

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

ISSN 2181-1008
DOI 10.26739/2181-1008

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

2023

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH
SPECIAL ISSUE



ТОМ - I



ТОШКЕНТ - 2023



ISSN 2181-1008 (Online)

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

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский университет,
tadqiqot.uz

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Ответственный секретарь

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф;
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц;
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

Редакционный совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
А.Н. Арипов (Ташкент)
М.Ш. Ахророва (Самарканд)
Н.В. Болотова (Саратов)
Н.Н. Володин (Москва)
С.С. Давлатов (Бухара)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
М.М. Матлюбов (Самарканд)
Э.И. Мусабаев (Ташкент)
А.Г. Румянцев (Москва)
Н.А. Тураева (Самарканд)
Ф.Г. Ульмасов (Самарканд)
А. Фейзиоглу (Стамбул)
Ш.М. Уралов (Самарканд)
А.М. Шамсиев (Самарканд)
У.А. Шербексов (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати информации

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

Тел.: +998662333034, +998915497971

E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

1. Атаева Мухиба Сайфиевна, Рустамов Мардонкул Рустамович ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	6
2. Ачилова Феруза Ахтамовна, Хайдарова Сарвиноз Хайдаржоновна НАРУШЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СИСТОЛЫ У ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ	10
3. Ачилова Феруза Ахтамовна, Раббимова Дилфуза Тоштемировна ЗНАЧЕНИЕ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT В КЛИНИКЕ СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	14
4. Абдурахмонов Илхом Рустамович, Шамсиев Джахонгир Фазлитдинович БОШ МИЯ ФАЛАЖИ БИЛАН ПАРАНАЗАЛ СИНУСИТЛАРИ БОР БЕМОР БОЛАЛАРДА БУРУН ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ МУКОЦИЛИАР КЛИРЕНСИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ	18
5. Abdurakhmanova Zamira Ergashboevna, Dr. Imran Aslam, Babajanova Venera Aitekovna IVABRADINE WITHOUT CLINICAL HEART FAILURE IN STABLE CARDIOVASCULAR DISEASE	22
6. Абдуллаев Дониер Баходырович, Алиев Ахмаджон Лутфуллаевич ЭРТА ЁШДАГИ БЕМОР БОЛАЛАРДА ГЕРПЕТИК СТОМАТИТ ФОНИДА ЎТКИР ЗОТИЛЖАМ КЕЧИШИНИНГ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА УНИ ДАВОЛАШ УСУЛИ	25
7. Абдукадирова Наргиза Ботирбековна, Ибатова Шоира Мавлановна, Уралов Шухрат Мухтарович ОЦЕНКА УРОВНЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ВСКАРМЛИВАНИЯ	29
8. Axmedova Dilbar Yusufjonovna TUG'MA PNEVMONIYANING KLINIK KECHISH XUSUSIYATI VA ASORATLARI	32
9. Агзамходжаева Барно Улугбековна, Салихова Камола Шавкатовна, Шамансуров Шаанвар Шамуратович, Ишниязова Надира Дурдыбаевна ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ	35
10. Азизова Нигора Давлятовна, Шамсиев Фуркат Мухитдинович, Туракулова Хилола Эркиновна, Мусажанова Раъно Анварбековна РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	38
11. Ахрорхонов Рустамхон Акмалхон ўгли, Алиев Ахмаджон Лутфуллаевич ЗОТИЛЖАМ БИЛАН ОФРИГАН ИЛК ЁШДАГИ ТАНГЛАЙ–ЛАБ КЕМТИКЛИК НУҚСОНИ БОР БОЛАЛАРНИНГ КЛИНИК ТАВСИФИ	41
12. Azimbegova Sitora Nodirovna MODIFICATION OF TREATMENT OF TYPE 1 DIABETES MELLITUS IN CHILDREN AND PREVENTION OF DIABETIC RETINOPATHY	44
13. Алланазаров Алишер Боймуратович, Мамаризаев Иброхим Комилжонович, Абдукодирова Шахноза Бахроновна ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТОРОГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ РНЦЭМП САМАРКАНДСКОГО ФИЛИАЛА	47
14. Нигина Собиржоновна Базарова, Зиядуллаев Шухрат Худойбердиевич ЗАВИСИМОСТЬ ПРОГНОЗА ОТ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО НЕФРИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	49
15. Нигина Собиржоновна Базарова, Шокира Шавкатовна Шомуратова ХАРАКТЕРИСТИКА МОЧЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕФРИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	52
16. Белкина (Баженова) Юлия Львовна КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ В СООТВЕТСТВИИ С УРОВНЕМ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	55
17. Begnayeve Muxiba Usmonovna, Klinik farmakologiya kafedrası assistenti, Abdurahmonov Ihomjon Rustamovich, Uralov Shuhrat Muxtarovich BOLALARDA SURUNKALI GEPATITNI DAVOLASHDA URSOSAN QO'LLANILISHINING AFZALLIKLARI	58
18. Бостанова Мадина Рамазановна, Казимурзаева Камила Сираджутдиновна, Щеглова Антонина Олеговна ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ДЕТЕЙ	61
19. Burkhanova Dilovar Sadridinovna, Dr. Imran Aslam, Jiyanboev Nodirbek Soatboevich ACUTE MYOCARDITIS LINKED TO THE ADMINISTRATION OF THE COVID 19 VACCINE	64

20. Воробьева Анастасия Вячеславовна ТИПЫ КОНСТИТУЦИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ	67
21. Грубова Елизавета Владимировна, Галкина Евгения Ефимовна, Горлова Ирина Сергеевна РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГАММА–АМИНОМАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ МЕТОДОМ ТОНКОСЛОЙНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ	69
22. Garifulina Lilya Maratovna, Goyibova Nargiza Salimovna FUNCTIONAL STATE OF KIDNEYS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH OBESITY	73
23. Ганиева Марифат Шакировна СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ СДВИГОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПИЕЛОНЕФРИТАХ У ДЕТЕЙ	76
24. Лариса Александровна Горбач, Динара Намазовна Аджаблаева ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ИЗ ОЧАГОВ ЛЕКАРСТВЕННО-ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО И ЛЕКАРСТВЕННО – УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА	79
25. Гарифулина Лиля Маратовна, Гойибова Наргиза Салимовна СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	82
26. Григорова Л.И., Стреляева А.В., Зайчикова С.Г., Васькова Л.Б., Лазарева Ю.Б., Федорова Л.В., Кузнецов Р.М. СТАНДАРТИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ТРАВЫ ЛОБУЛЯРИИ МОРСКОЙ	85
27. Djurabekova Aziza Tohirovna, Utaganova Guljaxon Xolmuminovna, Isanova Shoirra To'liqinovna, Muxtarova Maftuna Alisherovna BOLALARDA ASORATLI TUG'RUQ TA'SIRIDA RIVOJLANADIGAN GIPERTENZIYION-GIDROSEFAL SINDROMINI ERTA TASHXISLASH VA DAVOLASH	89
28. Даминова Хилола Маратовна, Матмуродов Рустам Жуманазарович ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ: ДОПАДЕКС СР, ПРАМИПЕКСОЛ И ПИРИБЕДИЛ ПРИ РАННЕМ И ПОЗДНЕМ ПАРКИНСОНИЗМЕ	92
29. Жалилов Аслиддин Холматович, Уралов Шухрат Мухтарович ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭРИТРОНА ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ	95
30. Jalilova Dildora Murodovna KICHIK O'LCHAMLI TOSHLARNI KO'CHISHINI TAMINLASHDA QO'LLANILADIGAN DORI VOSITALARI	98

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ачилова Феруза Ахтамовна

ассистент кафедры Пропедевтики детских болезней
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Хайдарова Сарвиноз Хайдаржоновна

PhD, и.о. доцента кафедры Пропедевтики детских болезней
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

НАРУШЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СИСТОЛЫ У ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ.

For citation: Achilova F. A., Khaydarova S. K.. /Disturbance of the electrical systole in children with rheumatic fever.

АННОТАЦИЯ

Нарушение электрической систолы у больных детей с ревматической лихорадкой играют большую роль в формировании нарушений ритма, нередко приводящих к фатальным исходам. Изучение данного аспекта болезни наиболее целесообразно для профилактики дальнейших осложнений и выбора тактики лечения.

Ключевые слова: электрическая систола, ревматическая лихорадка, дети, синдром удлиненного интервала QT.

Achilova Feruza Akhtamovna

Assistant of the Department of propaedeutics of children's diseases
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Khaydarova Sarvinoz Khaydarzhanovna

PhD, Acting Associate Professor of the Department of Propaedeutics
of children's diseases
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

DISTURBANCE OF THE ELECTRICAL SYSTOLE IN CHILDREN WITH RHEUMATIC FEVER

ABSTRACT

Disturbance of the electrical systole in sick children with rheumatic fever play an important role in the formation of rhythm disturbances, often leading to fatal outcomes. The study of this aspect of the disease is most appropriate for the prevention of further complications and the choice of treatment tactics.

Key words: electrical systole, rheumatic fever, children, long QT syndrome.

Актуальность исследования. Относительно недавно в кардиологии выделилась группа заболеваний и/или клинико-электрокардиографических синдромов, сопряженных с высоким риском развития опасных для жизни аритмий и внезапной смерти (ВС) у лиц молодого возраста. К ним относятся синдром удлиненного интервала QT (СУИ QT), синдром короткого интервала QT (СКИ QT), синдром Бругада, катехоламинергические полиморфные желудочковые тахикардии и аритмогенная дисплазия правого желудочка. Все эти заболевания сегодня объединены в понятие «каналопатии», так как в основе их патогенеза лежит молекулярно-генетические аномалии регуляции ионных каналов кардиомиоцитов [2,3,5,12]. В течение последних двух десятилетий значительный прогресс в понимании электрофизиологических основ внезапной аритмической смерти во многом был обусловлен интенсивными исследованиями СУИ QT, при котором имеется высокий риск ВСС вследствие развития угрожающих жизни желудочковых аритмий. Данный синдром относится к первичным электрическим заболеваниям сердца [2,4] и характеризуется удлинением интервала QT на ЭКГ покоя, приступами потери

сознания вследствие полиморфной ЖТ, тахикардии типа «пируэт» или фибрилляции желудочков [6,10,13-20]. Ревматизм (син.: Острая ревматическая лихорадка; болезнь Сокольского-Буйо) – заболевание, характеризующееся системным воспалительным поражением соединительной ткани аутоиммунной природы с вовлечением сердца и сосудов, инициируемое β-гемолитическим стрептококком группы А, развивающееся у детей, имеющих генетическую предрасположенность к ней [1,7,9].

Первичная выявляемость острой ревматической лихорадки в настоящее время составляет от 0,06 новых случаев на 1000 человек населения в год в индустриально развитых странах (Япония, Великобритания) до 19,2 – в развивающихся (Южная Африка). У детей частота заболеваемости составляет 0,08–10,06% детей. Болеют дети 7-15 лет, в 30 % случаев заболевание имеет семейный характер, у детей дошкольного возраста ревматическая лихорадка практически не встречается.

Электрокардиограмма при ревмокардите характеризуется замедлением атриовентрикулярной проводимости, как правило, I степени. Кроме того, могут выявляться нарушения

сердечного ритма, удлинение электрической систолы, нарушения реполяризации желудочков [3,8,11].

М.Г. Кантемировой и соавт. с целью определения современной структуры и особенностей клинических проявлений ревматической лихорадки у детей проведен анализ 62 историй болезни 44 детей в возрасте от 4,5 до 17 лет с ОРЛ (острой ревматической лихорадкой) (82%) и ПРЛ (подострой ревматической лихорадкой) (18%) [5]. Отмечается тенденция к более тяжелому течению ревмокардита с развитием недостаточности кровообращения, панкардита и/или вальвулита одновременно митрального и аортального клапанов. У всех детей с миокардитами имела место атриовентрикулярная блокада I степени с быстрой нормализацией интервала PR на ЭКГ на фоне противовоспалительной терапии. Тяжесть поражения сердца у 25% детей с ОРЛ была обусловлена с развитием панкардита и/или сочетанного вальвулита МК и аортального клапанов, что в сочетании с недостаточностью кровообращения у 65% детей подтверждает данные о наметившейся в начале XXI века тенденции к утяжелению течения ревмокардита [4,6,7]. Удлинение интервала PR на ЭКГ с быстрой положительной динамикой на фоне терапии выявлено у 23 (52%) детей. Следует отметить что, на ЭКГ нередко отмечались признаки дисфункции синусового узла (16%), удлинение интервала QT(16%), повышение электрической активности левого желудочка (38%) [1,2,8,10].

Продолжительность электрической систолы желудочков имеет важное клиническое значение, поскольку патологическое удлинение и укорочение электрической систолы желудочков может быть одним из маркеров появления жизни угрожаемых аритмий. Исследования о возможности выявления частоты СУИ QT у больных детей с миокардитами и врожденными пороками сердца в нашей Республике не проводились. Решение данного вопроса считаем актуальным. В связи с этим целью работы явилось изучение выявления частоты встречаемости синдрома удлиненного интервала QT среди больных детей с ревматической лихорадкой, а так же разработка наиболее достоверных и информативных клинико-электрокардиографических критериев диагностики.

Материалы и методы исследования: Контрольную группу составили 80 здоровых детей разных возрастных категорий, сопоставимых по возрасту и полу. Исследование проводилось в основном в кабинете функциональной диагностики детей семейной поликлиники № 3 г. Самарканда. Исследованы различные возрастные группы. Детей от 0 до 2 лет составило 20 больных, от 2 до 7 лет – 20 больных, от 7 до 12 лет – 20 больных и детей старше 12 лет 20 больных.

На базе Областного Многопрофильного Детского Медицинского центра в отделении кардиоревматологии нами было обследовано по стационарным и архивным материалам 385 больных детей, 209 (54,2%) мальчиков и 176 (45,8%) девочек. Исследованы различные возрастные группы. Детей от 0 до 2 лет составило 167 больных, от 2 до 7 лет – 82 больных, от 7 до 12 лет – 78 больных и детей старше 12 лет 58 больных.

В нашем исследовании по стационарным данным и архивным материалам были выявлены 205 больных детей с неревматическими миокардитами, из них 113 мальчиков и 92 девочек. 103 больных детей с ревматической лихорадкой, 51 мальчиков и 52 девочек.

В диагностики СУИ QT важная роль принадлежит электрокардиографии. Интервал QT рекомендуется оценивать на синусовом ритме при стабильной частоте сердечных сокращений (ЧСС), в отсутствие выраженной синусовой аритмии во II стандартном или грудных отведениях. В норме интервал QT находится в пределах от 350 до 440 мс.

Методика исследования проводилась на основе электрокардиографического метода исследования, где мы с помощью линейки Эйтховена измеряли вручную на бумаге классическим методом Е. Lepeshkin и В. Surawich интервал RR и интервал QT в различных отведениях не менее 5 сердечных

циклов.

Результаты исследования. Ревматическая лихорадка у всех обследованных нами 385 больных детей была зарегистрирована у 103 (26,8%) лечившихся в СОДММЦ. В возрасте от 0 до 2 лет РЛ зарегистрировано у 2 детей (1,9%), в возрасте от 2 до 7 лет у 24 (23,3%) детей, от 7 до 12 лет у 42 (40,8%) детей, и у детей старше 12 лет у 35 (34,0%) детей. У 74 (71,8%) детей течение РЛ было острое, у 29 (28,2%) детей подострое.

I степень активности процесса у детей в возрасте 0-2 лет было у 1 (1,0%) больного, 2-7 лет у 18 больных (14,5%), 7-12 лет у 23 (22%) больных и старше 12 лет у 17 (16,5%) больных. II степень активности процесса у детей в возрасте 0-2 лет наблюдалось у 1 (1,0%) больного, 2-7 лет у 4 больных (3,9%), 7-12 лет у 17 (16,5%) больных и старше 12 лет у 17 (16,5%) больных. III степень активности процесса у детей в возрасте 0-2 лет наблюдалось в 2-7 лет у 2 больных (1,9%), 7-12 лет у 2 (1,9%) больных и старше 12 лет у 1 (1,0%) больного.

Заболевание начиналось после перенесенной ангины (39,4%) или острого респираторного заболевания (23,6%), наличия кариеса зубов (43,8%). У больных преобладали жалобы на повышение температуры тела (58,7%), боли в суставах, преимущественно коленных и голеностопных (79,5%). Основными жалобами у большинства детей являются проявления астенического синдрома – вялость, недомогание, повышенная утомляемость, раздражительность, эмоциональная лабильность и лишь 4 – 6% детей имели в дебюте субъективную симптоматику – боли в области сердца, сердцебиения. При анализе анамнестических данных выявлено, что у детей с РЛ достоверно чаще, чем у здоровых встречались анте и перинатальная патология, и отягощенный анамнез. В большом числе случаев имела место сочетанная патология беременности и родов (45,3% против 16,9% у здоровых).

Согласно нашим исследованиям, состояние всех больных в остром периоде в основном было средней тяжести, в 28,9% случаев имелись клинические признаки недостаточности кровообращения, бледность, одышка, выраженная тахикардия, увеличение границ сердца, печени и др.

При исследовании функционального состояния сердечно-сосудистой системы при РЛ мы учитывали клинические и электрокардиографические данные. Во всех случаях были выявлены различная степень поражения сердечно-сосудистой системы. Так, у 3 (2,9%) больных детей на высоте заболевания кожные покровы были резко-бледными, у 11 (10,7%) окраска была бледно-розовой.

При перкуторном и рентгенологическом исследовании в остром периоде болезни размеры сердца у половины детей этой группы были в пределах возрастной нормы. У 24 (23,3%) больных отмечено некоторое расширение границ сердца (в основном за счет левых отделов) на 1,0-1,5 см и это влияло на тяжесть заболевания. При аускультации тоны сердца были глухими у 9 (8,7%), приглушенными у 36 (34,9%) больных.

В клинической картине РЛ у детей преобладали такие симптомы, как быстрая утомляемость, артралгия, субфебрильная температура тела, кардит, эмоциональная лабильность, раздражительность. При аускультации приглушение тонов сердца, появление шумов, перкуторно – расширение границ сердца.

При измерении интервала QT у общего количества детей (103) составил $330 \pm 3,0$ мс, при вычислении формулой Bazett $300 \pm 3,0$ мс, при модифицированной формуле Bazett $407 \pm 4,0$ мс, при формуле Fridericia $378 \pm 3,0$ мс, при вычислении формулой Sagie $381 \pm 2,6$ мс.

Мы можем увидеть, что у больных детей с РЛ измеренный интервал QT отличается от Bazett на 30 мс; скорректированный интервал QT отличается от измеренного интервала на 77 мс, от Bazett на 107 мс, от Fridericia на 29 мс, от Sagie на 26 мс; Fridericia отличается от измеренного интервала на 48 мс, от Bazett на 78 мс; Sagie отличается от измеренного интервала на 51 мс, от Bazett на 81 мс, от Fridericia 3 мс.

Необходимо отметить что, пределы колебаний интервала QT широко варьировали. При вычислении скорректированного интервала QT значения превышали 440 мс на 148, при вычислении формулой Sagie на 4 мс. Это указывает на более высокие показания при вычислении модифицированной формулой Bazett для скорректированного интервала QT. Что указывает на то что, измерение формулой Bazett для скорректированного интервала QT имеет широкий предел колебаний, указывающий на патологическое укорочение или удлинение интервала, но клинической симптоматики не было. Соотношение продолжительности электрической систолы, вычисляемое от начала Q и до конца зубца T электрокардиограммы, у больных детей с РЛ при измеренном интервале QT и по формуле Bazett различаются данные в возрасте от 0 до 2 лет, от 2 до 7 лет у больных и здоровых детей, имея статистически достоверные данные ($P < 0,05$). Корректированный интервал QT имеет различия по возрасту и по полу, имея статистически достоверные различия, т.е. $P < 0,05$. Формулы Fridericia и Sagie различаются в возрасте от 0 до 2 лет, от 2 до 7 лет и от 7 до 12 лет, а в возрасте старше 12 лет данные здоровых и больных детей практически идентичны.

При обследовании 103 больных с ревматической лихорадкой было выявлено удлинение интервала QT по формуле Bazett у 16 (15,5%) больных детей, при вычислении по модифицированной формуле Bazett для скорректированного интервала QT удлинение у 18 (17,5%) больных детей, по формуле Fridericia у 10 (9,7%) больных детей и по формуле Sagie у 9 (8,7%) больных детей. Выявленное удлинение интервала QT по формуле Bazett составляет 15,7%, но клинико-инструментальные признаки

отмечены не у всех выявленных больных.

При детальном клинико-инструментальном обследовании детей удлинение интервала QT было установлено у 6 (5,8%) больных, а диагноз СУИ QT был выявлен у 3 (2,9%) детей. Диагноз устанавливался по клинико-электрокардиографические критериям P. Schwartz, по которым все трое детей получили более 4 баллов, т.е. диагноз СУИ QT высоко вероятен. Также мы работали с диагностической таблицей распознавания СУИ QT, по которой эти дети получили сумму баллов свыше +18, что указывает на наличие данного синдрома. Всем трем детям, был поставлен диагноз СУИ QT – форма Романо-Уорда. У остальных 3 (2,9%) детей удлинение вторичное, за счет гипомагниемии и гипокалиемии (магний менее 0,08 ммоль/л и калий менее 2,5 ммоль/л).

Выводы. Следовательно, при ревматической лихорадке мы выявили удлинение интервала QT по формуле Bazett у 16 (15,5%) больных детей, при вычислении по модифицированной формуле Bazett для скорректированного интервала QT удлинение у 18 (17,5%) больных детей, по формуле Fridericia у 10 (9,7%) больных детей и по формуле Sagie у 9 (8,7%) больных детей. При вычислении интервала QT значения превышали 440 мс на 148, формулой Sagie на 4 мс. Это указывает на более высокие показания при вычислении модифицированной формулой Bazett для скорректированного интервала QT, чем вычисленные показатели формулами Fridericia и Sagie. Что говорить о том, что формула Fridericia дает наиболее достоверные результаты, чем другие.

Список литературы / Iqtiboslar / References

1. Ачилова Ф.А., Раббимова Д.Т., Ибатова Ш.М. Нарушение электрической систолы у детей с незаращением межжелудочковой перегородки. Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований ISSN 2181-1008 DOI 10.26739/2181-1008 N 3 (том II), 60-63
2. Ачилова Ф.А. Клинико-функциональные особенности сердечно-сосудистой системы при малых аномалиях сердца у детей. Re-health Электронный научный журнал ISSN 2181-0443 Выпуск №4. Андижан 2020.
3. Велеславова О.Е. Генетически детерминированные заболевания сердца как причина внезапной сердечной смерти: каналопатии// Клинические лекции по избранным проблемам кардиологии/ Под. ред. проф. Н. Б. Перепеча, проф. Ю. В. Шубика, д.м.н. М. М. Медведева, проф. В. С. Гуревича.-С-Пб., 2015. – Т. 4. – С. 330-339.
4. Диагностика и лечение нарушений ритма и проводимости сердца у детей (под редакцией М.А. Школьниковой, Д.Ф. Егорова): Учебное пособие.-СПб.: Человек, 2012.-С. 259-270
5. Кантемирова М.Г., Коровина О.А., Артамонова В.А., Агафонова Т.В., Новикова Ю.Ю., Мамаева Е.А., Бузина Н.В., Овсянников Д.Ю., Колтунов И.Е. Острая ревматическая лихорадка у детей: облик болезни в начале XXI века. Педиатрия 2012;Том 91, №5: 17-22.
6. Макаров Л. М. ЭКГ в педиатрии.-3-е издание.-М.: ИД «Медпрактика-М.», 2013.-С. 369-398.
7. Рябыкина Г.В., Соболев А.В. Холтеровское и бифункциональное мониторирование ЭКГ и артериального давления//М.: ИД «Медпрактика-М.», 2016. – С. 204 – 215.
8. Саломов И.Т., Ачилова Ф.А. Синдром удлиненного интервала QT у детей с НМЖП. Педиатрия илмий-амалий журнал №3-4, Тошкент 2014. 214-216
9. Сухарева Г.Э. Особенности наблюдения пациентов с синдромом удлиненного интервала QT (случай из практики)/ Г. Э. Сухарева /Крымский терапевтический журнал.-2013.-№1(20). – С.111-115.
10. Achilova F.A., Ibatova Sh.M., Kodirova M.M. Disturbance of electrical systole in children with acute rheumatic fever. EPRA International Journal of Multidisciplinary Research (IJMR) – Peer Reviewed Journal Volume: 8| Issue: 2| February 2022. P. 157-160
11. Ризаев Ж.А., Рустамов М.Р., Шавази Н.М. Школа педиатров Самарканда. Журнал гепатогastro-энтерологических исследований №3, 2021г., С. 2-5
12. Абдурасулов Ф. П., Юлдашев Б. А., Муродова М. Д. Коррекция гиперкоагуляционного синдрома у больных хроническом гломерулонефритом с нефротической формой //ТОМ–II. – 2019. – Т. 16. – №. 2. – С. 250.
13. Фейзуллаева Н. и др. Состояние сердечно-сосудистой системы и центральной гемодинамики при гломерулонефрите у детей // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3.2. – С. 21-26.
14. Уралов Ш. М., Жураев Ш. А., Исраилова С. Б. О влиянии факторов окружающей среды на качество жизни и здоровье молодежи // So 'ngi ilmiy tadqiqotlar nazariyasi. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 6-13.
15. Гарифулина Л. М., Гойибова Н. С. СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ //ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2020. – Т. 1. – №. 1.
16. Garifulina L., Ashurova M., Goyibova N. Characteristic of the cardiovascular system in children and adolescents at obesity in accompaniment of arterial hypertension //European Journal of Molecular and Clinical Medicine. – 2020. – №. 7 (3). – С. 3171.
17. Ашурова М. Ж., Гарифулина Л. М. Минеральная плотность костей и уровень Витамина Д У ДЕТЕЙ с ожирением //Children's Medicine of the North-West. – 2020. – Т. 8. – №. 1. – С. 44-44.
18. Гарифулина Л. М., ашурова м. Ж., гойибова н. С. Оценка компонентов метаболического синдрома у детей с ожирением //здоровье семьи-будущее россии.
19. Гойибова н. С., гарифулина л. М. Функции почек у детей с ожирением //вопросы науки и образования. – 2020. – №. 26 (110). – с.

- 51-57.
20. Rabbimova D. The states of immune and vegetative nerve system in children at the early age with sepsis //Medical and Health Science Journal. – 2011. – Т. 5. – С. 7-10.
 21. Гарифулина Л. М., Гойибова Н. С. СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ //ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2020. – Т. 1. – №. 1.
 22. Garifulina L., Ashurova M., Goyibova N. Characteristic of the cardiovascular system in children and adolescents at obesity in accompanience of arterial hypertension //European Journal of Molecular and Clinical Medicine. – 2020. – №. 7 (3). – С. 3171.
 23. Ашурова М. Ж., Гарифулина Л. М. Минеральная плотность костей и уровень Витамина Д У ДЕТЕЙ с ожирением //Children's Medicine of the North-West. – 2020. – Т. 8. – №. 1. – С. 44-44.
 24. Гарифулина Л. М., ашурова м. Ж., гойибова н. С. Оценка компонентов метаболического синдрома у детей с ожирением //здоровье семьи-будущее россии.
 25. Гойибова н. С., гарифулина л. М. Функции почек у детей с ожирением //вопросы науки и образования. – 2020. – №. 26 (110). – с. 51-57.

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH
SPECIAL ISSUE

ТОМ - I

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амир Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000