



# АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

## ZAMONAVIY TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

YOSH OLIMLAR XALQARO ANJUMANI

## ACTUAL PROBLEMS OF MODERN MEDICINE

INTERNATIONAL CONFERENCE OF YOUNG SCIENTISTS



ACTUAL PROBLEMS  
OF MODERN MEDICINE

14 апрель 2023 года,  
г.Ташкент

ции главных четырех синдромов, присущих ГВ: кожный геморрагический синдром был выявлен у 15,5±2,8% детей, кожно-суставной – у 18,5±3,0% ребенка, кожно-суставно-абдоминальный – у 26 (15,5±2,8%), кожно-почечный – у 5,4±1,7%, кожно-суставно-почечный – у 5,4±1,7%, кожно-абдоминальный – у 4,2±1,5%, кожно-абдоминально-почечный – у 8,4±2,1%, совокупность 4-х синдромов – у 27,0±3,4%. Частота развития нефрита у детей разного пола достоверно не различалась и составила 42,5±5,3% у девочек и 50,0±5,6% мальчиков. Распределение мальчиков и девочек с нефритом по возрасту также не имело существенных различий. Возраст детей с нефритом составил от 3 до 15 лет (девочки  $M\pm m=8,65\pm 3,10$  г,  $M\pm m=8,25\pm 3,58$ г). Соотношение количества мальчиков и девочек в возрасте до 7 лет, от 7 до 12 лет и старше 12 лет составило соответственно 50,0±7,9%:43,2±8,1% ( $p>0,05$ ); 30,0±7,2%:43,2±8,1% ( $p>0,05$ ); 20,0±6,3%:13,5±5,6% ( $p>0,05$ ). Неблагоприятным мы считали течение ГВ: 1) в случаях наличия у пациентов нефрита, с учетом определяющей роли почечного поражения для возможного неблагоприятного прогноза ГВ, что отмечалось у 79,4±4,1% детей; 2) при длительном (более 6 месяцев) персистировании или частом рецидивировании (3 и более раз в год) кожного геморрагического синдрома, что отмечалось у 20,6±4,1% детей. Благоприятным считали течение ГВ в тех случаях, когда при отсутствии признаков поражения почек, проявления заболевания купировались до истечения 6 месяцев от момента дебюта или в последующем были редкие рецидивы кожного синдрома в виде единичных петехий не чаще 2 раз в год. Таким образом неблагоприятное течение ГВ в нашем исследовании наблюдалось у 58,1±3,8%, благоприятным течение ГВ было у 41,9±3,8%.

**Вывод.** Течение и исходы геморрагических васкулитов у детей существенно варьируют. Доля пациентов с неблагоприятным течением заболевания среди госпитализированных в стационар составляет до 58,1%, что обусловлено развитием нефрита (у 79,4% из них) и/или непрерывным рецидивированием кожного геморрагического синдрома (у 20,6% из них).

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С УРОВНЕМ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ**

Арипова Н.А., Джураева Э.Р., Ганиева Н.А., Зияева Ф.К., Бердиева Д.У.

*Ташкентская медицинская академия*

**Цель.** Изучить взаимосвязь различных вариантов течения системной склеродермии с уровнем провоспалительных цитокинов (ИЛ-4).

**Материалы методы.** Обследовано 60 больных ССД в возрасте от 18 до 50 лет 45 жен и 15 муж в возрасте старше 18 лет, находившихся на стационарном лечении в ревматология и артрологическом отделении 1-клиники Ташкентской медицинской академии. Длительность заболевания составляла в среднем 8,22±7,1 лет. У 45 больных имела место лимитированная форма ССД (лССД) и у 15 - диффузная (дССД). Все больные дССД и лССД отвечали диагностическим критериям EULAR/EUSTAR 2013 г. Помимо клинической характеристики кожной, сосудистой и висцеральной патологии, у всех больных определяли иммунологические (РФ методом латексагглютинации, иммунофлюоресцентным методом антицентромерные антитела, антитела к Scl-70 и общеклинические показатели крови (СОЭ, С-реактивный белок, общий белок и белковые фракции, креатинин). ИЛ-4 определяли в сыворотках больных непрямым твердофазным иммуноферментным методом.

**Результаты.** Все больные имели характерную для ССД периферическую и висцеральную симптоматику, включавшую поражение кожи (плотный отек - у 24 больных, индурация - у 14, средний кожный счет - 8,1 ±7,3 балла), сосудистую патологию (синдром Рейно у всех больных, трофические сосудистые нарушения - у 24), поражение опорно-двигательного аппарата (артрит - 9, миозит -2, мышечная сла-



бость - 5) и внутренних органов (склеродермическое поражение пищевода -31, легких - 29, сердца -24, почек - 1, легочная гипертензия - 8). При сравнительном анализе отмечено, что ИЛ-4 значительно чаще выявлялся в группе больных с меньшей длительностью заболевания, прогрессирующим течением ССД, поражением кожи в стадии плотного отека. У 30% больных обнаружены ССД специфические аутоантитела: Scl-70 (20%) или антицентромерные антитела (15%).

**Закключение.** Результаты исследования подтверждают клиническое значение ИЛ-4 при ССД может рассматриваться как маркер активной фазы фиброзного процесса. На основании повышения его уровня в крови возможно выделение больных с прогрессирующим течением заболевания, нуждающихся в применении иммуносупрессивной терапии и в дальнейшем использования сывороточного уровня ИЛ-4 в мониторинге прогрессирования ССД.

## АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Атамухамедова Д.М., Джалалова Н.А.

### *Ташкентский педиатрический медицинский институт*

**Актуальность.** Большинство из коронавирусов, как правило, вызывает респираторные заболевания лёгкого течения, однако вспышки заболеваемости коронавирусной инфекцией с летальными исходами периодически появлялись в течение последних десятилетий (тяжелый острый респираторный синдром — коронавирус SARS-CoV в 2002 году и Ближневосточный респираторный синдром — коронавирус MERS-CoV в 2012 году).

**Материалы и методы.** Было проведено комплексное клиничко-инструментальное (МСКТ, рентгенографии), обследована 64 больных, в возрасте от 35 до 63 лет, с ПЦР подтвержденным диагнозом «COVID-19». Клинический диагноз больных было установлено на основании данных эпидемиологического анамнеза, клинического обследования и результатов лабораторных исследований.

**Результаты обсуждения.** Было выявлено клиника по тяжести течения разделялась следующим образом: в 40% случаев наблюдалось «легкое» течение без каких-либо симптомов пневмонии, еще у 40% пациентов имелись “умеренные» проявления, т.е. средней степени тяжести с симптомами вирусной пневмонии, у 15% заболевание имело тяжелое, а у 5% - критическое течение. В течение болезни 10-12% случаев, которые первоначально представлялись как легкая или умеренная болезнь, прогрессировали до тяжелой, а 15-20% тяжелых случаев в конечном итоге становились критическими. Среднее время от начала появления симптомов заболевания составило 5-6 дней. Пациенты с легкими случаями заболевания выздоравливают в течение 2 недель, в то время как пациентам с тяжелыми инфекциями может потребоваться 3-6 недель для выздоровления.

Наиболее распространенной клинической находкой была лихорадка (98%), за которой следовали кашель (76%), и миалгия/усталость умерших (44%). Головная боль, выделение мокроты и диарея встречались реже. Клиническое течение характеризовалось развитием одышки у 55% больных и лимфопении у 66%. Все пациенты с пневмонией имели аномальные результаты визуализации легких. Острый респираторный дистресс-синдром развился у 29% пациентов [44], гипоксемия (снижение SpO<sub>2</sub> менее 88%) развивалась более чем у 14 (41,2%) наблюдаемых больных при КТ- сканировании легких симптом «матового стекла» был наиболее частым диагностическим признаком. К основным клиническими симптомами были: высокая температуру  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  (>90%); кашель, сухой или с небольшим количеством мокроты (91%); одышку с ЧДД >22 в мин (34%). При этом пациенты, в том числе при отсутствии гипертермии указывали на: миалгию, утомляемость, слабость (44%); ощущения заложенности в грудной клетке (>27%); подавление настроения

|  |     |
|--|-----|
| Арипова Н.А., Джураева Э.Р., Ганиева Н.А., Зияева Ф.К., Бердиева Д.У. ВЗАИМОСВЯЗЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С УРОВНЕМ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ                                   | 87  |
| Атамухамедова Д.М., Джалалова Н.А. АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ  | 88  |
| Афанасьева С.В., Данилова А.В., Королев А.А., Афанасьева И.Г. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ ВИТАМИНА D В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ВУЛЬГАРНЫМИ УГРЯМИ  | 89  |
| Афанасьева С.В., Данилова А.В., Афанасьева И.Г. ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА МЕЛАНОМЫ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ (ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ)  | 90  |
| Ахмедова Н.А., Касимова М.Б., Алиева К.К. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ  | 91  |
| Анварова Р.А; Давлатбоев М.Т. ВЛИЯНИЕ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА  | 91  |
| Байкулов А.К. ИНТЕНСИВНОСТЬ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА  | 92  |
| Ганиева Н.А., Джураева Э.Р., Арипова Н.А., Зияева Ф.К. ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ   | 93  |
| Гиясов А.Б., Низомов Н.А., Каландарова С.Х., Муратов Ф.Х. ОЦЕНКА ДНЕВНОЙ СОНЛИВОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИПАДКАМИ ВО ВРЕМЯ СНА  | 94  |
| Йулдашев Ш.М., Мамадалиев Х.Д., Махмудов Н.И. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА   | 95  |
| Йулдашев Ш.М., Махмудов Н.И., Вакасов Г.Г. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ  | 96  |
| Йулдашев Ш.М., Махмудов Н.И., Ганиев С.С. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ У БОЛЬНЫХ С ОТЕКОМ ЛЕГКИХ В ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ  | 97  |
| Кенжаев Л.Т. Ибрагимов Н.К. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ И КАЛЛИДИНОГЕНАЗЫ (ТКАНЕВОГО КАЛЛИКРЕИНА) НА ТЯЖЕСТЬ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ | 98  |
| Ловкис А.А., Реверчук И.В. КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ АГРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И СПЕЦИФИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ В ПЕРИОД КАРАНТИНА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ               | 99  |
| Мамасиддикова С. Б., Мирхамидов М.В., Набиева Д.А., Хидоятлова М.Р. КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА  | 100 |
| Махмудов Н.И., Эгамбердиева Г.Т., Рахматова Ф.У. ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАВИКСА (КЛОПИДОГРЕЛ) У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ОКС) НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В Г. ФЕРГАНЫ  | 101 |
| Мингбаева С.Т. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА  | 102 |
| Мирзажоннова Г.С., Пулатова Ш.Б., Набиева Д.А. ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ  | 103 |
| Мусаева Ю.А., Турсунов Х.З., Рахимбаева Г.С., Мусавев С.М., Омонова З.Б. КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ОСТРЫХ ИНСУЛЬТАХ КАРДИОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ   | 103 |