорожденных и амбулаторные карты детей. Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование детей. Лабораторная диагностика ВУИ у новорожденных и детей, а также их матерей проводилась дважды в первые месяцы жизни (выявление в сыворотке крови специфических антител к антигенам возбудителя - ИФА-иммуноферментный анализ, а так же полимеразная цепная реакция - ПЦР). Результаты и их обсуждение: Существенно, что сам факт внутриутробного инфицирования плода не всегда приводил к развитию манифестных форм заболевания и зависели от особенностей состояния плода и новорожденного. Так, риск реализации врожденной инфекции составил 15% у детей с I-II степенью недоношенности, 39% - у детей с задержкой пренатального развития, 32% - у детей с перинатальным поражением ЦНС; 14% - у детей с патологическим течением интра- или раннего неонатального периода. Выявлено, что потенциальная угроза внутриутробной трансмиссии инфекционных агентов от матери у детей с перинатальным поражением мозга существенно возрастала в тех случаях, когда женщина имела отягощенный соматический, акушерско-гинекологический и инфекционный анамнез. Так, факторами риска внутриутробного инфицирования явились у 37% детей воспалительные заболевания урогенитального тракта матери и у 63% детей - неблагоприятное течение беременности у матери (тяжелые гестозы, угроза прерывания, патологическое состояние маточно-плацентарного барьера, инфекционные заболевания). Вертикальная передача инфекции была осуществлена у 56% детей преимущественно восходящим, трансплацентарным и трансовариальным путями в антенатальный период, у 16% детей - предположительно контактным и аспирационным непосредственно во время родов. Антенатальное инфицирование в большей степени была характерна для агентов вирусной природы - 18% детей (вирусы цитомегалии - ЦМВ, краснухи, Коксаки и др.) и внутриклеточных возбудителей - 20% детей (токсоплазма, реже - представители семейства микоплазм). Выводы: Характер повреждений эмбриона и плода, степень выраженности воспалительных изменений, а также особенности клинической симптоматики при врожденных инфекциях зависят от целого ряда факторов: свойств возбудителя, массивности инфицирования, зрелости плода, состояния его защитных систем, особенностей иммунитета матери и др. Определяющими факторами являются гестационный возраст новорожденного, срок гестационного периода, в котором произошло инфицирование, и характер инфекционного процесса у матери.