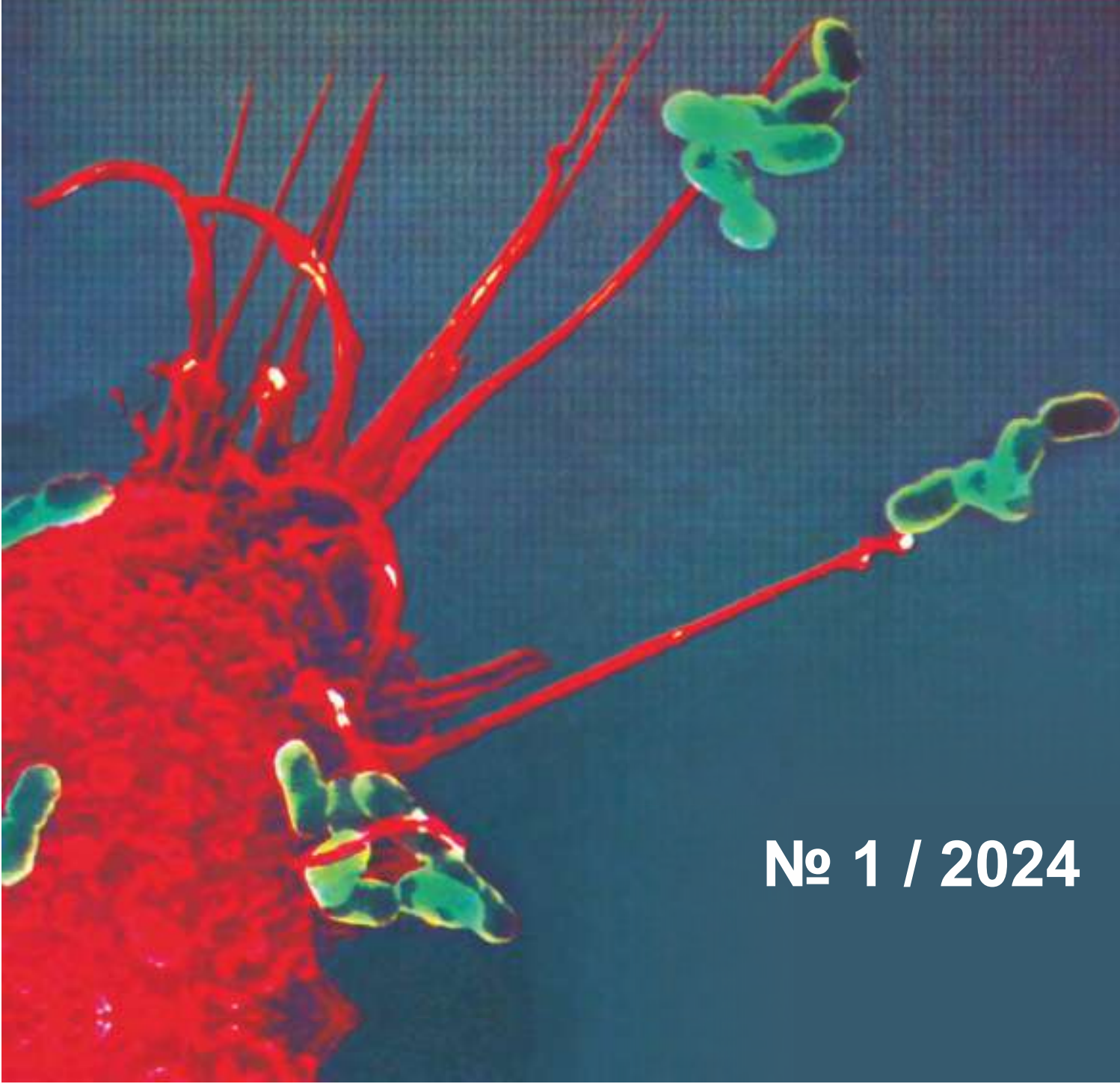


ISSN 2181-5534

ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ И ФАРМАКОЛОГИЯ



№ 1 / 2024

ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ И ФАРМАКОЛОГИЯ

Научно-практический журнал

1/2024

Журнал основан в 1999 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор — профессор Тулаганов А. А.

<p>1. Атабеков Нурмат Сатиниязович - д.м.н., проф., Санитарно-эпидемиологической службы спокойствия и общественного здравоохранения РУз.</p> <p>2. Ражабов Гулом Хурсанович - к.м.н., зав. лаб. института вакцин и сывороток РУз.</p> <p>3. Абдихакимов Абдулла Нусратиллаевич – д.м.н., проф., директор Таш. обл. филиала научно-практ. спец. центра онкологии и радиологии РУз.</p> <p>4. Аллаева Мунира Журакуловна – д.м.н., проф., зав. каф. фармакологии ТТА.</p> <p>5. Аминов Салохиддин Джураевич – д.м.н., проф. зав.каф. фармакологии, физиологии ТашПМИ.</p> <p>6. Богдасарова Эльмира Сергеевна – д.м.н., проф., ТашФарМИ.</p> <p>7. Таджикиев Ботир Мирхашимович – д.м.н., проф., директор РСНПМЦЭМИПЗ.</p> <p>8. Туляганов Рустам Турсунович – д.б.н., проф., каф. фармакологии и клинической фармации ТФИ.</p> <p>9. Маматкулов Ибрагим Хамидович (зам.глав.редактора), – д.м.н., проф., директор НИИХиФ РУз.</p> <p>10. Сабиров Джахонгир Рузиевич – д.м.н., доцент, заместитель директора детск. нац. мед. центра по науке, образованию и международным связям.</p> <p>11. Нарзуллаев Нуриддин Умарович – д.м.н., проф., БухГМИ.</p> <p>12. Аминжон Каримов – д.м.н., проф., каф. органического синтеза ТашФарМИ.</p>	<p>13. Максудова Лайло Масхутовна – д.м.н., доцент, каф. офтальмол. центра развития проф. квалиф. мед. раб.</p> <p>14. Таджиев Мирхотам Мирхашимович – д.м.н., доцент каф. неврологии, детск. неврологии, мед. генетики ТашПМИ.</p> <p>15. Облокулов Абдурашид Рахимович – д.м.н., проф., зав. каф. инф. болезней и детских инф. болезней БухГМИ.</p> <p>16. Мавлянов Искандар Рахимович – д.м.н., проф., консультант директора Республиканского научно-практического Центра Спортивной медицины.</p> <p>17. Ибадова Гулнара Алиевна – д.м.н., проф., каф. инф., дет. инф. и паразит. заб. центра развития проф. квалиф. мед. раб.</p> <p>18. Қосимов Илхомжон Асомович (зам.глав.редактора), – д.м.н., проф., каф. инф. болезней и детск. инф. заб., фтизиатрии и пульмонологии ТашПМИ.</p> <p>19. Кахоров Болта Абдугафарович – к.б.н., доц., зав.каф. физиологии человека и животных Национального университета РУз.</p> <p>20. Зияева Шахида Тулаевна (ответственный секретарь). – к.м.н., доц. каф. фармакология, физиология ТашПМИ.</p> <p>Зарубежные члены редколлегии:</p> <p>21. Кравченко Ирина Эдуардовна – д.м.н., проф., каф.едры инф. болезней ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» МЗ РФ.</p>
--	---

Редакционный совет:

акад. Арипова Т.У., (Ташкент)
акад. РАН, Кукес В.Г. (Москва)
акад. Тулегенова А.У. (Астана)
акад. Раменская Г.В. (Москва)
акад. Иноятова Ф.И. (Ташкент)

проф. Гариб Ф.Ю. (Москва),
проф. Сайфутдинов Р.Г. (Казань),
проф. Мадреимов А.М. (Нукус),
проф. Нуралиев Н.А. (Бухара)
проф. Туйчиев Л.Н., (Ташкент)
проф. Облокулов А.Р. (Бухара)

ТАШКЕНТ-2024

СОДЕРЖАНИЕ

1. **ABDUKHALIMOVA S.A., KURMAEVA D.N., NURIDDINOV SH.J., ALYAVI B.A., NURMATOVA S.B., DALIMOVA D.A.** YURAK-QON TOMIR KASALLIKLARIGA MOYILLIK KELITIRUVCHI MOLEKULYAR - GENETIK MARKERLAR VA METABOLITLAR.....5
2. **АБДУЛЛАЕВ Ш.Р.** РАЦИОНАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЯ ОФТАЛЬМОРОЗАЦЕА.....14
3. **АБДУХАЛИЛОВА Н.С., АБДУСАЛОМОВА К.К.** ERUCA SATIVA L. ЎСИМЛИГИ ҲАМДА УНДАН ОЛИНГАН ҚУРУҚ ЭКСТРАКТИНИНГ ҚИЁСИЙ МИНЕРАЛ ТАҲЛИЛИ.....20
4. **АЛЕЙНИК В.А., МУХИТДИНОВА К.О., БАБИЧ С.М., НЕГМАТШАЕВА Х.Н., ЮЛДАШЕВА А.С., ДЖУРАЕВ Б.М.** ВЛИЯНИЕ КОНТРИКАЛА И КЛЕКСАНА НА ИЗМЕНЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ.....25
5. **АМИРСАИДОВА Д.А., БЕКМУРОДОВА Г.А., ЭЛОВА Н.А., МИРАЛИМОВА Ш.М.** ОБРАЗОВАНИЕ БИОПЛЕНКИ ИЗОЛЯТАМИ РОДА CANDIDA, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ.....35
6. **АСАДОВА Г.А.** ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В СТРАНАХ СРЕДНЕЙ АЗИИ.....41
7. **АХМЕДОВА Н.Ш., ЮЛДАШЕВ Ж.А., БОЛТАЕВ К.Ж.** АСПЕКТЫ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОМ.....46
8. **ГАФФОРОВ С., ПУЛАТОВА Р.** КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ИЗГОТОВЛЕННЫХ ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ.....52
9. **ДАМИНОВА М.Н., АБДУЛЛАЕВА О.И., ХАЛИКОВА Ш.А., АГЗАМОВА Т.А., УМАРОВ Т.У., АЛИМОВ М.М.** АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПРОТИВ ВГВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КРАТНОСТИ ПРОВЕДЕННОЙ ВАКЦИНАЦИИ.....61
10. **ЗАКИРОВА Д.Р., БОЛТАЕВ К.Ж.** ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ ЎПКА ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БИЛАН КЕЧГАНДА ПАТОГЕНЕТИК ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ.....66
11. **ZIYODULLA Z.T., AGZAMOVA M.N., JAFAROV X.M.** OKTREETIDNI AMALIYOTDA QO`LLASH.....78
12. **IKROMOV S.A., MUSTAFAKULOV M.A., SAATOV T.S., RAXIMOV R.N.** EKSPERIMENTAL ALSGEYMER MODELI HAYVONLAR QONI VA TO`QIMASIDA LAKTATDEGIDROGENAZA FERMENTLARINING FAOLLIGINI O`RGANISH.....83
13. **ИСАНОВА Д.Т., АЛИЕВА Р.А., АХМЕДОВА Д.К., ТОШМАТОВА Г.А., ХАКИМОВА И.У.** ТУҒИШ ЁШИДАГИ АЁЛЛАР СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯЛАРИ ҚЎЗҒАТУВЧИЛАРИНИНГ МИКРОБИОЛОГИК ТАВСИФИ.....89
14. **IKHTIYAROVA G.A., ROZIKOVA D.K.** THE ROLE OF GUT MICROBIOTA IN THE OCCURANCE OF REPRODUCTIVE LOSSES (LITERATURE REVIEW).....95

10. Pertseva NO, Gurzhiy OV, Moshenets KI. Dependence of heart rate variability on indicators of type 1 diabetes mellitus control. Med Perspektivi (Medical Perspectives) (2020) 25(1):88–95. doi: 10.26641/2307-0404.2020.1.200406
11. Pizzo E, Berrettoni S, Kaul R, Cervantes DO, Di Stefano V, Jain S, et al. Heart rate variability reveals altered autonomic regulation in response to myocardial infarction in experimental animals. Front Cardiovasc Med (2022) 9:843144. doi: 10.3389/fcvm.2022.843144
12. Pop-Busui R, Backlund JC, Bebu I, Braffett BH, Lorenzi G, White NH, et al. Utility of using electrocardiogram measures of heart rate variability as a measure of cardiovascular autonomic neuropathy in type 1 diabetes patients. J Diabetes Investig (2022) 13(1):125–33. doi: 10.1111/jdi.13635
13. Pop-Busui R, Boulton AJ, Feldman EL, Bril V, Freeman R, Malik RA, et al. Diabetic neuropathy: A position statement by the american diabetes association. Diabetes Care (2017) 40(1):136–54. doi: 10.2337/dc16-2042
14. Pop-Busui R, Braffett BH, Zinman B, Martin C, White NH, Herman WH, et al. Cardiovascular autonomic neuropathy and cardiovascular outcomes in the diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications (DCCT/EDIC) study. Diabetes Care (2017) 40(1):94–100. doi: 10.2337/dc16-1397
15. Silva TP, Rolim LC, Sallum Filho C, Zimmermann LM, Malerbi F, Dib SA. Association between severity of hypoglycemia and loss of heart rate variability in patients with type 1 diabetes mellitus. Diabetes Metab Res Rev (2017) 33(2):e2830. doi: 10.1002/dmrr.2830
16. Spallone V. Update on the impact, diagnosis and management of cardiovascular autonomic neuropathy in diabetes: what is defined, what is new, and what is unmet. Diabetes Metab J (2019) 43:3–30. doi: 10.4093/dmj.2018.0259
17. Williams S, Raheim SA, Khan MI, Rubab U, Kanagala P, Zhao SS, et al. Cardiac autonomic neuropathy in type 1 and 2 diabetes: epidemiology, pathophysiology, and management. Clin Ther (2022) 44(10):1394–416. doi: 10.1016/j.clinthera.2022.09.002

РЕЗЮМЕ

COVID-19 ИНФЕКЦИЯСИ ЎТКАЗГАН 1 ТУР ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ЮРАК РИТМИ ВАРИАБИЛЛИГИ

**Садирходжаева Азизахон Алавитдиновна, Ашурова Дилфуза
Ташпулатовна**

Ташкент педиатрия тиббиёт институти

azizanew@mail.ru

Бизнинг тадқиқодимиз 2-18 ёш оралиғида РИЭИАТМ болалар бўлимида даволанаётган COVID-19 инфекцияси утгазган 1-тур қандли диабет билан баволанаётган 140 нафар болалар олинди. Қиёсий гуруҳни шу ёшдаги 65 нафар 1-тур қандли диабет билан касалланган болалар ташкил қилди, назорат гуруҳини шу ёшдаги 30 нафар нисбатан соғлом болалар ташкил қилди. Илмий ишда инструментал текширув усули Холтер ЭКГ ва ва статистик усуллардан фойдаланилди. Тадқиқод натижаси шуни кўрсатдики COVID-19 инфекцияси ўтказган 1 тур қандли диабет билан касалланган болаларда Холтер ЭКГ кўрсаткичларига кўра юрак ритми вариабеллиги пасайганлиги аниқланди ва КАН эрта ташхисловчи омили бўлиб хизмат қилади. Бу эса ўтказилан COVID-19 инфекцияси асорати эканлигидан далолат беради.

SUMMARY

HEART RHYTHM VARIABILITY AFTER COVID-19 INFECTION IN CHILDREN WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS

Sadirkhodjaeva Azizaknon Alavitdinovna, Ashurova Dilfuza

Tashpulatovna

Tashkent paediatric medical institute

azizanew@mail.ru

For our study, 140 children with type 1 diabetes who suffered from COVID-19 were treated in the children's department of the RSNPMC endocrinology aged 2 to 18 years. The comparison group was 65 children with type 1 diabetes, a group of 15 practical healthy children matched for age and sex without any signs or symptoms of cardiovascular disease was used as a control. The work uses instrumental methods of research Holter ECG and statistical methods of research. Our data confirm that children with COVID-19 infection with 1 type DM significantly reduced overall HRV compared to the comparison and control groups, indicating early subclinical CAN. COVID-19 infection is an important factor determining HRV in children with 1 type DM.

УДК 616.233-0026:616-036.82 :616-053.2

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА IL6 –174C/G В РАЗВИТИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Содикова Нозима Баходировна, Закирова Умида Иркиновна,

Каримова Умида Нырматовна

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан

sadikovanozima7@gmail.com

Ключевые слова: дети, бронхит, ген, цитокин, обструкция

На сегодняшний день одним из распространенных заболеваний органов дыхания в детском возрасте являются бронхиты, которые нередко

сопровожаются рецидивами и затяжным течением. Высокая частота рецидивирующей бронхиальной обструкции (РБО) у детей раннего и дошкольного возраста обусловлена как морфофункциональными особенностями респираторного тракта у детей данной возрастной группы, так и высокой частотой острых респираторных инфекций. Рецидивирующий бронхит, протекающий с обструкцией (РБО) получил широкую распространенность из-за сложности в диагностике, неэффективности противорецидивного лечения и неоднозначным прогнозом. Прогнозирование и доказательство существования РБО у детей позволяет избежать гипердиагностики бронхиальной астмы (БА) и обеспечить иной, по сравнению с бронхиальной астмой, подход к лечению заболевания и профилактике его рецидивов [1, 2, 6].

Изучение иммунопатологических механизмов при бронхолегочной патологии у детей является актуальной для анализа патогенетических механизмов развития бронхолегочных заболеваний. Цитокины как низкомолекулярные белковые вещества осуществляют эндогенную регуляцию межклеточных взаимодействий всех звеньев иммунной системы организма. В основе развития РБО также лежат иммунопатологические механизмы, который сопровождается активным инфекционным или аллергическим воспалением, приводящим к структурным изменениям тканей легких и бронхов. Цитокины, участвуя в инфекционно-воспалительном процессе и аллергическом ответе на уровне специфического эффекторного звена, в значительной мере определяют направление, тяжесть и исход бронхиальной обструкции [5,8].

Противовоспалительные и про цитокины играют важную роль при развитии многих заболеваний у детей. Уровень цитокинов может указать на начало заболевания, его развитие и исход. Воспалительные процессы занимают ведущее место при рецидивирующих заболеваниях бронхо-легочной системы. Определение взаимосвязи генов цитокинов, связанных с однонуклеотидными полиморфизмами (SNP), и развитием заболевания необходима для определения групп риска детей и принятия решения по оптимальной терапии. ИЛ-6 в острой фазе заболевания выступает в качестве как провоспалительного, так и противовоспалительного цитокина [3,4].

Целью нашей работы явилось определение роли полиморфизма гена IL6 -174C/G в развитии рецидивирующего бронхита у детей раннего школьного возраста.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили 73 больных, из которых 1 группу составили 30 детей с острым обструктивным бронхитом (ООБ) и 2 группа-43 больных с рецидивирующей бронхиальной обструкцией (РБО) узбекской популяции в возрасте от 7 до 11 лет. В качестве контрольной группы исследована 40 практически здоровых детей того же

возраста и популяции без бронхолегочной патологии и аллергологического анамнеза.

Обследование больных проведено в период обострения заболевания, на 2 день поступления в стационар. Дети с ООБ были пациенты, у которых впервые отмечался синдром бронхиальной обструкции (СБО). Клинически дети с ООБ были беспокойными, которое сопровождалось свистящими хрипами и удлинением выдоха, отмечался малопродуктивный кашель, температура была высокой или умеренной. Диагноз рецидивирующий бронхит, протекающий с синдромом бронхиальной обструкции (РБО) поставлен на основании наличия следующих показателей: в анамнезе как минимум 3 и более раз в год эпизодов обструкции; длительность эпизода обострения 2 недели и более; наличие признаков бронхоспазма, бронхообструкции, дыхательной недостаточности; аускультативных изменений; наличия продолжительного кашля и мокроты; катара верхних дыхательных путей и повышение температуры тела. Диагноз ООБ и рецидивирующий бронхит (РБ) у детей установлен с учетом семейного и аллергологического анамнеза; клинико-лабораторных данных, в соответствии с «Классификацией клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей», принятой на симпозиуме педиатров по совершенствованию классификации неспецифических болезней легких у детей [7]. Всем обследуемым проводились общеклинические лабораторные исследования, специфические анализы крови, спирография, рентгенологическое исследование органов грудной клетки и придаточных пазух носа (по показаниям), электрокардиография.

Определение ИЛ-6 и общего IgE в сыворотке крови проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью коммерческого иммуноферментного набора. Общую геномную ДНК выделяли набором ДНК-Экспресс (Литех). Однонуклеотидный полиморфизм гена 174G/C ИЛ-6 определяли методом ПЦР. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программ Microsoft Excel 2013. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Наши наблюдения показали, что из 73 больных в возрасте от 7 до 11 лет, из которых 1 группу составили 30 (41,1%) детей с острым обструктивным бронхитом (ООБ) и 2 группа-43(58,9%) больных с рецидивирующей бронхиальной обструкцией (РБО).

Сравнительный анализ больных по возрасту показало, что среди обследуемых основная масса относилась к возрастной категории от 7 до 9 лет (45,7 %) (диаграмма №1). Случаи ООБ больше наблюдались у детей до 7-8 лет, тогда как в группе с рецидивирующей бронхиальной обструкцией (РБО)- в возрасте от 7 до 11 лет.

Результаты наших наблюдений показали, что у детей с ООБ чаще всего первые признаки СБО появлялись на вторые или третьи сутки после начала вирусной инфекции или после переохлаждения ребенка. Нами отмечено, что рецидивы СБО чаще наблюдалось у пациентов с частыми ОРВИ в анамнезе, в частности 7 и более раз в год, тогда как в группе здоровых количество эпизодов составило меньше 3 раз в год. Наряду с другими исследованиями ученых и практических врачей, наши наблюдения также показали, что раннее начало СБО у детей с острым бронхитом является неблагоприятным признаком для формирования рецидивирующего течения обструктивного бронхита [1,6].

В общей группе больных анализ акушерского и соматического анамнеза матерей показал, что в основном дети были рождены от 1-2 беременности, при этом у 36,2 % период беременности протекал на фоне анемии и 18,8 % -токсикоза. Также у матерей наблюдались предшествующие аборт у 11,5% и прием лекарственных препаратов во время беременности у 27,5%. Большинство наблюдаемых детей родились от доношенной беременности, недоношенными были 8,6% больных, в асфиксии родились 4,3 % детей. В числе факторов риска у детей с бронхитами обнаружено наличие животных на дому – 5,1%, пыли – 10,8%, пыльцы растений – 13,7%, физических и эмоциональных нагрузок – 16,6%.

Нередко течение ООБ протекало на фоне рахита, анемии 1-2 степени, хронического расстройства питания в виде белково-энергетической недостаточности (БЭН) 1-2 степени и паратрофии. В подавляющем большинстве случаев РБО у детей развивалась на фоне ОРВИ и чаще явилась проявлением острого обструктивного бронхита. Результаты исследований показали, что у всех пациентов с РБО отмечалось в анамнезе 2-3 и более эпизодов СБО в течении 1 года, при этом период обострения составил от 1,5 недель и более.

Из анамнеза у детей с РБО и БА в раннем возрасте отмечались аномалии конституции в виде эксудативно-катального диатеза и пищевой аллергии. Чаще всего причиной БЭН и анемии у детей с бронхитами явились алиментарные факторы: ранний перевод на искусственное вскармливание, количественный недокорм (гипогалактия, прием недостаточного количества смесей) или качественный недокорм за счет бедности суточного рациона белками, витаминами, микроэлементами, также ранний перевод детей на искусственное и смешанное вскармливание. Результаты нашего исследования совпали с показателями других авторов, которые утверждали, что анатомо-физиологические особенности респираторного тракта, отягощенный преморбидный фон, повторное инфицирование ребенка респираторной инфекцией способствуют рецидивирующему течению бронхита [2,6,9].

Таким образом, тщательный сбор клинико-анамнестических данных обследуемых групп детей показал, что среди эндогенных факторов развития бронхитов являются анемия, паратрофия и пищевая аллергия. Анализ акушерского и соматического анамнеза матерей обследуемых детей показал, что асфиксия в родах и недоношенность является одним из факторов риска развития РБО и БА у детей. Среди экзогенных факторов риска развития бронхитов и БА отмечены частые респираторные инфекции, цветения в доме и пассивное курение. При раннем переходе на искусственное вскармливание достоверно чаще у детей развивается рецидивирующее течение СБО как инфекционного, так и аллергического генеза. По всей видимости, данная тенденция связана с тем, что преждевременное отлучение от груди и перевод на искусственное вскармливание способствует ранней сенсibilизации, расширению спектра потенциальных пищевых аллергенов, снижению факторов пассивного гуморального иммунитета, что, как следствие, ведет к возникновению повторных респираторных заболеваний [9,10].

Результаты исследований ИЛ-6 и IgE в периферической крови у детей с бронхитами показали отличительные свойства (таблица №1).

Таблица №1 Показатели ИЛ-6 и IgE у детей с бронхитами (M ± m)

Показатели	ООБ n=30 (41,1%)	РБО n=43(58,9%)	Контроль n=40	P
ИЛ-6 пг/мл	21,41 ±1,24 пг/мл	36,27±8,16 пг/мл	11,32±0,72 пг/мл*	P<0,001; P<0,05
IgE ME/мл	48,31 ±5,45 ME/мл	90,17±6,38 ME/мл	46,21±5,41 ME/мл*	P<0,001

Примечание: * различия между больными и здоровой группой (P<0,05) , различия между группой с ООБ, РБО ** (P<0,001). P-статистически значимые различия по критерию Стьюдента.

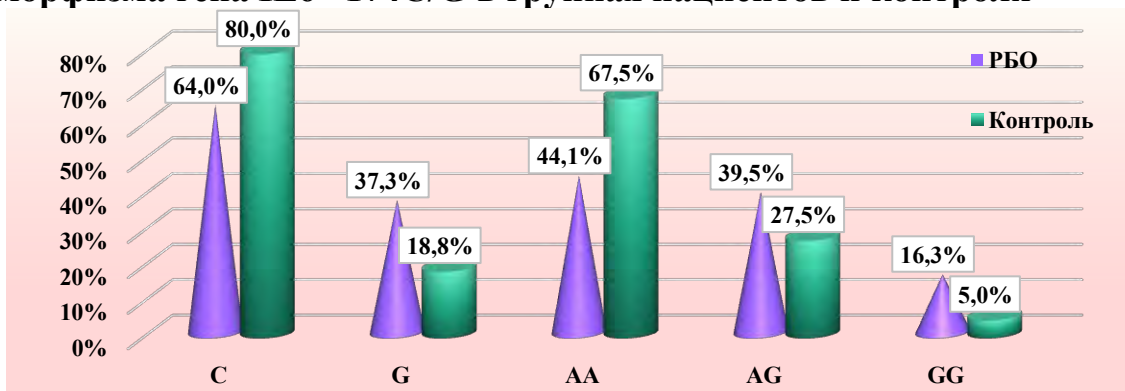
Цитокиновый профиль-ИЛ-6, у всех обследуемых больных определяли в периоде обострения основного заболевания. Результаты исследований показали значительное повышение ИЛ-6 в периферической крови у детей с бронхитами и РБО по сравнению с группой контроля (p<0,005). Согласно изучению патогенетических механизмов результаты доказывают наличие инфекционного генеза воспаления при СБО у детей. Анализ распространенности ИЛ-6 в группе детей с РБО составило в среднем 36,27 пг/мл, тогда как в группе больных с ООБ 21,41 пг/мл (p<0,001). Возможно высокий показатель ИЛ-6 у детей с РБО связан с более частыми возникающими воспалительными процессами в течение года, сопровождающийся более тяжелым течением СБО, что в дальнейшем

приводило к высокой гиперреактивности бронхов. Как видно из таблицы, уровень ИЛ-6 при РБО и ООБ значительно выше по сравнению с группой контроля (21,41 пг/мл и 36,27 пг/мл против 11,32 пг/мл).

Анализ уровня общего IgE в периферической крови в сравниваемых группах показал, что в группе детей с РБО отмечалось значительное повышение показателя по сравнению с группой с ООБ (48,31 МЕ/мл против 90,17 МЕ/мл; $p < 0,001$). Достоверное увеличение IgE отмечалось в группах с ООБ и РБО больных относительно нормы и пациентов здоровой группы ($p < 0,001$). Это еще раз доказывает важное значение аллергического компонента в патогенезе развития РБО у детей. При этом в группе детей с ООБ показатели IgE были статистически ниже, чем с группами с РБО. ($p < 0,001$). Возможно это связано, что среди детей с ООБ большинство было детей без аллергического компонента воспаления.

Нами исследовано частота распределения аллелей и генотипов полиморфизма гена IL6 -174C/G аллеля rs 1800795 в развитии рецидивирующей бронхиальной обструкции у детей в основной группе пациентов с РБО $n=43$ (58,9%) и контроля ($n=40$).

Рисунок. Частота распределения аллелей и генотипов полиморфизма гена IL6 -174C/G в группах пациентов и контроля



Примечание: * $p < 0.01$ - значимое различие по сравнению с контрольной группой

По данным результатов исследования полиморфизма гена IL6 -174C/G частота встречаемости гомозиготного генотипа A/A отмечалось достоверно реже в группе больных с РБО (44,1%) по сравнению с группой контроля (67,5%) ($p < 0.01$). Гетерозиготный генотип A/G гена IL6 -174C/G у детей с РБО отмечалась чаще (39,5%), по сравнению с контрольной группой (27,5%) ($p < 0.01$).

При этом мутационный генотип G/G гена IL6 -174C/G отмечается достоверно чаще в группе больных с РБО, чем у здоровых (16,3% против 5,0 %, соответственно $\chi^2=3.9$; $P=0.05$; $RR=3,8$; $OR=4.4$; $95\% CI=1.01-$

19.05). Отсюда следует, что носители мутационного генотипа G/G полиморфизма гена IL6 –174C/G аллеля rs 1800795 являются предикторами развития заболевания. Исходя из полученных данных, в группе больных с РБО наблюдалось снижение доли генотипа G/G на фоне увеличения генотипов A/G. Частота аллеля A/A в контрольной группе была 67,5%, а у больных с РБО 44,1%. Отсюда следует, что основной аллель G связан с повышенным уровнем экспрессии ИЛ-6 и является прогностическим фактором в развитии РБО у детей. Также повышенный уровень ИЛ-6 в сочетании с превышением IgE является диагностическим критерием СБО, а наиболее значимое увеличение их показателей является прогностическим маркером формирования рецидивирующей бронхиальной обструкции у детей.

Выявленные нами особенности у детей с бронхитами позволяют сформировать группы риска и разработать прогностические критерии развития заболевания задолго до манифестации болезни и проводить ранние профилактические мероприятия. В связи с этим необходимо дальнейшее широкое и комплексное изучение патогенетических механизмов и иммунологических аспектов предрасположенности детей к развитию рецидивирующих заболеваний органов дыхания.

Выводы

1. Сравнительный анализ ИЛ-6 и общего IgE при ООБ и РБО показал значительное увеличение ИЛ-6 и повышение уровня IgE при РБО по сравнению с группой ООБ и здоровыми детьми.
2. Вышеназванные клиничко-anamnesticheskie и иммунологические результаты исследования позволяют провести прогнозирование РБО у детей. Клиничко-anamnesticheskie факторы риска и значительное увеличение ИЛ-6 в сочетании с высокими показателями IgE являются неблагоприятными прогностическими критериями формирования РБО у детей.
3. Исследование полиморфизма гена IL6 –174C/G показало, что мутационный генотип G/G отмечался достоверно чаще в группе больных с РБО, чем в группе здоровых. Отсюда следует, что основной аллель G связан с повышенным уровнем экспрессии ИЛ-6 и является прогностическим фактором в развитии рецидивирующей бронхиальной обструкции у детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барабаш Н. А., Голикова Е. В., Лошкова Е. В. и др. Бронхообструктивный синдром в практике педиатра. // Учебное пособие для врачей. Томск. Издательство СибГМУ. 2017. 104 с.
2. Денисевич И.О., Кальченко К.О. Острый обструктивный бронхит у детей раннего возраста: риск развития и особенности течения. //Сборник НПК

«Актуальные проблемы современной медицины и фармации». 2015. С.493 – 498.

3. Закирова У.И. Прогнозирование развития и диспансерное наблюдение детей с рецидивирующим бронхитом с учетом клинико-генетических особенностей заболевания. // Журнал теоретическая и клиническая медицина. - Ташкент. -2018. -№3 – С. 82-85

4. Закирова У.И. Факторы предрасположенности детей узбекской популяции к рецидивирующей бронхиальной обструкции. // Бюллетень ассоциации врачей. -Ташкент. -2021. -№1. -С.10-16

5. Костинова М. П., Чучалина А. Г. Руководство по клинической иммунологии в респираторной медицине. // Москва: АТМО. 2016. 128 с.

6. Савенкова Н. Д., А. А. Джумагазиев, Д. А. Безрукова. Прогнозирование риска развития рецидивирующего бронхита у детей. // Актуальные вопросы современной медицины: материалы II Международной конференции. Астрахань.2017. С. 146–148.

7. Современная классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. //Российское респираторное общество. Под ред. А.Г. Чучалина. Педиатрия. 2010. №4(89). С.6–15

8. Zakirova U I, Sodikova N. B. Risk factors for the development of recurrent obstructive bronchitis in children. International scientific and practical conference 2021 Shawnee, USA Conference Proceedings .P 13-15.

9. Pathogenetic substantiation of approaches to physical rehabilitation of children with recurrent bronchitis, infected with coronavirus (Covid-19). Sadikova N.B International Conference on Modern Science and Scientific Studies.

Vol 2, Issue 12, December 19th 2023 p.85-90

РЕЗЮМЕ

ЭРТА МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ТАКРОРИЙ БРОНХИАЛ ОБСТРУКЦИЯНИ РИВОЖЛАНИШИДА ИЛ6 –174С/Г ГЕН ПОЛИМОРФИЗМИНИНГ РОЛИ

Содиқова Нозима Баходировна, Закирова Умида Ирқиновна.

Каримова Умида Нырматовна

Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент, Ўзбекистон

sadikovanozima7@gmail.com

Калит сўзлар: болалар, бронхит, ген, ситокин, обструкция.

Бизнинг ишимизнинг мақсади ўзбек мактабгача ёшдаги болаларда такрорий бронхит ривожланишида ИЛ6 –174с/Г генининг полиморфизмини таҳлил қилиш еди. Ушбу мақсадга еришиш учун касалликнинг 73 ҳолати таҳлил қилинди, улардан 1 гуруҳи ўткир обструктив бронхит (ООБ), 2 гуруҳи - 7 ёшдан 11 ёшгача бўлган такрорий бронхиал обструкция (РБО) бўлган болалардан иборат еди. ООБ ва РБО да ИЛ6 ва total IgE нинг қиёсий таҳлили

ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ И ФАРМАКОЛОГИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

1/2024

Главный редактор - *д.ф.н., профессор Тулаганов А. А.*

Отв. секретарь – *к.м.н, доцент Зияева Ш.Т.*

Компьютерная верстка – *Кахоров Б.А.*

Дизайн обложки – *И.З. Максудова Л.М.*

Международный стандартный номер издания - ISSN 2181-5534

Лицензия № 0293 выдана Агентством Республики Узбекистан по печати и информации при Администрации Президента Республики Узбекистан от 23.10.2019 г.

Отпечатано в ЧП «S-PRINT»

Подписан к печати 19.03.2024 г.

Формат А4. Объём 230 стр. Тираж: 80 экз.

Цена договорная. **E.mail:** immunitet2015@mail.ru

Наш сайт: <https://infection-immunity.uz>

г. Ташкент, Тел.: (0371) 246-82-67, +998-94-655-22-32