

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



Ежеквартальный
научно-практический
журнал

№3.1 (том II) 2021



ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский институт

Главный редактор:

Н.М. Шавазид.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф.;
Л.М. Гарифулина к.м.н., доц.
(ответственный секретарь);
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц.;
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;
Б.М. Тожиев д.м.н., проф.;
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

Редакционный Совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
М.К. Азизов (Самарканд)
Н.Н. Володин (Москва)
Х.М. Галимзянов (Астрахань)
С.С. Давлатов (Самарканд)
Т.А. Даминов (Ташкент)
М.Д. Жураев (Самарканд)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
Э.И. Мусабаев (Ташкент)
В.В. Никифоров (Москва)
А.Н. Орипов (Ташкент)
Н.О. Тураева (Самарканд)
А. Фейзиоглу (Стамбул)
Б.Т. Холматова (Ташкент)
А.М. Шамсиев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.

Тел.: +998662333034, +998915497971

E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.



Нечаев В.Н.,
Черненко Ю.В.,
Панина О.С.,
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского МЗ РФ,
г. Саратов, РФ.

АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС И ЛЕЧЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

АННОТАЦИЯ

Перинатальные поражения ЦНС - различные патологические состояния, обусловленные воздействием на плод вредоносных факторов во внутриутробном периоде, во время родов и в ранние сроки после рождения. В структуре ранней заболеваемости и смертности перинатальные поражения ЦНС занимают одно из важнейших мест по частоте и значимости для дальнейшей жизни ребенка. Встречаются у 10-20% новорожденных и составляют до 70-80% всех нарушений нервной системы детского возраста

Ключевые слова: Перинатал, поражения, структура

V. N. Nechaev.,
Chernenkov Yu.V.,
Panina O.S.,
FGBOU VO Saratov State Medical University named after IN AND.
Razumovsky Ministry of Health of the Russian Federation,
Saratov, RF.

ANALYSIS OF PERINATAL CNS LESIONS AND TREATMENT AT THE CLINICAL PERINATAL CENTER

ANNOTATION

Perinatal lesions of the central nervous system are various pathological conditions caused by exposure of the fetus to harmful factors in the prenatal period, during childbirth and early after birth. In the structure of early morbidity and mortality, perinatal lesions of the central nervous system occupy one of the most important places in terms of frequency and significance for the further life of a child. They occur in 10-20% of newborns and account for up to 70-80% of all disorders of the nervous system of childhood

Key words: Perinatal, lesions, structure

Перинатальные поражения ЦНС являются наиболее частой причиной неврологических отклонений в периоде новорожденности и существенно влияют на дальнейшее развитие ребенка, обуславливая высокие показатели перинатальных заболеваний, смертности и инвалидности [3, 4, 5]. Нестабильность функционирования системы «ауторегуляции мозгового кровотока» в силу морфофункциональной незрелости всех ее компонентов сопровождается крайне высокой частотой гипоксическо-ишемических и геморрагических поражений мозга, последствиями которых являются различные по тяжести осложнения в нервно-психическом развитии и ранняя детская инвалидность. По данным статистики, до 85% всех перинатальных поражений ЦНС у недоношенных

детей возникает в течение первой недели жизни [6, 7, 8].

Перинатальная патология ЦНС представлена различными этиопатогенетическими причинами: гипоксическо-ишемическими расстройствами ЦНС (церебральная ишемия), внутрочерепными кровоизлияниями (травматической и гипоксической этиологии), токсико-метаболическими расстройствами, врожденными аномалиями развития, инфекционной патологией и др. [9, 10, 11].

Перечень психоневрологических расстройств головного мозга чрезвычайно широк — от минимальных мозговых нарушений (незначительной задержки развития и малых мозговых дисфункций - ММД), до тяжелых форм поражения ЦНС с умственной отсталостью, судорожным синдромом,

гидроцефалией, параличами (детский церебральный паралич - ДЦП) [12, 13, 14, 15].

Целью настоящего исследования явился анализ факторов риска развития перинатальных поражений центральной нервной системы, профилактики, возможности ранней диагностики и лечения у новорожденных по данным клинического перинатального центра Саратовской области.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ первичной документации: истории родов и историй развития новорожденных КППЦ СО. Работа основана на результатах комплексного клиничко-неврологического обследования, данных нейросонографического исследования, отдельных лабораторных показателей.

Критериями оценки служили: выявленная патология и тяжесть состояния, срок гестации и показатели массы тела, размеры новорожденных, соответствие сроку беременности и др. Для исследования были сформированы следующие методики: анкетирование, беседа с матерью, обследование, анализ медицинской документации (диспансерные карты беременных, истории родов и развития новорожденных, а также амбулаторные карты отделения катамнеза). Тяжесть патологического процесса оценивали по шкале Апгар, степени асфиксии и неврологических повреждений, а для уточнения диагноза проводились лабораторные исследования и вспомогательные методы обследования (ультразвуковая и рентгенодиагностика).

Результаты. В КППЦ СО за 2020 год перинатальные поражения ЦНС выявлены у 698 новорожденных (18,4%) из 3799 детей. Большая часть патологии ЦНС была связана: с гипоксическо-ишемическими нарушениями - 81,4%, родовой травмой - 14,5%, ВЖК - 2,7%, врожденными аномалиями развития ЦНС - 1,3% и инфекционными поражениями нервной системы - 0,1%.

Аntenатально выявлено 79 пациенток (2,1%), беременности которых с аномальным плодом были прекращены досрочно (хромосомные и генетические аномалии). В общей структуре выявленных пороков развития - антенаталы составили около 50%. В постнатальном периоде ВПР диагностированы у 71 ребенка (1,9%), из них 14 (19,7%) потребовалась ранняя хирургическая коррекция. В структуре причин гибели доношенных детей по данным ОРИТН - ВПР заняли второе место.

За 2020 год в перинатальном центре проведены 3716 родов. Первые роды были у 68,3% женщин, повторные - у 31,7%, кесарево сечение - у 1409 пациенток - 38,0% (плановые - у 58%, экстренные - у 42%). Среди показаний для кесарева сечения преобладали «материнские» факторы - 66,9%, по поводу дистресс-синдрома плода - 33,1%. В 127 случаях выявлена хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГП) на фоне фетоплацентарной недостаточности (ФПН), обусловленной нарушением маточно-плацентарного кровообращения. НМПК 1а степени - у 42%, НМПК 1б степени - у 39% и НМПК 2 степени - у 19% женщин.

Всего родилось живыми 3799 детей, из них недоношенных детей - 420 (11%). С экстремально

низкой массой тела (ЭНМТ) - 41 новорожденный (9,8%), это на 50% выше прошлогодних данных; с очень низкой массой тела (ОНМТ) - 49 (11,7%), на 18% выше, чем в 2019 году и с низкой массой тела (НМТ) - 331 ребенок (78,9%), на 18% больше. Распределение по гендерному признаку показало, что мальчиков было - 51,8%, девочек - 48,2%. Областные дети составили 67,2%, городские - 32,8%.

Срок гестации среди недоношенных детей в среднем составил $31,7 \pm 2,2$ недели, средняя масса тела при рождении $1724,3 \pm 455,6$ г.

Многоплодные беременности составили 2%. Новорожденных из двойни было - 72 (36 двоен), из тройни - 9 (две тройни). Вспомогательные репродуктивные технологии применялись у 6,8% женщин (ЭКО - 74%, ЭКСИ - 26%), от которых родилось 7,9% детей.

Общая продолжительность лечения в отделении ОРИТН составила - 9,4 к/дней, на втором этапе наблюдения и лечения - 9,8 к/дней.

У детей с перинатальными поражениями ЦНС - задержка внутриутробного развития плода и новорожденного (малый к сроку гестации) встречалась у 131 ребенка - 3,9%, а среди недоношенных у 19,1%.

Гипоксическо-ишемические расстройства. Церебральная ишемия (код МКБ 10 - P91) встречалась у 568 детей (81,4% от ПП ЦНС и 14,9% от общего количества детей). Наиболее тяжелые дети с низкой оценкой по шкале Апгар имели сочетанный генез хронической внутриутробной гипоксии и острой асфиксии в родах (8,7%).

Осложнения в виде перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ) выявлены у 7 (1,2%) детей, у 3 (0,5%) пациентов развился ДЦП. У одного пациента (0,18%) отмечался летальный исход.

В структуре перинатальных поражений ЦНС в ОРИТН, отмечено сочетание гипоксии с токсико-метаболическими расстройствами: с гипогликемией - у 29 (5,1%) новорожденных, гипербилирубинемией - у 28 (4,9%), гипокальциемией - у 21 (3,7%) и с гипонатриемией - у 26 (4,6%) детей.

Сочетанные ишемические и геморрагические поражения ЦНС выявлены у 3,4%. С внутриутробной инфекцией ЦНС (сепсис) был один пациент.

Перивентрикулярные и внутрижелудочковые кровоизлияния из группы недоношенных детей встречались у 19 пациентов (4,5%). ВЖК 1 ст. - у 58,4%, ВЖК 2 ст. - у 20,5%, ВЖК 3 степени - у 15,8% и ВЖК 4 степени - у 5,2% новорожденных. Троице детям потребовались вентрикулярные шунтирующие операции (переведены в нейрохирургическое отделение Областной детской клинической больницы). Два пациента с ВЖК 3-4 степени с летальным исходом были глубоко недоношенными и незрелыми новорожденными (ЭНМТ и ОНМТ)

Аномалии развития выявлены у 79 (2,1%) детей. ВПР ЦНС у 9 пациентов из 79 (11,4%).

Отмечено снижение этой патологии в основном, за счет улучшения пренатальной диагностики и прерывания беременности по поводу аномалий развития ЦНС и ликворных путей, а также множественных ВПР несовместимых с жизнью. По

Саратовской области за 2020 год прервано 320 беременностей, из них 251 с ВПР (14,7% с ВПР ЦНС – третье место среди всех антенатальных аномалий развития).

Тяжелые, комбинированные пороки развития ЦНС встречались у 4 детей (5,1%). Они представлены врожденной аномалией сосудов головного мозга, врожденной энцефаломагией.

Родовые травмы ЦНС выявлены у 101 ребенка (14,5%). Большинство детей было с кефалогематомой - 78 пациентов (77,4%), у 9 доношенных детей выявлено сочетание травмы головного мозга и шейного отдела позвоночника (8,9%). Отмечено увеличение количества детей, перенесших родовую травму (на 14%), по сравнению с предыдущим годом, но летальных исходов в этой группе больных не было.

Исходы перинатальных поражений ЦНС представлены следующими ведущими синдромами: гипертензионный синдром – 28 (4,0%) детей; неонатальные судороги – 24 (3,4%); гидроцефалия – 9 (1,3%); перивентрикулярной лейкомаляцией – 9 (1,3%); гемипарезы и тетрапарезы – 5 (0,7%); ДЦП - 2 (0,3%) пациента.

Летальных случаев в ОРИТН за 2020 год было 11 (1,6%), из них все были глубоко недоношенными детьми. С патологией ЦНС - 3 пациента (27,3%). С ВЖК 3-4 степени – 2 пациента, с ПВЛ – 1. Большинство этих детей родилось в тяжелой асфиксии (оценка по Апгар на 1 минуте 2-3 балла, на 5 минуте 5-7 баллов). У 73,7% детей с летальным исходом диагностирована крайняя незрелость (срок гестации менее 28 недель и МТ менее 1000 г).

Прогноз при гипоксическо-ишемической энцефалопатии определялся:

1. Исходным состоянием ребенка и адаптационными возможностями (недоношенность, незрелость, внутриутробная инфекция).
2. Тяжестью, длительностью и характером повреждения ЦНС).
3. Локализацией (уровень поражения) и массивностью повреждения.
4. Эффективностью проводимой терапии, индивидуальной чувствительностью и комплексной реабилитацией.

Отмечены три варианта исхода при тяжелых поражениях ЦНС у недоношенных детей (по данным катамнестического наблюдения):

1. Нормальное нервно-психическое развитие наблюдали у 63,4% детей.
2. Пограничное у 22,3% детей, отмечаются легкие предречевые и речевые нарушения, поведенческие и эмоциональные отклонения, моторные нарушения и задержка формирования отдельных навыков, гиперактивность, импульсивность).
3. Патологическое развитие – у 14,3%: олигофрения, эпилепсия, ДЦП, нарушение поведения и эмоциональные расстройства.

Прогноз дальнейшего психоневрологического развития может сопровождаться: когнитивным дефицитом и/или

задержкой общего интеллекта.

Стратегия медикаментозного лечения перинатальных поражений

Восстановительное лечение напрямую зависит от фазы заболевания: острый период (первый месяц жизни ребенка); период раннего восстановления (подострый – 4-5 мес.); поздний восстановительный период (до 1 года, у недоношенных до 2-х лет) и остаточных проявлений.

Основные принципы терапии: этапность, преемственность, комплексное лечение, непрерывность до достижения максимального эффекта.

Постановка терапевтической задачи и ее осуществление: обеспечение эффективной гемодинамики и сохранение тканевых структур ЦНС, включая ГЭБ; адекватное энергообеспечение и сохранение мембранных комплексов нейронов; купирование каскада адренергических реакций, сопутствующих острой фазе поражения; восполнение «нейромедиаторной недостаточности».

Профилактика ХВГП и интранатальной асфиксии, инфекции, метаболических нарушений: увеличение энергетического потенциала мозга (донаторы энергии), антиагреганты и антикоагулянты (улучшение реологии при ишемии), антигипоксанты и антиоксиданты, антиконвульсанты, церебропротекция.

Лечебные мероприятия в острый период:

Оптимальный режим выхаживания (лечебно-охранительный режим поддержание нормотермии, влажности, адекватный уход и кормление, мониторинг наблюдения).

Протекция дыхания (улучшение вентиляции и перфузии).

Поддержание кровообращения (волемическая поддержка и стабилизация АД).

Гемостатическая терапия (витамин К, местные коагулянты, плазма).

Инфузионная терапия и коррекция метаболизма.

Необходимо предотвращать выраженные колебания глюкозы, электролитов, гипо- и гипертермии, незамедлительное лечение судорог).

Поддержание соответствия между потребностями в кислороде и питательными веществами, с возможностью их адекватной доставки (энтеральное зондовое, смешанное или парентеральное питание).

Обеспечение нормогликемии (основной источник энергии для ЦНС - глюкоза).

В настоящее время в качестве перспективных антигипоксантов, антиоксидантов и энергокорректирующих веществ, рассматриваются лекарственные препараты, содержащие естественные метаболиты и регуляторы энергетического обмена.

Клиническую эффективность проводимого лечения оценивали по скорости восстановления сознания и регресса патологической симптоматики, появлению самостоятельного дыхания, стабилизации гемодинамических показателей и микроциркуляции, восстановлению физиологических рефлексов,

улучшению мышечного тонуса и нарастания двигательной активности, скорости компенсации глазодвигательных нарушений и др.

Качество проводимого лечения по данным неврологического статуса и нейросонографического обследования, выразилось:

- в значительном улучшении состояния (регресс выявленных изменений) - у 576 детей (82,5%);

- незначительном улучшении (частичный регресс) – у 97 (13,9%).

У небольшой группы детей отмечено:

- отсутствие изменений (нет положительной симптоматики) – у 15 (2,0%).

- ухудшение состояния (усиление патологических изменений) – в 7 случаях (0,9%);

- летальный исход (ВЖК 3-4 степени, ПВЛ) – у 3 детей (0,4%).

Заключение. Факторами риска развития церебральной ишемии являются: сочетание ХВГП и острой асфиксии; гипоксии с гипогликемией, а также тяжелые респираторные нарушения и нестабильная гемодинамика (гиповолемия, гипотония и гипоперфузия).

Основными причинами развития ВЖК: сочетание низкого гестационного возраста и массы

тела при рождении, ЗВУР (малый к сроку гестации); вспомогательные акушерские пособия; неадекватные параметры ИВЛ; высокая инфузионная нагрузка и нарушения свертывающей системы крови.

Тяжелые осложнения перинатальной патологии ЦНС в виде ВЖК, ПВЛ и ДЦП являются основной причиной летальных случаев и инвалидности.

ПВЛ чаще развивалась у детей со сроком гестации 29-32 недели (ОНМТ),

ДЦП преимущественно у детей до 29 недель гестации (ЭНМТ).

У 66,7% детей с летальным исходом выявлена крайняя незрелость.

Внедрение современных методов интенсивной терапии и реабилитации, позволило снизить длительность респираторных нарушений и сердечно-сосудистых расстройств, а соответственно, и гипоксическо-ишемических осложнений со стороны ЦНС.

Профилактика, адекватное и своевременно начатое лечение прямо коррелирует с исходом и прогнозом заболевания, препятствуя прогрессированию патологии и возникновению тяжелых осложнений.

Список литературы/ Iqtiboslar/ References

1. Федорова Л.И. Перинатальные повреждения головного мозга у детей с экстремально низкой массой тела при рождении. Л.И. Федорова, О.А. Власова. Материалы конференции Перинатальная анестезиология и интенсивная терапия матери, плода и новорожденного. Екатеринбург, 2009; 381-383.
2. Kaija Mikkola et al. Neurodevelopmental Outcome at 5 Years of Age of a National Cohort of Extremely Low Birth Weight Infants Who Were Born in 1996-1997. *Pediatrics*. December 2010; 116; 1391-1400.
3. Кулаков В.И. Новорожденные высокого риска: новые диагностические и лечебные технологии. Под ред. В.И. Кулакова, Ю.И. Барашнева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010; 18-34.
4. Яцык Г. В. Алгоритмы диагностики, лечения и реабилитации перинатальной патологии маловесных детей. Под ред. Г.В. Яцык - М. : Педагогика-Пресс. 2012; 96.
5. Кулаков В.И. Проблемы и перспективы выхаживания детей с экстремально низкой массой тела на современном этапе. В.И. Кулаков, А.Г. Антонов, Е.Н. Байбарина. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2016; 4: 8-11.
6. Шниткова Е.В. Нервно-психическое здоровье детей, перенесших перинатальное поражение нервной системы. Е.В. Шниткова, Е.М. Бурцев, А.Е. Новиков. *Журнал невропатологии и психиатрии*. 2010; 3; 57-59.
7. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. Ю.И. Барашнев. М.: Триада-Х, 2005; 112-162.
8. Барашнев Ю.И. Роль гипоксическо-травматических повреждений головного мозга в формировании инвалидности с детства. Под ред. Ю.И. Барашнева. *Рос. вестник перинатологии и педиатрии*. 2006; 4; 41-46.
9. Шабалов Н.П. Неонатология. Под ред. Н.П. Шабалова. СПб, Спец. лит. 2018; 1; 607 с.
10. Володин Н.Н. Современные подходы к комплексной терапии перинатальных поражений ЦНС у новорожденных. Под ред. Н.Н. Володиной, С.О. Рогаткина. *Фарматека*. 2014; 1; 72 - 81.
11. Володин Н. Н. Перинатальная энцефалопатия и ее последствия — дискуссионные вопросы семиотики, ранней диагностики, терапии. Н.Н. Володин, М.И. Медведев, С.О. Рогаткин. *Рос. педиатрический журн*. 2011; 1; 4 - 8.
12. Wood N. S. Neurological and developmental disability after extremely preterm birth. N. S. Wood. *The New England Journal of Medicine*. 2010. Vol. 343 (6). P. 378 - 384.
13. Barclay L. Hyperglycemia in Extremely Preterm Infants Linked to Poor Outcomes CME. L. Barclay, D. Lie. *Pediatrics*. 2010. Vol. 125. 584-591.
14. Michael J. Increasing Prevalence of Cerebral Palsy Among Very Preterm Infants: A Population-Based Study. J. Michael. *Pediatrics*. 2016. Vol. 118. P. 1621-1626.
15. William M. Callaghan. The Contribution of Preterm Birth to infant Mortality in the United States. *Pediatrics*. 2016. Vol. 118. P. 1566-1573.

Мусаев Ю.М., Датхаева Г.М., Бектенова Г.Е., Жумабеков Ж.К. Досанова А.Н., Кайыпова Ф.С.	
ЗДОРОВЬЕ И ГЕНОФОНД НАЦИИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ В АСПЕКТЕ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЫ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО	58
Мусаев Юлдаш Мусаевич, Датхаева Гульмира Маханбетовна, Бектенова Гульмира Ерсейтовна, Жумабеков Жарылхан Куанышбекович, Досанова Ф.Н, Кайыпова Фарида	
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГИПОТЕРМИЧЕСКОГО СИНДРОМА КАК ЭКВИВАЛЕНТ РТГАЛ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ	61
Мусаев Юлдаш Мусаевич, Датхаева Гульмира Маханбетовна, Бектенова Гульмира Ерсейтовна, Ж.К. Жумабеков, А.Н., Досанова, Ф.С. Кайыпова,	
МИКРОНУТРИЕНТНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ КАК ВЫСОКИЙ РИСК РОЖДЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА	63
Налетов А.В., Свистунова Н.А.	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДЛИТЕЛЬНОЙ БЕЗМОЛОЧНОЙ ДИЕТЕ	65
Насирова Д.Ш., Азимова Н.М., Усманов С.А. Маджидова Ё.Н.	
КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ	68
Нечаев В.Н., Черненко Ю.В., Панина О.С.	
АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС И ЛЕЧЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ	72
Ниязова М.Т., Азимова З. Б.	
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ	76
Ортикбоева Н.Т., Сирожиддинова Х.Н., Абдухалик-Заде Г.А.	
ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫЕ ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ	79
Островский И.М.	
СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОНЪЮГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ В ДОНБАССЕ	82
Прохоров Е.В., Гончарова Т.А.	
ХАРАКТЕР ЭНЕРГОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС	86
Пшеничная Е.В.	
РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ГЕОМЕТРИИ МИОКАРДА У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ ПРЕДПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА	91
Раббимова Д.Т., Юсупов Ф.Т.	
РЕГУЛЯТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СЕПСИСЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПО ДАННЫМ КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИИ	97
Расулов С.К., Суванкулов У.Т., Турамкулов Ш. Н, Саидова Ф. С.	
ВЛИЯНИЕ ВОДНОГО ФАКТОРА НА РАЗВИТИЕ ДЕФИЦИТА МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У ДЕТСКОГО И ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ.	101
Рахманов К. Э., Абдурахманов Д. Ш., Анарбоев С. А.	
ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ	106

Рузикулов Н.Ё., Маматкулова Ф. Х., Ибатова Ш. М. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ФАКТОРОВ ИММУНИТЕТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК ОБМЕННОГО ГЕНЕЗА	111
Рустамов М.Р., Закирова Б.И., Ибрагимова М.Ф., Махмудова З.Р., Джураев Ж.Д., Мамаризаев И.К. ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ВИТАМИНА Д НА РАЗВИТИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ	114
Саидова М.А. ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ОЧАГОВ В ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ	117
Сергиенко Е.Н. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОГО СЕПСИСА У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	120
Сирожиддинова Х.Н., Абдухалик-Заде Г.А, Олтибаев У.Г. Ортикбоева Н.Т., Усманова М.Ф. ОТДАЛЕННАЯ ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ	124
Смирнова Н. Н., Куприенко Н.Б. ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ВОЗМОЖНЫЕ РИСКИ В БУДУЩЕМ	128
Спиваковский Ю.М., Спиваковская А.Ю., Волкова О.В., Городков С.Ю., Кандрина А.В. ИНФАНТИЛЬНЫЕ ГЕАНГИОМЫ У ДЕТЕЙ: ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА БАЗЕ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ	131

Подписано в печать 22.11.2021.

Формат 60×84 1/8

Усл. п.л. 16,51

Заказ 254

Тираж 30 экз.

Отпечатано в типографии

СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18