

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

# ПЕДИАТРИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ № 1/2020

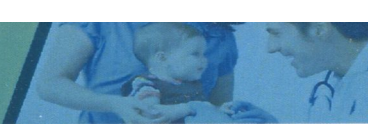
ВЛИЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ НА  
ТЕЧЕНИЕ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЙ У  
НОВОРОЖДЕННЫХ  
11 СТР.



ОСНОВАН  
**1996**  
ГОДУ

ISSN 2091-5039





МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАНА  
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

## Педиатрия

научно-практический журнал

Зарегистрирован Агентством печати и информации Республики Узбекистан 29 декабря 2006 году. Свидетельство № 02-009

Решением Высшей аттестационной комиссии (ВАК) при Кабинете Министров Республики Узбекистан журнал «Педиатрия» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Республике Узбекистан, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени доктора медицинских наук (Утверждено Постановлением Президиума ВАК РУз. № 201/3 от 30 декабря 2013 года)

Публикация рекламы на коммерческой основе.

За правильность рекламного текста ответственность несет рекламодатель.

Рекламодатели предупреждены редакцией об ответственности за рекламу незарегистрированных и не разрешенных к применению Министерством здравоохранения РУз лекарственных средств и предметов медицинского назначения.

Рукописи, фотографии и рисунки не рецензируются и не возвращаются авторам. Авторы несут ответственность за достоверность излагаемых фактов, точность цифровых данных, правильность названий препаратов, терминов, литературных источников, имен и фамилий.

Адрес редакции:  
100140, Республика Узбекистан,  
г.Ташкент, ул.Богишамол, 223  
тел.: +99871 260-28-57;  
факс: +99871 262-33-14  
сайт: [tashpmi.uz/ru/science/journal\\_pediatriy](http://tashpmi.uz/ru/science/journal_pediatriy)  
Индекс для подписчиков: 852  
Распространяется только по подписке.

Заведующая редакцией: В.Р. Абдурахманова  
Технический редактор: М.И. Мансурова  
Редакторы: С.Х.Назаров, К.Х.Назарова, Н.И.Гузачева  
Дизайн и верстка: А.Асраров  
Формат 60x84 1/8, усл.печ.л. 21. Заказ № 1297  
Тираж 90 шт  
Подписано в печать 23.03.2020  
Отпечатано в ООО «Credo Print»,  
г. Ташкент, ул. Богишамол 160.

Главный редактор: Даминов Б.Т  
Заместитель главного редактора: Гулямов С.С.  
Ответственный секретарь: Муратходжаева А.В.

### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Аитов К.А. (Иркутск, Россия)  
Алимов А.В. (Ташкент)  
Арипова Т.У. (Ташкент)  
Атаниязова А.А.(Нукус)  
Ахмедова Д.И. (Ташкент)  
Баранов А.А. (Москва, Россия)  
Боранбаева Р.З.(Астана, Казахстан)  
Джумашаева К.А. (Бишкек, Кыргызистан)  
Дэвил Д. (Рим, Итальянская Республика)  
Захарова И.Н (Москва, Россия)  
Зоркин С.Н. (Москва, Россия)  
Иванов Д.О. (Санкт-Петербург, Россия)  
Иноятов А.Ш.(Бухара)  
Малов И.В. (Иркутск, Россия)  
Матазимов М.М.(Андижан)  
Набиев З.Н. (Душанбе, Таджикистан)  
Орел В.И. (Санкт-Петербург, Россия)  
Разумовский А.Ю. (Москва, Россия)  
Рикардо С. (Вашингтон, США)  
Рузиев Р.У.(Ургенч)  
Туйчиев Л.Н. (Ташкент)  
Хайтов К.Н. (Ташкент)  
Чонг Пёнг Чунг (Сеул, Южная Корея)  
Шамсиев А.М.(Самарканд)

### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Агзамходжаев Т.С. (Ташкент)  
Алиев М.М. (Ташкент)  
Амонов Ш.Э. (Ташкент)  
Арипов А.Н. (Ташкент)  
Асадов Д.А. (Ташкент)  
Ашурова Д.Т. (Ташкент)  
Бахрамов С.С. (Ташкент)  
Бузруков Б.Т. (Ташкент)  
Даминов Т.О. (Ташкент)  
Иноятова Ф.И. (Ташкент)  
Искандаров А.И. (Ташкент)  
Исмаилов С.И. (Ташкент)  
Камилова А.Т. (Ташкент)  
Кариев Г.М. (Ташкент)  
Каримжанов И.А. (Ташкент)  
Маджидова Ё.Н.(Ташкент)  
Рахманкулова З.Ж. (Ташкент)  
Саатов Т.С. (Ташкент)  
Содинова Г.К. (Ташкент)  
Таджиев Б.М (Ташкент)  
Ташмухамедова Ф.К. (Ташкент)  
Хасанов С.А. (Ташкент)  
Шарипов А.М. (Ташкент)  
Шарипова М.К. (Ташкент)  
Шомансурова Э.А. (Ташкент)  
Эргашев Н.Ш. (Ташкент)

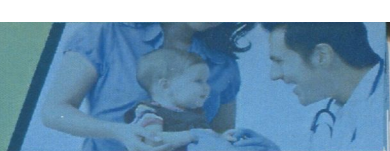
TOSHKENT TIBBIYOT  
AKADEMIYASI KUTUBXONASI  
№ \_\_\_\_\_

## СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ		THE HIGHLIGHTS OF HEALTH
<i>Уллийев Б.Ю., Собитов И.З.</i> Изучение роли практических занятий в организации эффективного медицинского образования	2	<i>Ulliev B.U., Sobitov I.Z.</i> Study the role of practical training in the organization of effective medical education
<b>ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ</b>		<b>ORIGINAL ARTICLES</b>
<i>Исмаилова М.А., Ходжамова Н.К., Тухтаева У.Д.</i> Оценка выхаживания и перинатальных исходов у поздно недоношенных новорожденных детей в неонатальном периоде	6	<i>Ismailova M.A., Khodjamova N.K., Tukhtaeva U.D.</i> Assessment of nursing and perinatal outcomes of late preterm infants in the neonatal period
<i>Сулейманова Л.И., Исмаилова М.А., Абдукадирова М.К.</i> Влияние здоровья матери на течение гипербилирубинемий у новорожденных	11	<i>Suleymanova L.I., Ismailova M.A., Abdulkadirova M.K.</i> Influence of maternal health on hyperbilirubinemia course of newborns
<i>Шамансурова Э.А., Кошимбетова Г.К.</i> Болаларда меъда-ичак тизими функционал бузилишларда ёшга нисбатан оғрик синдроми хусусияти	15	<i>Shamansurova E.A., Koshimbetova G.K.</i> Peculiarities of pain syndrome of functional diseases for gastrointestinal tract in children in the age aspect
<i>Турдиева Д.Э.</i> Гипоксия ўтказган, пневмония билан касаланган эрта гўдак ёшдаги болаларда лимфоцитар субпопуляция кўрсаткичлари	18	<i>Turdieva D.E.</i> Lymphocytes subpopulation indices in infants with hypoxia and pneumonia
<i>Тахирова Р.Н., Алиев А.Л., Якубова К.Н., Пирназарова Г.З.</i> Болаларда зотилжам касаллигининг коморбид ҳолатида фагоцитлар функционал фаоллиги хусусияти	21	<i>Takhirova R.N., Aliev A.L., Yakubova K.N., Pirnazarova G.Z.</i> Features phagocytes functional activity in children with pneumonia at comorbid state
<i>Мухамеджанова Ф.Р.</i> Влияние умственной нагрузки на показатели нейровегетативной регуляции ритма сердца у юных шахматистов	23	<i>Mukhammedjanova F.R.</i> Influence of mental load on indices of neuro-vegetative regulation of heart rhythm in young chess players
<i>Назаров О.А., Ахмедов К.Х., Турсунходжаева Ш.У., Босимов М.Ш.</i> Клинико-иммунологическая характеристика пищевой аллергии у детей	28	<i>Nazarov O.A., Axmedov K.X., Tursunxodjayva Sh.U., Bosimov M.Sh.</i> Clinical and immunological characteristic of food allergy in children
<i>Усмонова Б.У., Курьязова Ш.М., Худайназарова С.Р.</i> Современные аспекты суставного синдрома при острой ревматической лихорадке у детей	31	<i>Usmonova B.U., Kuryazova Sh.M., Khudaynazarova S.R.</i> Modern aspects of articular syndrome in acute rheumatic fever in children
<i>Даминова М.Н., Джалилов А.А., Абдуллаева О.И., Расулова З.Д., Каримова З.К., Даминова Х.М., Мирисмаилов М.М.</i> Тактика лечения ротавирусных диарей у детей.	35	<i>Daminova M.N., Dgalilov A.A., Abdullaeva O.I., Rasulova Z.D., Karimova Z.K., Daminova Ch.M., Mirismailov M.M.</i> Tactics of correction for rotaviral infection
<i>Нурмухамедова Ф.Б., Исматова К.А., Носирова Х.У.</i> Особенности клинического течения аллергического ринита у детей с гельминтно-протозойной инфекцией	39	<i>Nurmuhamedova F.B., Ismatova K.A., Nosirova H.U.</i> Clinical course features of allergic rhinitis in children with helminthic and protozoa infections
<i>Ташпулатова Ф.К., Абдусаломова М.И.</i> Частота и характер побочных реакций от противотуберкулезных препаратов у больных детей туберкулезом	45	<i>Tashpulatova F. K., Abdusalomova M.I.</i> Frequency and character of adverse reactions from anti-tuberculosis drugs in children with tuberculosis
<i>Таджиев М.М., Маджидова Е.Н., Хаджиметов А.А.</i> Особенности клинико-лабораторных показателей крови у детей с осевыми деформациями позвоночника	49	<i>Tajiev M.M., Madjidova E.N., Khadjimetov A.A.</i> Features of clinical and laboratory blood indices at children with axial spine deformations
<i>Золотова Н.Н.</i> Биомеханический анализ малой разницы высоты ног у детей	53	<i>Zolotova N.N.</i> Biomechanical analysis of little difference for leg height at children
<i>Ходжанов И.Ю., Рузикулов У.Ш., Оллабергенев О.Т.</i> Комплексная патогенетическая терапия при коррекции врожденной воронкообразной деформации грудной клетки у детей	56	<i>Khodzhanov I.Yu., Ruzikulov U.Sh., Ollabergenov O.T.</i> Complex pathogenetic therapy at correction of congenital funnel chest deformity in children
<i>Амонов А.Ш.</i> Клинико-аудиологическое обследование детей с сенсоневральной тугоухостью тяжелой степени и глухотой	60	<i>Amonov A.Sh.</i> Clinical and audiological examination of children with severe sensorineural hearing loss and deafness
<i>Носирова Г.Р.</i> Особенности терапии детей с дисфункцией евстахиевой трубы при остром среднем отите	64	<i>Nosirova G.R.</i> Features of therapy in children with eustachian tube dysfunction in acute otitis media
<i>Джаббарова Д.Р., Сабирова Ш.Б., Гуломова З.Р.</i> Клинико-иммунологическая диагностика и лечение детей с хроническими гнойными риносинуситами	68	<i>Djabbarova D.R., Sabirova Sh.B., Gulomova Z.R.</i> Clinical and immunological diagnostics and treatment children with purulent rhinosinusitis

<i>Мухитдинов У.Б.</i> Мультиспирал компьютер томографиясини баҳолаш ва сурункали йирингли ўрта отит билан касалланган беморларни хирургик коррекцияга тайёрлаш даврида хамроҳ касалликларининг таъсири	72	<i>Mukhitdinov U.B.</i> Assessment of multi-spiral computer tomography and treatment tactics in chronic otitis media
<i>Носиров А.А. Агзамходжаев С.Т., Абдуллаев З.Б., Теребаев Б.А.</i> Антенатал гидронефроз билан туғилган болаларда сийдик йўллари инфекциясининг учраши	75	<i>Nosirov A.A. Agzamxodjaev S.T., Abdullaev Z.B., Terebaev B.A.</i> Frequency occurring infections of urinary tract in children, birth antenatal hydronephrosis
<i>Эшбадалов Х.Ю., Махкамova Ф.Т., Насретдинов З.Т., Холиков А.А., Фатаева Д.Р.</i> Комплексное лечение острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей	79	<i>Eshbadalov Kh.Yu., Makhkamova F.T., Nasretdinov Z.T., Xolikov A.A., Fataeva D.R.</i> Complex treatment of acute purulent and inflammatory diseases of the maxillofacial area in children
<i>Махкамova Ф.Т., Икромов Г.А., Джаббарова Д.Р., Рахмонов С.</i> Применение ультразвукографии в диагностике лимфаденита у детей	82	<i>Makhkamova F.T., Ikromov G.A., Djabbarova D.R., Rakhmonov S.N.</i> Application of ultrasonography in the diagnosis of lymphadenitis in children
<i>Хамзаев К.А., Шарипов А.М., Шоикромов Ш.Ш.</i> Эффективность циклоспорина в лечении болезни минимальных изменений – морфологического варианта первичного нефротического синдрома у детей	86	<i>Khamzaev K. A., Sharipov A.M., Shoikromov Sh.Sh.</i> Effectiveness of cyclosporine in treatment minimum changes disease of morphological version for primary nephrotic syndrome in children
<i>Касимова Р.И.</i> Структура поражений центральной нервной системы у больных ВИЧ-инфекцией	92	<i>Kasimova R.I.</i> Structure of central nervous system disorders in HIV-infect patients
<i>Даминова Ш.Б., Махсумова С.С., Махсумова И.Ш.</i> Иммунологический статус полости рта у детей больных герпетическим стоматитом до и после лечения	97	<i>Daminova Sh.B., Makhsumova S.S., Makhsumova I.Sh.</i> Immunological status of oral cavity in children with herpetic stomatitis before and after treatment
<i>Ганиев А.К., Гулямов С.С., Умаров Ж.Т., Рузиев А.А.</i> Оёк ўқи деформацияларда гемизипиодезнинг қўллаш афзалликлари	100	<i>Ganiev A.K., Gulyamov S.S., Umarov Zh.T., Ruziev A.A.</i> Advantages of application of hemiepiphyodesis in axial deformities of the lower extremities
<i>Жабборов У.У., Расул-Заде Ю.Г.</i> Перинатальные исходы родов у женщин с резус-отрицательной кровью	103	<i>Jabborov U.U., Rasul-Zade Y.G.</i> Perinatal delivery outcomes of women with rh-negative blood
<i>Ходжаева С.М., Бабабекова Н.Б., Саматов Х.Б.</i> Болаларда ўчоқли алопеция касаллиги кечишида ичак инфекциясининг ахамияти	107	<i>Khodjaeva S.M., Bababekova N.B., Samatov Kh.B.</i> Significance of intestinal infections on the course of focal alopecia in children
<i>Эргашев Н.Ш., Назаров Н.Н., Хуррамов Ф.М.</i> Особенности дифференциальной диагностики пороков ротации и фиксации толстой кишки у детей	112	<i>Ergashev N.Sh., Nazarov N.N., Hurramov F.M.</i> Features of differential diagnosis rotation defects and colon fixation in children
<b>В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ</b>		<b>HELP FOR PRACTITIONER</b>
<i>Норматова К.Ю., Шерова З.Н., Шаабидова К.Ш.</i> Копинг-стратегии родителей детей	116	<i>Normatova K.U., Sherova Z.H., Shaabidova K.Sh.</i> Coping strategy of child's parents
<i>Джаббарова Д.Р., Махкамova Ф.Т., Абдукамиллова М.М., Хакимова Д.Б.</i> Об одонтогенном гайморите	119	<i>Djabbarova D.R., Makhkamova F.T., Abdukamilova M.M., Hakimova D.B.</i> About odontogenic antritis
<b>ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА</b>		<b>EXPERIMENTAL MEDICINE</b>
<i>Каримов Р.Н., Зияева Ш.Т., Юнусов А.А., Мирзаахмедова К.Т.</i> Влияние фитата кобальта, фитата магния и силибора на состав липидов в сыворотки крови при экспериментальном гепатите	122	<i>Karimov R.N., Ziyaeva Sh.T., Yunusov A.A., Mirzaahmedova K.T.</i> Influence of cobalt fitate, magnesium fitate and silibor on the lipid composition in blood serum at experimental hepatitis
<i>Адилбекова Д.Б.</i> Постнатальный рост и становление желудка и кишечника потомства в условиях хронического токсического гепатита у матери	127	<i>Adilbekova D.B.</i> Postnatal grows and formation of stomach and offspring intestines in conditions of chronic toxic hepatitis at mother
<i>Каримова Ш.Ф., Юлдашев Н.М., Исмаилова Г.О., Мирмахмудова С.И.</i> Проницаемость плаценты для <sup>14</sup> C-тироксина на разных сроках беременности у животных	132	<i>Karimova Sh. F., Yuldashev N.M., Ismailova G.O., Mirmakhmudova S.I.</i> The permeability of placenta to <sup>14</sup> c-thyroxine at different stages of pregnancy in animals
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ПЕДИАТРИИ</b>		<b>DRUG USE IN PEDIATRICS</b>
<i>Рахматуллаева Д.У., Латипов У.С., Махкамova Ф.Т.</i> Эффективность препарата «Фтор-люкс» в профилактике кариеса зубов у детей младшей возрастной группы	136	<i>Rahmatullaeva D.U., Latipov U.S., Makhkamova F.T.</i> Effectiveness of "ftor-lux" in prevention of dental caries in children of younger age group

<i>Шукурова Г.Р., Якубова Ф.Х., Рахматуллаева Д.У.</i> Эффективность препарата фунистатин при кандидозном стоматите у детей	142	<i>Shukurova G.R., Yakubova F.X., Rakhmatullaeva D.U.</i> Efficiency of funistatin in treatment of stomatitis-caused by candidosis
<b>ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВЫСШИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ</b>		<b>PROBLEMS OF TEACHING IN MEDICAL INSTITUTES</b>
<i>Махметова М.М.</i> A brief analysis of medical abbreviations in the English classes for the 1 <sup>st</sup> course students	144	<i>Махметова М.М.</i> Краткий анализ медицинских сокращений на уроках английского языка для студентов 1-го курса
<i>Ахмедова М.А., Алимova М.М., Абдусатторов Ш.Ш.</i> Ёшларда ватанга садокат туйғусини тарбиялаш фукаролик жамиятини куришининг мухим омилларидан биридири	147	<i>Ahmedova M.A., Alimova M.M., Abdusattorov Sh.Sh.</i> Upbringing the sense of patriotism in youth is one of the important factors in construction of civil society
<b>ОБЗОРЫ</b>		<b>REVIEWS</b>
<i>Гулямов С.С., Якубова Ф.Х., Шукурова Г.Р., Мехмоноva Н.У.</i> Болаларда оғиз бўшлиғи шиллик каватининг яллиғланиш омиллари	150	<i>Gulyamov S.S., Yakubova F.H., Shukurova G.R., Mehmonova N.U.</i> Factors of inflammation in oral cavity of children
<i>Мадждидова Ё.Н., Усманова Д.Д., Насимова С.О.</i> Наследственные заболевания, протекающие с нейроофтальмологическими расстройствами	156	<i>Madjidova Y.N., Usmanova D.D., Nasimova S.O.</i> Hereditary diseases course with neuroophthalmological disorders
<i>Хайтов К.Н., Ахраров Х.Х.</i> Роль психодерматологии в современной медицине	161	<i>Khaitov K.N., Ahrarov H.H.</i> Role of ppsychodermatology in modern medicine
<i>Рузиев Ш.И., Бахриев И.И., Назиров С.Н.</i> Роль конституционально-морфологических типов человека при анализе патологии и их значение в судебной медицине	167	<i>Ruziev Sh.I., Bahriev I.I., Nazirov S.H.</i> Constitutional and morphological types of human at analysis pathology and their significance in forensic medicine
<i>Набиева Д.Д., Абдуллаев М.И., Мун А.В.</i> Клинические особенности проявления грибковых инфекций при ВИЧ инфекции у детей	173	<i>Nabieva D.D., Abdullaev M.I., Moon A.V.</i> Clinical features of fungal infections manifestations at children with HIV-infection



35. Paus R, Theoharides TC, Arck PC. Neuroimmunoendocrine circuitry of the 'brain-skin' connections. *Trends Immunol.* 2006;27:32–39.
36. Picardi A, Amerio P, Baliva G, Barbieri C, Teofoli P, Bolli S, et al. Recognition of depressive and anxiety disorders in dermatological outpatients. *Acta Derm Venereol.* 2004;84:213–7.
37. Ramirez JM. The integrative role of the skin in psychology, physiology, pathology, and neurobiology. *Prog Brain Res.* 2014;209:91–129.
38. Richards HL, Fortune DG, Weidmann A, Sweeney SK, Griffiths CE. Detection of psychological distress in patients with psoriasis: Low consensus between dermatologist and patient. *Br J Dermatol.* 2004;151:1227–33.
39. Saleh HM, Salem SAM, El-Sheshetawy RS, El-Samei AMA. Comparative Study of Psychiatric Morbidity and Quality of Life in Psoriasis, Vitiligo and Alopecia Areata. *EDOJ.* 2008;4:1–28.
40. Shenefelt PD. Psychological interventions in the management of common skin diseases. *Psychol Res Behav Manag.* 2010;3:51–63.
41. Silva MN, Silva RN, Soares GMT. Influência das dermatoses no psiquismo de pacientes dermatológicos. *Med Cut Iber Lat Am.* 2011;39:209–210.
42. Slominski AT, Zmijewski MA, Zbytek B, Tobin DJ, Theoharides TC, Rivier J. Key role of CRF in the skin stress response system. *Endocr Rev.* 2013;34:827–884.
43. Stahl JE, Dosssett ML, LaJoie AS, Denninger JW, Mehta DH, Goldman R, et al. Relaxation Response and Resiliency Training and Its Effect on Healthcare Resource Utilization. *PLoS One.* 2015;10:e0140212.
44. van Laarhoven AI, Walker AL, Wilder-Smith OH, Kroeze S, van Riel-PL, et al. van de Kerkhof PC. Role of induced negative and positive emotions in sensitivity to itch and pain in women. *Br J Dermatol.* 2012;167:262–269.
45. Vardy D, Besser A, Amir M, Gesthalter B, Biton A, Buskila D. Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *Br J Dermatol.* 2002;147:736–42.

Рузиев Ш.И., Бахриев И.И., Назиров С.Н.

## РОЛЬ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ТИПОВ ЧЕЛОВЕКА ПРИ АНАЛИЗЕ ПАТОЛОГИИ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ

Ташкентский педиатрический медицинский институт  
Ташкентская медицинская академия

В последние годы появляются, исследованные в области антропологии и судебной медицины посвященные взаимосвязи конституционального развития человека с функциональными системами организма, органами и их составляющими. Работами ряда исследователей показано наличие особенностей в строении систем, органов и части тела, обусловленные типом конституции индивидуума [1] и выявлены территориальные отличия в физическом статусе населения. Установлено, что клинические, лабораторные, рентгенологические проявления заболеваний органов пищеварительной, сердечно-сосудистой, мочеполовой, нервной систем, тяжесть их течения и прогноз тоже конституционально обусловлены [2].

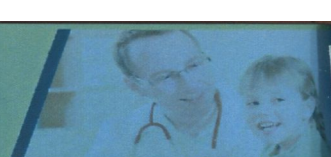
В настоящее время отсутствует общепринятая теория и классификация конституций. Многообразие подходов, предлагаемых разными специалистами, порождает множество оценок, определений конституции, отражает сложность проблем, стоящих перед конституциологией. На сегодняшний день наиболее удачным и полным определением конституции является следующее.

Конституция (лат. *constitutio* - состояние, устройство) - совокупность относительно устойчивых морфологических и функцио-

нальных свойств организма человека, обусловленных наследственностью (генотипом), продолжительными влияниями окружающей среды и определяющих своеобразие реактивных свойств организма. При этом основой конституции человека считается его генотип, поэтому конституционными являются те признаки, варьирование которых зависит в основном от генов, а не от внешних условий [3].

К оценке конституции существует два подхода: 1) выявление определенных внешних признаков, «стигм», наличие которых коррелирует с жизнеспособностью человека, определенными психическими качествами, склонностью к тем или иным заболеваниям [4]. Эта корреляция связана со сцепленной передачей большинства генов (так называемых неменделирующих) от родителей детям. Наибольшую информацию при этом можно получить при исследовании «мини-систем подобия» организма (ладонь, ступня, ушная раковина и др.); 2) оценка общей психосоматической конституции [5].

Исходя из этого, выделяют относительные и постоянные (абсолютные) конституциональные маркеры. Для абсолютных наличие или отсутствие устанавливается объективно и достоверно (антигены гистосовместимости, пальцевые узоры, группы крови, доминирую-



щая рука) [5]. Относительные маркеры - предмет условных экспертных оценок (тип темперамента, соматотип) [6].

Поскольку смысл теории конституции генетико-биологический, то эволюционные представления являются стержневыми в его определении. Эволюционный подход к антропогенезу конституциональных типов, очевидно, должен базироваться на представлениях об образовании стойких генетических и функциональных связей при различных психофизических типах. Их варибельность, в том числе и по биопсихологическим, поведенческим характеристикам, обеспечивает адаптивность человеческой популяции. Среда обитания и взаимодействие с ее биотическими факторами различных народов, климатогеографические условия проживания, способность к изменению уклада жизни накладывают устойчивые особенности на их психофизическую организацию [7].

Различая людей по длине и размерам тела, пропорциям их телосложения, частным конфигурациям мозгового и лицевого черепа, дистальным отделам конечностей, можно видеть значительную варибельность в их строении и в то же время характерную согласованность на уровне целостности общего строения типа, межиндивидуальную отличительность и типологическую повторяемость [8]. Аналогичным образом люди различаются по темпераментным характеристикам, по своим эмоциональным реакциям, скорости их протекания, психомоторной экспрессии, особенностям восприятия, мышления и т.п. Обе эти стороны выражения телесных и психических свойств и качеств человека находятся друг с другом в тесных биоэволютивных отношениях, определяющих соматопсихическую целостность человека, его конституцию [9].

Исходя из концепции организма как единого целого гипотеза о существовании отдельных конституционных типов, отличающихся особенностями организации и взаимодействия различных уровней организма, является вполне адекватной. При этом морфофенотип (синонимы: конституционально-морфологический тип, соматический тип, соматотип, тип телосложения) является макроморфологической подсистемой общей конституции.

Некоторые исследователи не считают соматотип частной конституцией [10], рядоположенной с биохимической, нейродинамической и другими функциональными компонентами

конституции, поскольку рассматривают роль соматотипа более значимо, как структурное, наиболее генетически детерминированное выражение конституции, образующее ее облигатный признак или основу. В этом плане особый интерес вызывает взаимоотношение телесной конституции, сенсорных систем и нейродинамики, в которой последняя выполняет роль связующего звена между биологическими подсистемами [11].

Если первый фенотипический уровень выражения конституции представлен хромосомами, то высший уровень фенотипической организации человека выражается его типом телосложения. Он является внешней, наиболее доступной исследованию и измерению, относительно устойчивой в онтогенезе и наследственно обусловленной подсистемой общей конституции и в целом отражает основные особенности динамики онтогенеза, метаболизма, общей реактивности организма и биопсихотипологии личности (темпераментные, энергодинамические, реактивные, витальные свойства). Из этого положения следует, что определение соматотипа — это лишь первая базисная основа для последующего анализа, поскольку он является схваченной на определенном отрезке онтогенеза застывшей формой определенной функции [12].

В соматотипе, во-первых, находят структурное закрепление те движущие силы, которые определяют особенности темпов роста и созревания, в том числе и системогенез мозга. Во-вторых, его обобщенная конструкция, компоновка всей постройки (пропорции телосложения), частности и детали сооружения (девиации строения тела) имеют большое значение для всей общей и частной медицины в плане индивидуализации анализа соматического и психического функционирования и их взаимосвязанных отношений.

Первой принципиальной позицией в современном учении о конституциях является то, что морфофенотип фактически и исторически является основным доступным измерению интегральным проявлением конституции [13].

Конституциональным можно считать тот признак, который имеет высокую генетическую детерминированность, высокую межиндивидуальную изменчивость, которая может выражать различия между индивидами, группами или субпопуляциями людей. При этом внутрииндивидуальная изменчивость должна быть в стабильную фазу онтогенеза относи-



тельно низкой [14]. В связи с этим считают, что в клинической антропологии следует использовать антропометрическую технику, основанную на костных, остеометрических измерениях [15]. Жировая и мышечная компоненты хотя и коррелируют с длинными и широкими размерами тела, но их внутрииндивидуальный размах вариабельности достаточно высок в связи с питанием, образом жизни, профессией, физической культурой, болезнями и т.д. [16]. Поэтому их включение в определение типа телосложения менее обоснованно, хотя во многих конституциональных классификациях и схемах они используются.

При построении схем телесной конституции в качестве критериев используют пропорции, состав и тотальные размеры тела. Эти показатели выступают как легко наблюдаемый уровень целостного организма. В настоящее время в литературе описано огромное количество схем соматоморфотипологической диагностики. Однако, несмотря на все разнообразие существующих классификаций соматотипов, обнаруживается принципиальное сходство выделяемых типов [17].

По данным некоторых авторов, изучавших практически здоровых детей в возрасте шести лет, среди мальчиков преобладал астенический тип, а среди девочек – торакальный [17]. Многочисленными исследованиями показано, что такая картина обуславливается взаимосвязью между особенностями телосложения и обменом веществ, эндокринными показателями, индивидуально-психологическими качествами личности. В частности, выявлено, что у разных соматотипов процессы роста, развития и дифференцировки тканей организма рассогласованы по времени. А именно, при дигестивном типе (гиперстении, брахиморфии) процессы роста и созревания организма ускорены, активизированы или “спрессованы” во времени, а при астении (лептосомии, долихоморфии), напротив, эти процессы хронологически растянуты или замедлены.

Поэтому быстрее всего растут и развиваются дети дигестивного типа, и уже к 15 годам они могут достичь своих окончательных размеров с продолжительностью данного процесса на 1-2 года раньше, чем у представителей двух других типов. Тогда как дети торакального типа продолжают расти еще в 17-18 лет, а юноши – порой даже до 20-22 лет [18].

Представители других соматотипов также отличались друг от друга по темпам роста

тела в длину и срокам созревания организма. По данным комплексного антропометрического анализа здоровых юношей в возрасте 17-21 лет показано, что для представителей грудного и неопределенного соматотипов характерен активный рост тела в длину до 21 года, а для мускульного и брюшного типов телосложения этот процесс прекращается в 17-19 летнем возрасте [19].

Конституциональная принадлежность ребенка во многом определяет и скорость дифференцировочных процессов на разных этапах его индивидуального развития. Так, представители астеноидного и торакального типа достигают половой зрелости позднее других, хотя пубертатный скачок роста проходит в те же сроки, что и у представителей мышечного типа [20]. Темп полового созревания у них происходит сравнительно медленно, а наступление половой зрелости отодвинуто к дальней границе этого возрастного интервала. Половое созревание у подростков мышечного и дигестивного типов завершается в среднем на 1,5-2 года раньше. Широкий разброс индивидуальных вариантов темпов развития приводит к тому, что календарный (паспортный) возраст и биологический возраст (уровень морфофункционального развития) могут довольно существенно расходиться [21].

Опережающее созревание репродуктивной функции у мужчин мускульного и у женщин пикнического типов обычно наблюдается в противоположность астеникам обоего пола, что в целом согласуется с относительно повышенным уровнем половых гормонов у первых и пониженным – у вторых. Так, позднее наступление менархе (15-17 лет), по данным ряда авторов, характерно для астеничек и весьма редко встречается у мезосомных и мегалосомных женщин. При этом выявлено, что нарушения репродуктивной функции наиболее свойственны лептосомным и эурипластическим типам женщин, т.е. крайним вариантам телосложения [22].

Тесная связь конституциональной принадлежности с темпами развития и старения была неоднократно подтверждена. Благодаря такому физиологическому явлению, как начало и прекращение менархе, это особенно отчетливо проявлялось у женщин. Так, у астенических женщин, по сравнению с пикническими, ранний климакс (до 40 лет) встречался в несколько раз чаще, и напротив, сравнительно поздний климакс (50 лет и старше) отмечен у более





80% пикничек и второе реже – у астеничек.

По-видимому, у мужчин отсутствуют явления полностью аналогичные женскому климаксу, поскольку функция гонад и уровень тестостерона снижаются более постепенно. Однако некоторый сдвиг соотношения эстрадиол/тестостерон в сторону эстрадиола (эстрогенизация) и повышение содержания в крови гонадотропных гормонов у них все же был выявлен, но в меньшей степени, чем у женщин. Пока роль конституционального фактора для мужчин остается недостаточно ясной, хотя и у них имеются некоторые данные о связи темпов старения с конституцией [23].

Половой диморфизм проявляется, прежде всего, в общих (габаритных) размерах тела. В различных популяциях Земного шара разница в длине тела составляет в среднем 9-10 см (эта величина соответствует 1,5σ – среднего квадратического отклонения) [14]. Примерно того же масштаба половые различия и в весе тела. О природе полового диморфизма в размерах тела человека нет единого мнения. Предполагается, что рост – полигенный признак, определяющийся большим числом аллелей различных локусов кумулятивного действия, располагающихся, вероятно, в X-хромосоме; в итоге имеет место плейотропный (множественный) эффект [7].

Наконец, возможно, что выраженность полового диморфизма человека зависит и от условий жизни: известно, что мужчины сильнее, чем женщины, реагируют на неблагоприятные факторы среды.

Половой диморфизм в пропорциях тела можно выявить разными способами, например, сравнением мужчин и женщин одинакового роста (как низкорослых, так и высокорослых). Такие исследования показали, что при одинаковой длине тела у мужчин выше отношение длины рук и ног (интермембральный указатель), у них больше обхват грудной клетки, а ширина таза и тазо-плечевой индекс больше у женщин [24].

Выявлено, что костно-мышечный компонент лучше развит у мужчин, а жировой – у женщин. Половые различия намечаются уже у новорожденных, но становятся хорошо заметными в заключительной фазе нейтрального детства (6-7 лет) и особенно отчетливы в пубертатном периоде. В это время содержание жира у мужчин уменьшается с 22,6 до 17,3%, а у женщин увеличивается от 18,2 до 25,7% от общего веса тела. Обычный размах полового

диморфизма составляет около 9% [25]. Особое значение имеет половой диморфизм в топографии подкожного жира. «Андронидный» (мужской) тип характеризуется преимущественным сосредоточением жира в области туловища и некрупными жировыми клетками, легко набирающими и теряющими жир, тогда как у «гиноидного» (женского) типа жировые клетки, обычно более крупные и стабильные метаболически, расположены не только в области живота, но и на бедрах и ягодицах. Оба типа встречаются и у мужчин, и у женщин, как в норме, так и при ожирении, но с разной частотой. Типичный мужской («верхний») вариант, называемый также центральным (центрипетальным), чаще встречается у более старших мужчин, со значительным развитием мезоморфного компонента; максимальное жиросложение у мужчин наблюдается обычно в подлопаточной области [26]. У женщин типичный (нижний) вариант жиросложения характеризуется наибольшим уровнем женских половых гормонов [27], а противоположный (мужской) тип ассоциируется у них с повышенной частотой нарушений обмена веществ и является фактором риска. У таких «андронидных» женщин выше содержание липидов крови, они хуже переносят повышение сахара в крови, сильнее реагируют на физическую нагрузку, у них лучше развита мышечная масса. По всем этим показателям «андронидные» женщины сходны с мужчинами. К числу соматических признаков, в которых наиболее проявляется половой диморфизм, относятся также форма позвоночника (у женщин обычно лучше выражен поясничный изгиб), живота (у женщин длиннее), таза (у женщин более широкий и наклоненный), грудной клетки (у женщин короче и уже), кисти (у женщин более узкая) и др. [28].

В медицине традиционным представлением и укоренившейся, трудно преодолимой точкой зрения является позиция о предрасположенности определенных конституциональных типов телосложения к тем или иным заболеваниям. Эти взгляды кратко можно определить следующим образом: конституция в таком понимании приравнивается к диатезу и отражает предрасположенность к болезням, а различия в типах телосложения при той или иной болезни доказывает тропизм определенных болезней к тому или иному типу телосложения. Уже более века считается, что «апоплектический» гипертенический habitus предрасполагает к



артериальной гипертензии и кровоизлиянию в мозг; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки преобладает у пациентов с астеническим типом телосложения; шизофрения проявляет тропизм к астенической конституции. Этот ряд можно продолжить, но здесь речь идет о многофакторных заболеваниях, которые часто рассматриваются в рамках концепции диатез-стресса [29, 30].

Позиция рассмотрения конституции как предрасположенности, диатеза к определенным заболеваниям остается во многих дисциплинах до сих пор.

Ярким примером может служить точка зрения Э. Кречмера о тропизме шизофрении к астеническому типу телосложения [31]. Соответственно представлениям о полигенном наследовании шизофрении с определенного порогового значения ряд шизоидных личностей заболевают шизофренией, а циклоидных – маниакально-депрессивным заболеванием. Степень актуальности этой проблемы была настолько велика, что научная группа экспертов ВОЗ высказала рекомендацию о целесообразности проведения клинко-антропометрических исследований шизофрении в разных странах мира с целью уточнения связи шизофрении и астенического типа телосложения [32]. По результатам некоторых исследований стало ясно, что шизофренией может заболеть человек как астенического (лептосомного), так и гиперстенического (пикнического) типа телосложения с равной вероятностью. Однако при анализе типов течения шизофрении, отражающих конституциональную реактивность, были получены данные относительно их выраженных различий.

Выявлено, что непрерывное течение с нарастанием негативной симптоматики с высокой вероятностью наблюдается при астеническом соматотипе, а приступообразное течение без выраженной негативной симптоматики преобладает при гиперстеническом типе телосложения. И тот, и другой варианты течения равновероятно встречаются у больных с нормостеническим соматотипом. И надо подчеркнуть, что прогрессирующие непрерывно протекающие неблагоприятно типы течения и приступообразные, протекающие относительно благоприятно количественно сбалансированы полярными конституционально-морфологическими типами. То есть определенному числу благоприятно протекающей шизофрении на гиперстеническом полюсе соответству-

ет примерно такое же число неблагоприятно протекающей шизофрении при астеническом типе телосложения.

Как показали многочисленные исследования этого направления, многие заболевания подчиняются тем же закономерностям в клинко-конституциональных взаимосвязях. Следовательно, конституционально обусловленный клинический полиморфизм носит универсальный характер и должен быть изучен при разнообразных патологических состояниях [33].

Исследование язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) в аналогичной клинко-антропометрической модели для изучения закономерностей динамики болезней, имеющих многофакторную детерминацию, также показало отсутствие тропизма этого заболевания к астенической конституции. Наряду с этим соматотипологической основой прогрессирующего течения ЯБЖ и ДПК с высоким уровнем вероятности (99,9%) оказался астенический тип телосложения [34].

На основе анализа результатов линейной регрессии разработан количественный подход к оценке зависимости возраста наступления инсульта от антропометрических показателей. Согласно предложенной модели исследования конституциональной дифференциации возрастной и половой изменчивости возраста ко времени возникновения инсульта получены значимые различия по возрасту возникновения инсульта в зависимости от соматотипических особенностей пациентов с одинаковой закономерностью для обоих полов. У пациентов астенического соматотипа инсульт возникает в более молодом возрасте, что определяет более неблагоприятное развитие церебрально-сосудистой патологии [35]. Инфаркт миокарда чаще встречается у людей с большим весом по отношению к росту.

Известны две клинические формы диабета. Одна из них проявляется в молодом возрасте, другая характерна для средних возрастных групп. У больных поздней формой диабета более выражен эндоморфный компонент, чем у больных ранней формой [36].

Таким образом, накопленный исследовательский и теоретический опыт доказывает состоятельность выделения основных конституционально-морфологических типов при клиническом анализе ряда заболеваний. Выявление повторяющихся по общепатологиче-



ской логике конституционально-зависимых проявлений клиники и течения при различных заболеваниях могут быть расценены как обнаружение новой закономерности в учении о болезнях – конституциональной детерминации клинического полиморфизма соматических, психических и поведенческих расстройств [37]. Сущность этой закономерности заключается, во-первых, в том, что вся совокупность клинических проявлений болезни, включая формы, типы течения и другие ее основные характеристики, имеют качественные отличия в различных соматотипических группах больных; во-вторых, тенденции к относительно благоприятному или неблагоприятному

течению патологии количественно сбалансированы полярными морфофенотипами конституции: астеническим и гиперстеническим. Вместе с тем необходимо отметить, что конституциональная или морфофенотипическая зависимость возникновения, развития и течения заболеваний можно приурочить и к повреждениям – травмам, хотя бы с позиции оценки их тяжести, прогноза течения и последствий, что делает последнее весьма заманчивым с точки зрения судебно-медицинской экспертизы. Однако, морфофенотипические особенности человека с позиции травматологии, в том числе судебно-медицинской требует проведения дальнейших исследований.

### Литература

1. Петренко В.М. Конституция лимфатической системы. – СПб: изд-во ДЕАН, 2014.
2. Деревцова С.Н. Антропометрическая характеристика пропорциональности телосложения жителей г. Красноярска. *Морфология*. 2010;1:48-53.
3. Passekov VP. On theoretical principles of constitution typology. *J Physiol Anthropol Appl Human Sci*. 2005 Jul; 24(4): 477-81.
4. Reis VM, Machado JV, Fortes MS et al. Evidence for higher heritability of somatotype compared to body mass index in female twins. *J Physiol Anthropol*. 2007Jan; 26(1): 9-14.
5. Негашева М.А. Взаимосвязи соматических, дерматоглифических и психологических признаков в структуре общей конституции человека с позиции системного подхода. *Морфология*. 2008;1:73-77.
6. Харламов Е.В. Конституционально-типологические закономерности взаимоотношения морфологических маркеров у лиц юношеского и первого периода зрелого возраста. Автореф. дис ... докт. мед. наук. Волгоград-2008.
7. Петренко В.М. Общая конституция человека и ее типы. Невральный аспект проблемы. *Advances in current natural sciences* 2015;1:584-587.
8. Zaitseva V, Son'kin V. Statistical and physiological distinction of constitution types. *J Physiol Anthropol Appl Human Sci*. 2005 Jul; 24(4): 327-31.
9. Петренко В.М. Общая конституция человека и ее типы. Вазогемальный аспект проблемы. *Международ. журнал приклад. и фундамент. исслед-й*. 2014;11(2):291-294.
10. Корнетов Н.А. Концепция клинической антропологии в медицине. *Бюлл. сиб. мед.* 2008;7-30.
11. Петренко В.М. Устройство организма у человека и высших животных. *Успехи соврем. естествознания*. 2014;2:32-35.
12. Петренко В.М. Квазисегментарное устройство тела человека. *Международ. журнал приклад. и фундамент. исслед-й*. 2014;8:59-62.
13. Николаев В.Г. Конституциология и современная биомедицинская антропология. Актуальные проблемы морфологии. Под ред. проф. Н.С.Горбунова. Красноярск: Изд-во КрасГМА. 2005:12-18.
14. Николаев В.Г. Методические подходы в современной клинической антропологии. *Biomedical & Biosocial Anthropology*. 2007;9:1-2.
15. Никитюк Д.Б., Николенко В.Н., Хайруллин Р.М. и др. Антропометрический метод и клиническая медицина. *Журнал анатомии и гистопатологии*. 2013; 2(4):10-14.
16. Кондрашев А.В., Чаплыгина Е.В., Харламов Е.В. Компонентный состав тела как морфологическое отражение адаптационных возможностей организма человека. *Морфология*. 2008;2:66.
17. Жуков С. Ю. Типы телосложения у детей и подростков по данным компьютерной оптической топографии: автореф. дисс. ... к.м.н. Новосибирск, 2005.
18. Gunstad J, Spitznagel M, Paul R et al. Body mass index and neuropsychological function in healthy children and adolescents. *Appetite* 2008; 50 (2-3): 246-51.
19. Прокопьев А. Н. Длиннотные и поперечные размеры тела юношей различных типов конституции с переломами костей голени. *Альманах современной науки и образования*. 2009;5(24):109-112.
20. Lizana P, Almagia A, Simpson C et al. Changes of somatotype in high school students, V region, Chile: 1985-2010. *Nutr Hosp* 2012; 27(1): 270-5.
21. Полисмак О.В. Характеристика анатомических компонентов соматотипа лиц юношеского и первого периода зрелого возраста в норме и при некоторых заболеваниях органов пищеварительной системы: автореф. дисс. к.м.н. Волгоград, 2005.
22. Порошина Н.И. Анатомо-антропологическая характеристика женщин при эндокринной форме бесплодия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2000.



23. Добровольский Г.А., Григорьян Д.Г., Магомедов Т.Б. Антропометрическая характеристика мужчин в возрасте 17 лет. *Морфология*. 2009.;4:51.
24. Almeida AH, Santos SA, Castro PJ et al. Somatotype analysis of physically active individuals. *J Sports Med Phys Fitness*. 2013 Jun; 53(3):268-73.
25. Guryeva AB, Alekseyeva VA, Petrova PG. Gender features of the anthropometric, cephalometric and bioimpedance parameters in the students of Yakutia. *Wiad Lek*. 2015; 68(4): 513-6.
26. Никитюк Д.Б., Николенко В.Н., Хайруллин Р.М. и др. Антропометрический метод и клиническая медицина. *Журнал анатомии и гистопатологии*. 2013;2(2):10-14.
27. Василенко Л.В. Особенности течения предменструального синдрома у женщин разных соматотипов. Автореф. дис. ... канд. мед. наук: Российский ун-т дружбы народов. М., 2002.
28. Капустина Е.В. Клинико-конституциональная характеристика женщин с коморбидностью остеоартроза и остеопороза. Автореф. дис... канд.мед.наук. Красноярск, 2013.
29. Pailhez G, Rosado S, Baeza-Velasco C, Bulbena A. Ectomorphic somatotype and joint hypermobility are linked in panic and agoraphobic patients: a case-control study. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2014 Jun; 18(2): 112-7.
30. Salivon I, Polina N. Constitution and reactivity of the organism. *J. Physiol Anthropol Appl Human Sci*. 2005 Jul; 24(4): 497-502.
31. Кречмер Э. Строение тела и характер. М.: Педагогика-Пресс, 1995:331-598.
32. Sivkov S, Akabaliev V, Nikolova Y. Somatotypic characteristic of schizophrenic patients. *Folia Med (Plovdiv)*. 2005; 47(2):29-38.
33. Koleva M, Nacheva A, Boev M. Somatotype and disease prevalence in adults. *Rev Environ Health* 2002; 17(1): 65-84.
34. Белобородова Э.И., Корнетов Н.А., Загрямова Т.А. Частота возникновения и особенности течения язвенной болезни у лиц с разным конституциональным морфофенотипом. *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 1995;1:40-45.
35. Катаева Н.Г., Корнетов Н.А., Левина А.Ю. Клинические особенности проявления инсульта в зависимости от морфофенотипа конституции. *Biomedical & Biosocial Anthropology*. 2007;9:243-244.
36. Baltadjiev AG, Vladeva SV. Correlations between human somatotype components and some anthropometric parameters in male patients with type 2 diabetes mellitus. *Folia Med (Plovdiv)*. 2014 Jul-Sep; 56(3):175-81.
37. Десятова Л.Ф., Корнетов Н.А., Балашева И.И. Конституциональный тип – предиктор клиники и течения острого лимфобластного лейкоза. *Biomedical & Biosocial Anthropology*. 2007;9:237-238.

Набиева Д.Д., Абдуллаев М.И., Мун А.В.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ГРИБКОВЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Как и в других странах СНГ, эпидемия в Узбекистане началась с 1987 года. До 2000 года эпидемию можно было расценивать, как начальную. С 2000 года зарегистрирован резкий рост эпидемии. По данным государственных источников, число вновь выявленных лиц, живущих с ВИЧ возросло в 2 раза за 5 лет.

Известно, что более 90% случаев ВИЧ-инфекции в детском возрасте является результатом перинатальной трансмиссии, то есть инфицирование происходит в результате передачи ВИЧ от матери к ребенку во внутриутробном периоде, в родах и при грудном вскармливании. Риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время родоразрешения больше, чем во время беременности [Бондарь С.Н., с соавт., 2013].

Клиническая картина заболевания при ВИЧ-инфекции у детей развивается быстрее, более злокачественна и труднее поддается лечению [Рахманова А.Г., с соавт., 2013]. ВИЧ-инфекция представляет собой заболева-

ние, характеризующееся развитием синдрома приобретенного иммунодефицита, способствующего возникновению вторичных инфекций и злокачественных образований в результате угнетения иммунитета организма.

Спектр поражений кожи и слизистых оболочек при ВИЧ-инфекции чрезвычайно широк. Условно можно выделить три основные группы дерматозов: инфекционные (вирусные, бактериальные, микотические, протозойные), неинфекционные (папуло-сквамозные, сосудистые, токсико-аллергические) и неопластические (саркома Капоши, спиноцеллюлярные эпителиомы, В-клеточные лимфомы) [Захарова Ю.В. с соавт., 2014; Дашук А.М., с соавт., 2018; Aggerbeck H, et al., 2018].

ВИЧ – нестойк во внешней среде, быстро погибает вне организма носителя, чувствителен к воздействию температуры (погибает через 10 минут при нагревании до 70-80 °С). Однако хорошо сохраняется в крови и ее препаратах. Антигенная структура вируса