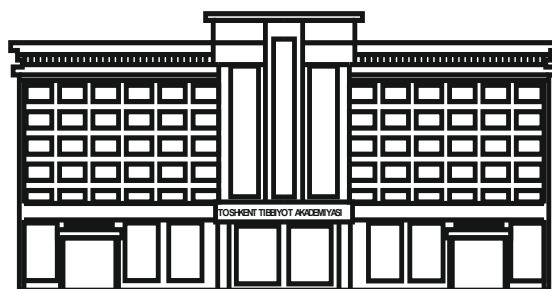


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2023 №8

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

*редакционно-издательского отдела
Ташкентской медицинской академии*

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года

регистром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии

с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

*Отпечатано на ризографе
редакционно-издательского отдела ТМА.
100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.*

Вестник ТМА № 8, 2023
РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

Члены редакционноого совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

Herald TMA №8, 2023

EDITORIAL BOARD

Editor in chief

prof. A.K. Shadmanov

Deputy Chief Editor

prof. O.R. Teshayev

Responsible secretary

prof. F.Kh. Inoyatova

EDITORIAL TEAM

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

prof. Jae Wook Choi (Korea)

academician Karimov Sh.I.

prof. Tatyana Silina (Ukraine)

academician Kurbanov R.D.

prof. Lyudmila Zueva (Russia)

prof. Metin Onerc (Turkey)

prof. Mee Yeun (Korea)

prof. Najmutdinova D.K.

prof. Salomova F.I.

prof. Sascha Treskatch (Germany)

prof. Shaykhova G.I.

EDITORIAL COUNCIL

DSc. Abdullaeva R.M.

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Khamdamov B.Z. (Bukhara)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Mamatkulov B.M. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagzatova B.X. (Tashkent)

*Journal edited and printed in the computer of Tashkent
Medical Academy editorial department*

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M.N. Aslonov

Russian language editor: O.A. Kozlova

Uzbek language editor: M.G. Fayzieva

English language editor: A.X. Juraev

Corrector: Z.T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

*Publication registered in editorial and information
department of Tashkent city*

Registered certificate 02-00128

*Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30 of
December 2013 in Medical Sciences DEPARTMENT OF SUPREME ATTESTATION*

COMMISSION

COMPLETED MANUSCRIPTS PLEASE SEND following address:

*2-Farobiy street, 4 floor room 444. Administration building of TMA.
Tashkent. 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi, 4-qavat,
444-xona.*

Contact number: 71- 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru. rio@tma.uz

Format 60x84 1/8. Usl. printer. l. 9.75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

<i>Рахманова Л.К., Ганиева М.Ш., Маджидова Н.М., Болтабоева М.М. КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ</i>	<i>Rakhmanova L.K., Ganieva M.Sh., Madjidova N.M., Boltaboeva M.M. CLINICAL AND GENETIC FEATURES OF THE COURSE OF HEREDITARY NEPHROPATHIES IN CHILDREN IN THE CONDITIONS OF THE FERGANA VALLEY</i>	85
<i>Sag'dullaev N.N., Toshboyev I.N., Shoximardonov Sh.I. BOLALARDA ZO'RAKI KALA-MIYA TUZILMALARI JAROHATLANISHLARINING SUD-TIBBIY TAVSIFI</i>	<i>Sagdullaev N.N., Toshboev I.N., Shokhimardonov Sh.I. FORENSIC MEDICAL DESCRIPTION OF VIOLENT TRAUMATIC BRAIN INJURY IN CHILDREN</i>	90
<i>Файзиева У.Р., Нормаматов Д.Х. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ, У ДЕТЕЙ</i>	<i>Fayzieva U.R., Normamatov D.Kh. THE FREQUENCY OF OCCURRENCE OF DISEASES OCCURRING WITH BRONCHO-OBSTRUCTIVE SYNDROME IN CHILDREN</i>	93
<i>Файзиева У.Р., Сайфиддинова М.С. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</i>	<i>Fayzieva U.R., Sayfiddinova M.S. CLINICAL AND ANAMNESTIC CHARACTERISTICS OF BRONCHIAL ASTHMA IN SCHOOL-AGE CHILDREN</i>	96
<i>Хожиев Д.Я., Туракулов Н.Ч. ПОСЛЕДСТВИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗ, ВЕСЕННИЙ КАТАР И КРЫЛОВИДНОЕ ТЕЛО</i>	<i>Khozhiev D.Ya., Turakulov N.Ch. CONSEQUENCES OF CHRONIC ALLERGIC EYE DISEASE, SPRING CATARRH AND PTERYGOID BODY</i>	99
<i>Хонов С.Ш. ВАКУУМ-ТЕРАПИЯНИ ҚЎЛЛАШ ЁРДАМИДА ФУРНЬЕ ГАНГРЕНАСИНИ ДАВОЛАШ</i>	<i>Xonov S.Sh. TREATMENT OF FURN'S GANGRENE USING VACUUM THERAPY</i>	101
<i>Хонов С.Ш. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОЛЛАРДА ФУРНЬЕ ГАНГРЕНАСИНИ КЕЧИШИ</i>	<i>Xonov S.Sh. RESOLUTION OF FOURNIER GANGRENE IN PATIENTS WITH DIABETES</i>	103
<i>Xoshimova N.Sh., Xodjibekova Y.M., Xoshimova S.Sh. OG'IZ BO'SHLIG'I XAVFLI O'SMALARINI TASHXISLASHDA MULTISPIRAL KOMPYUTER TOMOGRAFIYASINING O'RNI</i>	<i>Khoshimova N.Sh., Khodzhibekova Yu.M., Xoshimova S.Sh. THE ROLE OF MULTISPIRAL COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF MALIGNANT TUMORS OF THE ORAL CAVITY</i>	105
<i>Хушмуродова М.А., Исқандарова Д.Э., Оқбоев Ф., Курбонова С. ЧАҚАЛОҚЛОҚЛАРДА БИЛИРУБИН ЭНЦЕФАЛОПАТИЯСИНИ РИВОЖЛАНИШИГА ТАЪСИР ҚИЛУВЧИ АНТЕ- ВА ИНТРАНАТАЛ ХАВФ ОМИЛЛАРНИ БАҲОЛАШ</i>	<i>Khushmurodova M.A., Iskandarova D.E., Okboev F., Kurbonova S. EVALUATION OF ANTE AND INTRANATAL RISK FACTORS INFLUENCING THE DEVELOPMENT OF BILIRUBIN ENCEPHALOPATHY IN INFANTS</i>	107
<i>Шадмонова Д.С., Шамсутдинова М.И., Саиджалилова Д.Д. РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И МЕТОДА ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ</i>	<i>Shadmonova D.S., Shamsutdinova M.I., Saidzhalilova D.D. THE ROLE OF RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF ECTOPIC PREGNANCY AND THE METHOD OF ITS TREATMENT IN THE DEVELOPMENT OF COMPLICATIONS</i>	110
ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ		
HYGIENE, SANITATION AND EPIDEMIOLOGY		
<i>Bilalov E.N., Narzikulova K.I., Ochildiev M.B. FREQUENCY OF SOME HEREDITARY OPHTHALMOPATHOLOGIES IN SURKHANDARYA REGION</i>	<i>Билалов Э.Н., Нарзикулова К.И., Очилдиев М.Б. СУРХОНДАРЁ ВИЛОЯТИДА АЙРИМ ИРСИЙ ОФТАЛМОПАТОЛОГИЯЛАРНИНГ ЧАСТОТАСИ</i>	114
<i>Бобожонова Ш.Д., Рустамова Н.Х., Мирзаева Ш.Б., Саматова Л.Д. ДОНОРЛАР ҚОНИНИНГ БРУЦЕЛЛЁЗ УЧУН РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ СУРХОНДАРЁ ВИЛОЯТИ БЎЙИЧА</i>	<i>Bobojonova Sh.D., Rustamova N.Kh., Mirzaeva Sh.B., Samatova L.D. RETROSPECTIVE ANALYSIS OF BLOOD DONORS FOR BRUCellosis IN SURKHANDARYA REGION</i>	117

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Рахманова Л.К., Ганиева М.Ш., Маджидова Н.М., Болтабоева М.М.

FARG'ONA VODIYSI SHAROITIDA BOLALARDA IRSIY NEFROPATIYALAR KECHISHINING KLINIK-IRSIY XUSUSIYATLARI

Rahmanova L.K., G'aniyeva M.Sh., Majidova N.M., Boltaboeva M.M.

CLINICAL AND GENETIC FEATURES OF THE COURSE OF HEREDITARY NEPHROPATHIES IN CHILDREN IN THE CONDITIONS OF THE FERGANA VALLEY

Rakhmanova L.K., Ganieva M.Sh., Madjidova N.M., Boltaboeva M.M.

Ташкентская медицинская академия, Андижанский государственный медицинский институт

Maqsad: Farg'ona vodiysidagi bolalarda irsiy nefropatiyalarning klinik va genetik xususiyatlarini o'rganish. **Material va usullar:** 2017-2021 yillarda glomerulonefrit tashxisi bilan og'riqan 1 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan bolalarning (o'tkir - 130, surunkali - 38) AndesMI ko'p tarmoqli bolalar poliklinikasida statsionar davolangan 168 ta kasallik tarixi to'g'risidagi ma'lumotlar, tahlil qilindi. **Natijalar:** Farg'ona vodiysida siydik yo'llari infeksiyasi va irsiy dismetabolik nefropatiya bilan kasallanganlar sonining ko'payishi tendentsiyasi kuzatilmoqda. Surunkali glomerulonefrit bilan og'riqan bemorlarda irsiy nefrit holatlarining chastotasi o'tkir glomerulonefrit va pielonefritli bolalarga qaraganda yuqori. Irsiy nefrit bilan og'riqan bemorlarda tashqi somatik stigmalarga qaraganda organlarga xos stigmalalar (buyraklar va siydik yo'llarining anomaliyalari) tez-tez uchraydi. Bolalarda irsiy nefritni erta tashxislash algoritmlari orasida eshitish va ko'rish organlarining birgalikda shikastlanishi, bir nechta oila a'zolari yoki qarindoshlari orasida buyrak kasalliklarini aniqlash kiradi. **Xulosa:** bolalarda irsiy nefritni erta tashxislash uchun genealogik tadqiqot o'tkazish kerak.

Kalit so'zlar: bolalar, irsiy nefropatiyalar, Farg'ona vodiysi, klinik genealogiya va tadqiqot.

Objective: To study the clinical and genetic features of hereditary nephropathies in children in the Ferghana Valley.

Material and methods: The data of 168 case histories of children aged 1 to 14 years with a diagnosis of glomerulonephritis (acute - in 130, chronic - in 38) for 2017-2021, who received inpatient treatment in the children's multidisciplinary clinic of the AndesMI, were analyzed. **Results:** In the Ferghana Valley there is a tendency to increase the number of patients with urinary tract infection and hereditary dysmetabolic nephropathies. The frequency of cases of hereditary nephritis among patients with chronic glomerulonephritis is higher than in children with acute glomerulonephritis and pyelonephritis. In patients with hereditary nephritis, organ-specific stigmas (abnormalities of the kidneys and urinary tract) are more common than external somatic stigmas. Algorithms for early diagnosis of hereditary nephritis in children include combined damage to the organs of hearing and vision, detection of kidney diseases in several family members or among relatives. **Conclusions:** For the early diagnosis of hereditary nephritis in children, it is necessary to conduct a genealogical study.

Key words: children, hereditary nephropathies, Ferghana Valley, clinical genealogical and research.

Нефропатии, развивающиеся при генетической предрасположенности, являются одной из актуальных проблем современной медицины. Согласно многолетним наблюдениям, наследственный нефрит в разные годы составляет 6-8% от общего числа больных с патологией почек. В Ферганской долине одной из причин наследственных и врождённых нефритов являются родственные браки, наследственные заболевания у родителей, родственников, перенесённые инфекционные заболевания матери, а также тератогенное действие различных лекарственных препаратов в период I триместра беременности. Клинические наблюдения подтверждают, что для ряда врождённых или наследственных заболеваний мочевыделительной системы характерны стигмы соединительнотканного дизэмбриогенеза, причем не только внешние, соматические, но и органов мочевой системы, связанные с наследственной передачей болезней или состоянием, которое называют «от органа к органу». В связи с этим

необходимо изучение генетических основ заболеваний почек, клинически проявляющихся нефропатиями.

Цель исследования

Изучение клинико-генетических особенностей наследственных нефропатий у детей в условиях Ферганской долины.

Материал и методы

Нами были проанализированы данные 168 историй болезни детей в возрасте от 1 до 14 лет с диагнозом гломерулонефрит (ГН) (острый – у 130, хронический – у 38) за 2017-2021 гг., получавших стационарное лечение в детской многопрофильной клинике АндГосМИ. Нефритический вариант острого гломерулонефрита (ОГН) отмечался у 84 (61,8%) обследованных, нефротический вариант – у 22 (16,2%), нефротический синдром с гематурией и гипертонией – у 30 (22,1%). Нефротическая форма хронического гломерулонефрита (ХГН) диагностирована у 31 (65,6%) больного, смешанная форма – у

7 (21,4%), гематурическая форма – у 4 (11,5%). Дети с наследственными нефритами (упорная гематурия, тугоухость, поражение глаз, нарушение функции почек хотя бы у одного члена семьи) были отобраны из числа детей с ОГН (8 б-х) и ХГН (4 б-х).

Общее число детей с наследственным нефритом приходилось на все случаи острого гломерулонефрита – 6,2% и на хронические формы данного заболевания – 12,5%. Т.е. наследственный нефрит наиболее часто встречается среди хронических заболеваний почек преимущественно среди больных хроническим гломерулонефритом (табл. 1).

Таблица 1
Распределение детей с наследственным нефритом по полу и возрасту, абс. (%)

Возраст обследованных больных, лет	Мальчики	Девочки	Всего
1-5	1 (8,5)	-	1 (8,5)
6-10	6 (50)	-	6 (50)
11-14	2 (16,7)	3 (25)	5 (41,7)
Всего	9 (75)	3 (25)	12 (100)

Как показывают данные (табл. 2), среди обследованных детей преобладали мальчики (75%), значительно превышая (3:1) долю девочек (25%, $p < 0,01$). Наибольшее число обследованных было в возрасте 6-10 лет – 6 (50%) детей и 11-14 лет – 5 (41,7%), наименьшее – на возрастной период до 5 лет (8,3%). Преобладание доли мальчиков среди обследованных детей с наследственным нефритом в наших ис-

следованиях указывает на сцепленность с половой X хромосомой при рецессивном типе наследования. Контрольной группой служили 30 детей в возрасте 1-14 лет с не наследственными заболеваниями почек.

При обследовании членов семей больных детей нами использован комплексный подход, который включал проведение клинико-анамнестических, лабораторных (клинические и биохимические) и генеалогических исследования. Также проводилась воздушная и костная аудиометрия слухового порога на отечественном аудиометре. Выявление стигм дизэмбриогенеза было дополнительным опорным методом диагностики. Из общеклинических лабораторных методов обязательным было проведение клинического анализа крови, мочи и кала. При интерпретации показателей анализа мочи проводилось типирование вариантов гематурии с помощью критериев С.С. West (1976), J. Bragon (1977) [цит. по Я.Ю. Иллэк и др., 2000], степень выраженности эритроцитурии оценивали согласно рекомендациям Т.В. Сергеевой (1976). Оценка состояния сердечно-сосудистой системы проводилась путем измерения артериального давления, расчета сердечного индекса, удельного и минутного объема сердца, ЭКГ. Цифровые данные обработаны методом вариационной статистики с вычислением достоверности численных различий по Стьюденту.

Результаты и обсуждение

В ходе проводимых исследований нами была изучена структура заболеваний почек (2016-2018 гг.) по данным нефрологического отделения ОДММЦ г. Андижана (табл. 2).

Таблица 2
Распределение больных с зависимости от нозологической структуры заболеваний почек, абс. (%)

Заболевание	2015 г.	2016 г.	2017 г.	Всего
Острый пиелонефрит	95 (20,9)	117 (20,9)	159 (27,2)	371 (23,2)
Хронический пиелонефрит	48 (10,5)	77 (13,8)	82 (14,04)	207 (12,9)
Острый гломерулонефрит	146 (32,1)	159 (28,4)	102 (17,3)	407 (25,47)
Хронический гломерулонефрит	109 (23,9)	104 (18,6)	73 (12,4)	286 (17,9)
Дизметаболические нефропатии	39 (8,57)	64 (11,45)	99 (17,47)	202 (12,64)
Инфекции мочевых путей – циститы	9 (1,98)	17 (3,04)	45 (7,70)	71 (4,44)
Тубулопатии	1 (0,22)	2 (0,36)	1 (0,17)	4 (0,25)
Врожденный нефротический синдром	2 (0,44)	10 (1,79)	9 (1,54)	21 (1,31)
Хроническая почечная недостаточность	2 (0,44)	4 (0,72)	6 (1,03)	12 (0,75)
Наследственный нефрит: синдром Альпорта, синдром Лоу и Фанкони	4 (0,88)	5 (0,89)	8 (1,37)	17 (1,06)
Всего	455 (100)	559 (100)	584 (100)	1598 (100)

Как видно из таблицы 2, среди нефрологических больных с каждым годом увеличивается доля детей с острыми и хроническими формами пиелонефрита. Так, частота острых его форм увеличилась с 20,95 в

2015 г. до 27,2% в 2017 г., хронических форм – соответственно с 10,5 до 14,04%. Общая доля пиелонефрита в структуре нефрологических заболеваний за годы исследования составила 36,1%. Напротив, доля

гломерулонефритов в структуре нефрологических заболеваний уменьшилась – острых форм с 32,1 до 17,3%, а хронических – с 23,9 до 12,4%. Общая доля гломерулонефритов за эти годы составила 43,4%, что превышает общую долю пиелонефритов (36,1%, $p < 0,05$). Наши исследования показали, что в общей структуре нозологии заболеваний почек увеличивается и удельный вес инфекции мочевыводящих путей (с 1,98% в 2015 г. до 7,7% в 2017 г.).

Анализ полученных данных показал, что в структуре нефрологических заболеваний увеличивается и доля дисметаболических нефропатий – с 8,57 в 2015 г. до 17,47% в 2017 г., т.е. почти вдвое. Наше внимание привлек тот факт, что дисметаболические нефропатии были обусловлены семейными, средовыми и наследственными факторами, т.е. аналогичная симптоматика отмечалась у родителей, сибсов, и их можно отнести к семейным формам нефропатии. Если учесть, что многие вторичные формы пиелонефрита чаще обусловлены семейными дисметаболическими нефропатиями, то семейные или наследственно обусловленные нефропатии в регионе Ферганской долины за истекшие годы составляют 25,2% случаев всех заболеваний почек.

Существенное внимание нами было уделено проблеме наследственных нефритов (НН). НН диагностировали в том случае, если у ребенка отмечается упорная гематурия (макро- или микрогематурия) в сочетании с поражением глаз, органов слуха, а также при выявлении среди членов семьи (родители, сибсы) хотя бы одного больного с заболеванием почек аналогичного генеза. Как видно из полученных результатов, НН имеет тенденцию к увеличению (4 случая в 2015 г. и 12 случаев в 2017 г.). НН при тщательном планировании целенаправленного исследования, включавшего аудиометрические и генеалогические исследования, диагностирован за истекшие 3 года у 18 (3,17%) детей из числа всех госпитализированных (1598 детей). Диагноз НН установлен у 8 детей с гломерулонефритами: у 2 при их остром течении и первичном обращении, у 6 – при хроническом течении патологии; у 4 детей

с пиелонефритом на фоне дисметаболической нефропатии, у 5 детей, госпитализированных в различных стадиях хронической почечной недостаточности при обращении к специалистам с проблемами зрения и слуха.

Последний факт говорит о запоздалой диагностике НН, их относительно скрытом дебюте, что сокращает сроки возможной консервативной терапии данной категории больных и обуславливает относительно быстрый летальный исход. Наш анализ выборки детей с НН показал, что в сельских регионах (Шахрихан, Кургантепа) проживали 11, а г. Андижане – 7. О трудностях диагностики НН свидетельствует и тот факт, что 8 детей с НН длительно (до 6 лет), наблюдались в условиях поликлиники, детских стационаров с диагнозами «гломерулонефрит», «нефротический синдром», «вторичный пиелонефрит», «инфекции мочевыводящих путей», у них не использовались дополнительные (генетические, аудиометрические) методы исследования. Дети с НН были преимущественно до 8 лет (58,3%), 12 лет и старше (41,7%), среди них преобладали мальчики (75%), соотношение мальчиков к девочкам – 3:1.

Изучение акушерского анамнеза матерей больных детей с НН (табл. 3) показала, что их матери чаще страдали токсикозами беременности, выявлены кровотечения в анамнезе. Среди экстрагенитальных заболеваний чаще отмечалась патология почек и мочевыводящих путей ($p < 0,01$), сердечно-сосудистые заболевания ($p < 0,01$), болезни эндокринного генеза ($p < 0,01$), несколько реже встречались заболевания ЖКТ, гематологического и аллергологического генеза ($p < 0,05$). Роды чаще осложнялись дискоординированными родами: наблюдались быстрые и стремительные ($p < 0,05$), слабость родовой деятельности ($p < 0,01$), отслойка нормально расположенной плаценты ($p < 0,05$) и обвитие пуповины ($p < 0,01$), что привело к развитию у плода гипоксии ($p < 0,05$) и асфиксии новорожденных ($p < 0,05$). Среди детей с НН преобладали дети, родившиеся с исходно низкой массой тела (≤ 2700 г) ($p < 0,01$).

Таблица 3

Акушерский анамнез матерей больных детей с наследственным нефритом, абс. (%)

Перечень нозологических единиц	У матерей детей с НН, n=18	У матерей здоровых детей, n=30	p
Течение беременности:			
- гестозы беременности	4 (33,3)	5 (16,7)	<0,01
- кровотечения в 1-й половине беременности	2 (16,5)	1 (10,0)	<0,001
Экстрагенитальные заболевания:			
а) сердечно-сосудистые	5 (41,7)	3 (16,7)	<0,01
б) ЖКТ	3 (25,0)	5 (20,0)	<0,05
в) эндокринные	5 (41,7)	6 (26,7)	<0,01
г) почек и мочевыводящих путей	6 (50,0)	8 (23,3)	<0,01
Прочие (аллергологические, гематологические)	4 (33,3)	7 (20,3)	<0,05

Течение родов:			
-дискоординированные роды	3 (25,0)	5 (16,7)	<0,05
-слабость родовой деятельности	5 (41,7)	7 (23,3)	<0,01
-отслойка плаценты	4 (33,3)	8 (26,7)	<0,05
- обвитие пуповины	3 (25,0)	4 (13,3)	<0,01
- гипоксия плода	6 (50,0)	10 (33,3)	<0,05
- асфиксия новорожденных	7 (58,3)	12 (40,0)	<0,05
- рождение детей с низкой массой тела (<2700 г)	5 (41,7)	6 (20,0)	<0,01

Изучение частоты перенесенных детьми с НН заболеваний показало, что они относятся к группе часто болеющих детей ($p<0,01$), с повторными инфекциями респираторной системы (до 4-5 раз в год), страдали различными формами пищевой и лекарственной аллергии ($p<0,01$), в раннем детстве часто переносили кишечные инфекции (гепатит, саль-

монеллезы, кишечные коли-инфекции и т.д.), у них в анамнезе высока частота перенесенных вирусных инфекций – корь, краснуха и т.д. ($p<0,01$).

Основными клиническими симптомами НН были симптомы интоксикации: бледность, пастозность, синюшность под глазами, быстрая утомляемость, головные боли (рисунок).

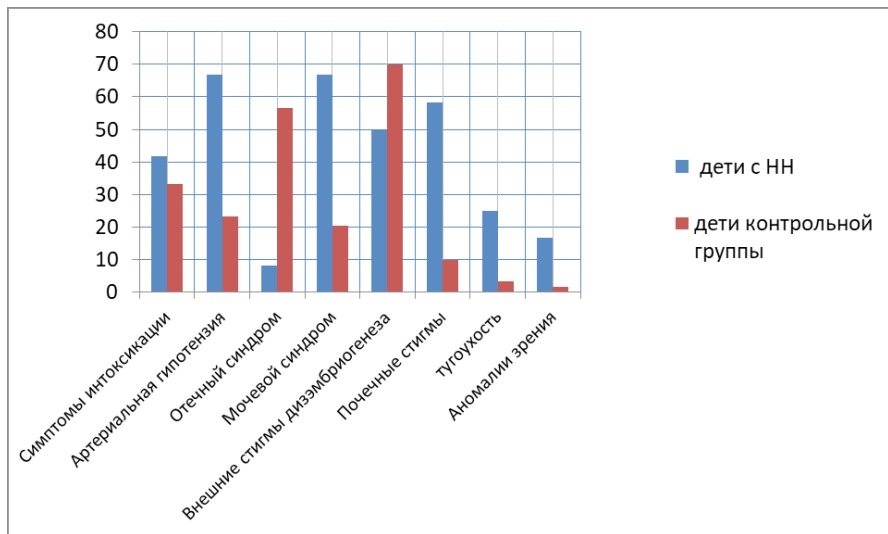


Рисунок. Частота клинических симптомов у детей с наследственным нефритом, %.

Уровень АД у больных НН составил САД ($90,0\pm 5,6$ мм рт. ст.), ДАД ($54,0\pm 1,76$ мм рт. ст.), часто выявлялась артериальная гипотензия – 66,7% ($p<0,001$). Отечный синдром у детей с НН был выражен в терминальной стадии ХПН. Мочевой синдром проявлялся упорной протеинурией – $3,57\pm 0,71\%$ в порциях мочи, потеря 1,65 г белка при общем среднем суточном диурезе у больных детей с НН ($808\pm 69,5$ мл). Также наблюдалась умеренная гематурия, то есть эритроцитурия составила 3-4 неизмененных и 6-8 измененных эритроцитов, а лейкоцитов 7-8 в поле зрения. Удельный вес мочи больных детей с НН в среднем составил $1012\pm 2,59$.

Таким образом, НН в регионе Ферганской долины протекает с преобладанием гипотензивного, отеочного синдромов. Гематурический синдром при НН чаще всего обусловлен нарушением гломерулярной проницаемости. Однако выявление нами случаев НН среди больных с пиелонефритом (4) свидетельствует о развитии интерстициального нефрита на фоне дисметаболической нефропатии и не исключает тубулярный генез гематурии из-за оксалурии, уратурии.

Для подтверждения диагноза НН особенно было важным выявление стигм дизэмбриогенеза. В наших исследованиях наиболее отличительными стигмами дизэмбриогенеза были гипертелоризм пере-

носицы и сосков из-за деформации грудной клетки ($p<0,001$) (табл. 4).

Известно что, характерными признаками НН являются снижение порога слуха (синдром Альпорта), что чаще всего связано с невритом слухового нерва.

В наших исследованиях аудиометрические подтверждения снижения слуха – тугоухость I-II степени выявлена у 6 (30%) обследованных, у 7 детей с НН отмечалось клиническое снижение слуха, т.е. клиническое и инструментальное снижение слуха у больных составило 72,0%, что согласуется с данными литературы (50-60%). Необходимо учитывать, что по мере прогрессирования болезни, с возрастом число детей с нарушением слуха увеличивается. У 3 больных был подтвержден кохлеарный неврит. Следует отметить, что стигмы дизэмбриогенеза чаще встречались у детей с синдромом Альпорта и пониженным слухом.

Выводы

В Ферганской долине отмечается тенденция к увеличению числа больных с инфекцией мочевыводящих путей и дисметаболических нефропатий наследственного генеза.

Частота случаев наследственного нефрита выше среди больных хроническим гломерулонефритом, чем с острым гломерулонефритом и пиелонефритом.

У больных с наследственным нефритом чаще встречаются органоспецифические стигмы (аномалия почек и мочевых путей) по сравнению с внешними соматическими стигмами.

К алгоритмам ранней диагностики наследственного нефрита у детей относятся сочетанное пораже-

ние органов слуха и зрения, выявление почечных заболеваний у нескольких членов семьи или среди родственников.

Для ранней диагностики наследственного нефрита у детей необходимо проведение генеалогического исследования наследственности.

Таблица 4

Частота стигм дизэмбриогенеза у детей с наследственным нефритом, абс. (%)

Стигмы	Дети с НН, n=12	Контрольная группа, n=30	p
1. Аномалии черепа			
Брахи- и долихоцефалия	1 (8,3)	-	-
Уплощенный затылок	2 (16,7)	2 (6,6)	<0,01
Выраженные надбровные дуги	2 (16,7)	1 (3,3)	<0,01
2. Аномалии лица			
Седловидный нос, уплощенный нос	1 (8,3)	3 (10,0)	<0,05
Гипертелоризм	3 (25,0)	1 (3,3)	<0,001
Эпикант	4 (33,3)	3 (10,0)	<0,05
Высокое готическое нёбо	2 (16,7)	1 (3,3)	<0,05
Аномалии расположения ушей	2 (16,7)	4 (13,3)	<0,05
Диспластический рост	1 (8,3)	5 (16,7)	<0,05
3. Аномалии туловища, конечностей			
Сандалевидная щель между 1-2 пальцами кистей и стоп	2 (16,7)	1 (3,3)	<0,01
Гипертелоризм сосков	3 (15)	2 (6,6)	<0,001
Деформация грудной клетки	4 (33,3)	1 (3,3)	<0,001

Литература

- Игнатова М.С., Коровина Н.А. Диагностика и лечение нефропатий у детей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 336 с.
- Рахманова Л.К., Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М., Рахманов А.М. Особенности течения нефротического синдрома у детей с фоновой патологией в условиях Ферганской долины // Re-health J. – 2022. – №2 (14). – С. 136-140.
- Рахманова Л.К., Искандарова И.Р. Фактор риска прогрессирования хронического гломерулонефрита у детей // RE-Health J. – 2021. – №1 (9). – С. 236-244.
- Таболин В.А., Ишкабулов Д.И., Тимурова Н.Ф. Семейные нефропатии с гематурией // Пробл. биол. и мед. – 2003. – №3-1 (31). – С. 66-68.
- Barnett H.L., Schoeneman M., Bernstein J. et al. // Pediatric Kidney Disease; Ed. C.M. Edelmann. – Boston, 2009. – 675 p.
- Bergstein J.M., Andreoli S.P. // Pediatr. Nephrol. – 1995. – Vol. 9. – P. 268-271.
- Cameron J.S., Turner D.R., Heaton J. et al. // Amer. J. Med. – 2010. – Vol.74. – P.175-180.
- Gubler M.C. Diagnosis of Alport syndrome without biopsy // Pediatr. Nephrol. – 2007. – Vol. 22. – P. 621-625.
- Miliner D.S. Morgenstern B.Z. // Pediatr. Nephrol. – 2011. – Vol. 5. P. 587-590.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Рахманова Л.К., Ганиева М.Ш.,

Маджидова Н.М., Болтабоева М.М.

Цель: изучение клинико-генетических особенностей наследственных нефропатий у детей в условиях Фер-

ганской долины. **Материал и методы:** проанализированы данные 168 историй болезни детей в возрасте от 1 до 14 лет с диагнозом гломерулонефрит (острый – у 130, хронический – у 38) за 2017-2021 гг., получавших стационарное лечение в детской многопрофильной клинике АндГосМИ. **Результаты:** в Ферганской долине отмечается тенденция к увеличению числа больных с инфекцией мочевыводящих путей и дисметаболических нефропатий наследственного генеза. Частота случаев наследственного нефрита среди больных хроническим гломерулонефритом выше, чем у детей с острым гломерулонефритом и пиелонефритом. У больных с наследственным нефритом чаще встречаются органоспецифические стигмы (аномалия почек и мочевых путей) по сравнению с внешними соматическими стигмами. К алгоритмам ранней диагностики наследственного нефрита у детей относятся сочетанное поражение органов слуха и зрения, выявление почечных заболеваний у нескольких членов семьи или среди родственников. **Выводы:** для ранней диагностики наследственного нефрита у детей необходимо проведение генеалогического исследования

Ключевые слова: дети, наследственные нефропатии, Ферганская долина, клинико-генеалогические исследования.

MUALLIFLAR UCHUN MA'LUMOT
MAQOLALAR FAQAT YUQORIDA KO'RSATILGAN QOIDALARGA
QAT'IY RIOYA QILINGAN HOLDA QABUL QILINADI!

QO'LYOZMANI TAYYORLASH QOIDALARI

“Toshkent tibbiyot akademiyasi axborotnomasi” jurnali 2 oyda 1 marta chop etiladi. Jurnalga respublika oliy o'quv yurtlari va tibbiyot markazlari xodimlari, qo'shni davlatlardan kelgan mutaxassislarning maqolalari qabul qilinadi.

Maqola kompyuterda Word dasturida yozilishi kerak. Hoshiyalar: yuqoridan va pastdan 2 sm, chapdan 3 sm, o'ngdan 1,5 sm asosiy shrift Times New Roman, asosiy matnning shrift o'lchami 14, qator oralig'i bir yarim, matnni kengligi bo'yicha tekislash, paragrafning chegarasi (qizil chiziq) 1,5 sm.

Sahifani raqamlash amalga oshirilmaydi. Rasmlar matnga kiritilishi, har bir rasmda rasm ostida imzo bo'lishi kerak.

Alifbo tartibida tuzilgan adabiyotlar ro'yxatiga muvofiq kvadrat qavs ichida [1,2] adabiyotlarga havolalar avval rus tilidagi, keyin chet tilidagi manbalar yoziladi. Adabiyotlar ro'yxati Davlatlararo standart talablariga muvofiq tuziladi.

TTA axborotnomasi jurnalida sarlavhalari mavjud:

“Yangi pedagogik texnologiyalar”

“Sharhlar”

“Eksperimental tibbiyot”

“Klinik tibbiyot”

“Gigiena, sanitariya, epidemiologiya”

“Amaliyotchiga yordam”,

“Yoshlar tribunasi”.

Maqolalar hajmi 20 bet, foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati 40-50 manba. Maqolalarga sharh uchta tilda (o'zbek, rus, ingliz) sharh maqolalari kalit so'zlar bilan (3-5) 0,3-05 sahifadan oshmasligi kerak.

“Eksperimental tibbiyot”, “Klinik tibbiyot”, “Sanitariya, gigiena, epidemiologiya” (o'z materiali) bo'limlarida nashr etish uchun mo'ljallangan maqolalar hajmi - 9-12 bet, foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati - 12-15 manbadan ko'p bo'lmagan. alifbo tartibida. O'z materiallarini o'z ichiga olgan maqolalarga izohlar tuzilgan bo'lishi kerak, ya'ni. o'z ichiga oladi (qisqacha): maqsad, material va usullar, natijalar, xulosalar, kalit so'zlar. Ular, shuningdek, uch tilda tuziladi.

Ilmiy maqolani loyihalashga umumiy talablar.

Maqolada quyidagilar bo'lishi kerak:

- qisqa kirish (alohida emas),
- tadqiqotning maqsadi,
- materiallar va tadqiqot usullari
- tadqiqot natijalari va ularni muhokama qilish
- xulosa

Oxirida muallifning telefon raqamini ko'rsatishi kerak, u bilan tahririyat bilan ish olib borish mumkin bo'lishi ucun.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ
СТАТЬИ ПРИНИМАЮТСЯ ТОЛЬКО ОФОРМЛЕННЫЕ
В СТРОГОМ СООТВЕТСТВИИ С ПРИВЕДЕННЫМИ ПРАВИЛАМИ!

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

Журнал «Вестник Ташкентской медицинской академии» выходит с периодичностью 1 раз в 2 месяца. В журнал принимаются статьи сотрудников вузов и медицинских центров республики, а также специалистов из ближнего зарубежья.

Статья должна быть набрана на компьютере в программе Word. Поля: верхнее и нижнее 2 см, левое 3 см, правое 1,5 см. Основной шрифт Times New Roman, размер шрифта основного текста 14 пунктов, межстрочный интервал полуторный, выравнивание текста по ширине, абзацный отступ (красная строка) 1,5 см. Статья должна быть сохранена в формате РТФ.

Нумерация страниц не ведется. Рисунки внедрены в текст. Каждый рисунок должен иметь подпись под рисунком и ссылку на него в тексте.

Ссылки на литературу в квадратных скобках [1,2] в соответствии с пристатейным списком литературы, который составляется в АЛФАВИТНОМ порядке, сначала русскоязычные, затем иноязычные источники. Список литературы оформляется согласно требованиям ГОСТ.

В журнале Вестник ТМА имеются рубрики:

- «**Новые педагогические технологии**»,
- «**Обзоры**»,
- «**Экспериментальная медицина**»,
- «**Клиническая медицина**»,
- «**Гигиена, санитария, эпидемиология**»,
- «**Помощь практическому врачу**»,
- «**Трибуна молодых**».

Объем обзорных статей – до 20 страниц, список использованной литературы – 40-50 источников. Объем аннотаций на трех языках (узбекском, русском, английском) к обзорным статьям не должен превышать 0,3-0,5 страницы, с ключевыми словами (3-5).

Объем статей, предназначенных для публикации в рубриках «**Экспериментальная медицина**», «**Клиническая медицина**», «**Санитария, гигиена, эпидемиология**» (собственный материал) – 9-12 страниц, список литературы – не более 12-15 источников также в алфавитном порядке. Аннотации к статьям, содержащим собственный материал, должны быть структурированными, т.е. содержать (кратко): цель, материал и методы, результаты, выводы, ключевые слова. Оформляются также на трех языках.

Общие требования к оформлению научной статьи.

В начале статьи с выравниванием названия статьи по центру указываются с красной строки:

- номер по Универсальной десятичной классификации (УДК)
- название статьи на том, языке, на котором написана статья,
- фамилия и инициалы автора,
- название организации, в которой выполнялась работа.

Далее в той же последовательности информация приводится на русском и английском языках.

Статья должна содержать:

- краткое введение (не выделяется),
- цель исследования,
- материалы и методы исследования,
- результаты исследования и их обсуждение,
- заключение,
- выводы,
- литература.

В конце следует указать номер телефона автора, с которым можно будет вести редакционную работу.