

# ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических  
исследований



СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

2023

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH  
SPECIAL ISSUE



ТОМ – III



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. Мусабоев (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. Шербеков (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](mailto:hepato_gastroenterology@mail.ru).

## СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

1. Рябова Александра Игоревна, Дмитриев Андрей Владимирович, Чумаченко Мария Сергеевна, Глуховец Илья Борисович СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РОЖДЁННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19).....	6
2. Рахимова Хидоят Мамарасуловна, Сулайманова Нилуфар Эргашевна СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКОВ ПРИ ДЕТСКИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ РАССТРОЙСТВАХ.....	10
3. Спиридонова Татьяна Ивановна, Панина Елена Андреевна, Дусаева Асея Есинтаевна ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОТИВОМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ.....	13
4. Saidova Firuza Salomovna, Rasulov Saydullo Qurbonovich, Mamedov Arzu Nazirovich BOLALARDA GELMINTOZLAR EPIDEMIOLOGIYASI.....	15
5. Сейсебаева Роза Жакановна, Н.А. Барлыбаевой, Саиранкызы Салтанат РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ СРЕДИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ Г. АЛМАТЫ.....	19
6. Сергей Владимирович Селезнев, Павел Юрьевич Мыльников, Юлия Транова, Алексей Владимирович Щулькин, Сергей Степанович Якушин, Елена Николаевна Якушева ВСАСЫВАНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С КОНТРОЛИРУЕМОЙ И НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	22
7. Стежкина Елена Викторовна, Белых Наталья Анатольевна, Агапова Анна Ивановна СИНДРОМ ПЕЙТЦА–ЕГЕРСА У РЕБЕНКА ПОД МАСКОЙ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ.....	25
8. Turaeva Dilafruz Kholmurodovna, Garifullina Lilia Maratovna STATE OF THE GIT IN CHILDREN WITH NON-ALCOLIC FATTY LIVER DISEASE.....	28
9. Тахирова Рохатой Норматовна ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРМОНОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ.....	32
10. Токсанбаева Жанат Садебековна, Ибрагимова Айгуль Гаффаровна, Касымбекова Дамира Аманалиевна ИССЛЕДОВАНИЯ ПО РАЗРАБОТКЕ СОСТАВА РАСТИТЕЛЬНОГО СБОРА, ВЛИЯЮЩЕГО НА СИСТЕМУ КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	35
11. Turdieva Shokhida Tolkunovna, Yuldoshova Maftuna Ollayorovna CHANGES IN HEMATOLOGICAL INDICATORS IN GASTRODUODENAL PATHOLOGY IN CHILDREN.....	38
12. Терехина Татьяна Анатольевна, Дмитриев Андрей Владимирович, Смирнова Вера Владимировна, Стежкина Елена Викторовна РЕГИСТР ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С МУКОВИСЦИДОЗОМ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ: РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ.....	41
13. Турсункулова Дилшода Акмаловна НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ.....	45
14. Ушакова Рима Асхатовна ПАРВОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В19 В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА.....	47
15. Usmanova Munira Fayzulayevna, Sirojiddinova Xiromon Nuriddinovna YANGI TUG'ILGAN SHAQALOQLARDA GIPOTERMİYANI OLDINI OLISHNING ANAMIYATI.....	50
16. Файзиев Абиджан Нишанович, Улугов Аскар Исмамович ОСНОВНЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	53
17. Хайдарова Сарвиноз Хайдаржоновна ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ЗАТЯЖНЫМ ТЕЧЕНИЕМ.....	56
18. Хан Богдан Владимирович ОПЫТ ПРИЕМА ЦИНКОСОДЕРЖАЩИХ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК ДЕТЬМИ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ВЕЛОСПОРТОМ.....	60
19. Хасанова Гульбахор Рахматуллаевна, Кодиров Низом Даминович, Халиков Каххор Мирзаевич, Уралов Шухрат Мухтарович ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ, СОДЕРЖАЩИЕ ФИТОНЦИДЫ.....	62
20. Хусинова Шоира Акбаровна, Хакимова Лейла Рафиковна ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	65

21. Hazratqulova Mashhura Ismatovna SHAQALOQLARDA TUG'MA SITOMEGALOVIRUS INFEKSIYASI KECISHI.....	68
22. Холжигитова Мухайё Бердикуловна АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ПОДРОСТКОВ.....	71
23. Xoliqova Gulnoz Asatovna, Uralov Shuxrat Muxtarovich, Rabbimova Dilfuza Toshtemirovna BOLALARDA SURUNKALI QABZIYAT. PAYR SINDROMI. (KLINIK KUZATUV).....	74
24. Анна Сергеевна Шереметьева, М.Н. Курчатова, И.М. Шмуклер, Наталья Анатольевна Дурнова, МИКРОЯДЕРНЫЙ ТЕСТ В ОЦЕНКЕ ВЛИЯНИЯ ЭКСТРАКТА THYMUS MARSCHALLIANUS WILLD. НА НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АППАРАТ КЛЕТОК.....	77
25. Шодиярова Дилфуза Сайдуллаевна, Бойкузиев Хайитбой Худойбардиевич, Ортикова Юлдуз Одилхон кизи, ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ ТАҲЛИЛИ: СУТ ЭМИЗУВЧИ ҲАЙВОНЛАР ЖИГАРИНИНГ ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ХОЛЕСТАЗ ҲОЛАТИДАГИ МОРФОЛОГИЯСИ.....	80
26. Шарипов Рустам Хаитович, Расулова Надира Алишеровна, Ирбутаева Лола Ташбековна ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.....	85
27. Шодиева М.С. РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ГРУППЕ ДЕТЕЙ С HELICOBACTER PYLORI АССОЦИИРОВАННОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	88
28. Шепилова Светлана Олеговна, Розит Галина Анатольевна, Клен Елена Эдмундовна МАСС-СПЕКТРОМЕТРИЯ В АНАЛИЗЕ ТИЕТАНСОДЕРЖАЩИХ ПРОИЗВОДНЫХ ПИРАЗОЛА И 1,2,4-ТРИАЗОЛА.....	90
29. Ergasheva Zuxra Uchqun qizi ME'DA-ICHAK TIZIMI FUNKSIONAL FAOLIYATI BUZILISHLARIDA PROBIOTIKLAR VA PREBIOTIKLAR QO'LLANILISHINING ANAMIYATI.....	93
30. Юлдашева Гулноз Гиозовна ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ИЗВЛЕЧЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫМ ПУТЕМ ОТ МАТЕРЕЙ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ.....	96
31. Yuldashev Soatboy Jiyanboevich, Sanaqulova Dilnavoz Abduganievna, Kabulov Kamoliddin Baxriddinovich DISSIRKULYATOR ENSEFALOPATIYA BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA KOGNITIV DISFUNKTSIYALARNI DAVOLASHDA QO'LLANILADIGAN DORI VOSITALAR.....	99
32. Юлдашева Гулноз Гиозовна КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ НЕОНАТАЛЬНОЙ ДЕЗДАПТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ ОСЛОЖНЁННЫМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ.....	102

# JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

## ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ушакова Рима Асхатовна

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург

### ПАРВОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В19 В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

**For citation:** Ushakova Rima Aschatovna. Parvoviral B19 infection in pediatric practice

#### АННОТАЦИЯ

Актуальность изучаемой проблемы обусловлена высокой частотой распространения врождённых инфекций, затратными технологиями, направленными на поиск этиологических факторов и лечение. Полноценная программа обследования позволяет обнаружить маркёры активной репликации TORCH-ассоциированных инфекций на раннем этапе болезни, предложить пациентам персонализированную программу лечения. Автором представлены и описаны материалы собственных наблюдений за детьми с врождённым гепатитом парвовирусной этиологии, а положительный опыт позволил оформить патент на изобретение «Способ лечения парвовирусной инфекции В19 у детей раннего возраста».

**Ключевые слова:** парвовирусная инфекция, новорожденные, дети, желтуха, гепатит.

Ushakova Rima Aschatovna

Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Yekaterinburg

### PARVOVIRAL B19 INFECTION IN PEDIATRIC PRACTICE

#### ANNOTATION

The relevance of the problem under study is due to the high frequency of the spread of congenital infections, costly technologies aimed at finding etiologically significant risk factors, and treatment. A full-fledged examination program, carried out in an extremely short time, allows detecting markers of active replication of TORCH-associated infections at an early stage of disease progression, and helps to offer patients a personalized treatment program. The author presents and describes the materials of his own observations of children with congenital hepatitis of parvovirus etiology, and the positive experience allowed him to file a patent for the invention "Method for the treatment of parvovirus infection B19 in young children."

**Key words:** parvovirus infection, newborns, children, jaundice, hepatitis.

Парвовирусная инфекция В19 (ПВИ) широко распространена в человеческой популяции, а у беременных женщин вирус может приводить к спонтанному аборт, многоводию, водянке и анемии плода, возможно мертворождение [1, 2, 3, 4, 10]. Парвовирус В19 (PVB19) имеет одноцепочечную ДНК, впервые выделен из крови здоровых доноров в 1975 году. Мишенью для вируса является Р-антиген клеток эритроцитарного ростка костного мозга, который обнаружен также на клетках плаценты, миокарда, синовиальной оболочки, эндотелии сосудов, гепатоцитах. Лизис красных клеток костного мозга приводит к тяжёлой форме анемии, возможно снижение числа тромбоцитов, гранулоцитов, лимфоцитов. Вирус передаётся воздушно-капельным путём, интенсивно распространяясь среди школьников в феврале-мае. Доля серопозитивных детей до 5 лет достигает 2-9%, у детей от 5 до 18 лет – 40-60%, у взрослых – 60-85% [1,2,4].

Парвовирус В19 вызывает инфекционную эритему, которая описывается за рубежом как «пятая болезнь», острый артрит, апластические кризы у больных с гемолитической анемией [1,5,6,7,9]. Для инфекционной эритемы характерны яркие пятна на лице по типу «отшлепанных щёк». Затем сыпь распространяется на туловище, руки, ягодицы, напоминает кружево, сопровождается зудом, исчезает и вновь появляется. Сыпь становится яркой под действием тепла или солнца,

может быть атипичной везикуло-папулёзной, у ½ больных увеличиваются заднешейные лимфоузлы. Вертикальная передача вируса от матери плоду происходит в 1-3% случаев. Большинство беременных женщин, инфицируясь, переносят болезнь атипично, бессимптомно [2]. Наибольший риск заражения плода отмечается в 10-26 недель гестации при первичной инфекции у беременной женщины, риск инфицирования возрастает в родах или интутеро до 5-10% [1,3]. Врождённая ПВИ проявляется неиммунной водянкой плода и новорождённого в 18-27% случаев, которая напоминает отёчно-анемическую форму гемолитической болезни новорождённых (ГБН), гепато-лиенальный синдром, может развиваться холестатический гепатит, печёночная недостаточность с кровотечением, регистрируется ПП ЦНС гипоксически-ишемического генеза, внутричерепная гипертензия. Отдалёнными последствиями врождённой ПВИ являются апластические кризы у больных гемолитической анемией, возможно хроническое течение гепатита [11-20]. Этиотропная терапия ПВИ у детей раннего возраста не разработана [1,2,3,4]. Правильно выбранная диагностическая тактика даёт шанс предложить оптимальный вариант персонализированного протокола лечения и прогнозировать благоприятный исход заболевания [8, 10]. Цель исследования – изучить особенности анамнеза и клинико-лабораторных проявлений врожденного гепатита у детей первого

года жизни, инфицированных парвовирусом В19, и предложить пути оптимизации протокола лечения.

**Материалы и методы исследования.** Применяли стандартный протокол клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования. С целью идентификации возбудителей вирусных гепатитов и TORCH-комплекса использовали тест-системы для ИФА и ПЦР-диагностики. Определяли маркеры хламидиоза (*Chl.trachomatis*, *Chl.pn.*), микоплазмоза (*Mycو.hom.*, *Mycو.gen.*, *Mycو.pn.*, *Ur.urea.*), вирусных гепатитов (HBV, HCV), герпесвирусных инфекций (HSV1, HSV2, HHV4/ EBV, HHV5/CMV, HHV6, HHV7), токсоплазмоза (*Toxo*), парвовируса (PVB19), краснухи (*Rub*) и ВИЧ (HIV). Проводили медико-генетическое консультирование детей с идентификацией наследственных заболеваний фенилкетонурия, галактоземия, врожденный гипотиреоз, муковисцидоз, аденогенитальный синдром, а также определяли уровень альфа-фетопroteина (AFP), креатинфосфокиназы (КФК), церулоплазмينا и меди. **Результаты исследования и их обсуждение.** Проблема ПВИ остаётся актуальной из-за доступной легкости путей реализации инфицирования. Крайне редкое предложение по обследованию беременных женщин и детей раннего возраста на выявление маркёров PVB19 позволяет предполагать, что часть случаев врожденных инфекций «неопределённой этиологии» имеет связь с возможной транспланцентарной передачей возбудителя. В настоящее время предложения по специфическому лечению заболевания нет. Чаще всего проводится симптоматическое лечение. С целью демонстрации положительного опыта применения индивидуального протокола лечения приводится описание одного клинического случая из практики (табл. 1).

Мальчик Г., родился доношенным, масса 3200 г, длина 49 см. Во время первой беременности случился выкидыш. Ребёнок по шкале Апгар был оценен на 4/5/6 баллов, в течение 4-х дней находился на ИВЛ, быстро анемизировался до 3-й степени: уровень гемоглобина к 12-му дню жизни составил 86 г/л, на 21-й день снизился до 63 г/л, отмечались тромбоцитопения до  $93 \cdot 10^9/л$  и нейтропения 900 клеток. Желтуха длилась три недели, но с 4-го дня жизни у ребёнка отмечали проявления гепатита в виде повышения ферментов АлАТ 498,7 ед/л и АсАТ 199,3 ед/л, увеличение размеров печени и селезёнки. Имели место увеличение шейных лимфатических узлов, перинатальное поражение ЦНС (ПП ЦНС), миотонический синдром. Неонатологи исключили бактериальный сепсис, листериоз, токсоплазмоз, цитомегаловирусную инфекцию, Эпштейна-Барри герпесвирусные инфекции 1, 2, 6 типов, хламидиоз, микоплазмоз, сифилис, ВИЧ-инфекцию, врождённую краснуху, гепатиты В и С. Ребёнок был выписан домой, но мальчик мало прибывал в весе, гемоглобин нарастал медленно: в возрасте 1,5 мес. – 78 г/л, в 3 мес. – 96 г/л. При обследовании в возрасте 1,5 месяцев повторно были исключены TORCH-ассоциированные заболевания, а в 2,0 месяца жизни были выявлены маркёры парвовирусной инфекции В19. В дальнейшем на протяжении трёх месяцев пациенту провели протокол рекомендованной персонализированной терапии [8]. На фоне лечения нормализовались размеры печени и селезёнки, показатели гемоглобина и ферментов достигли возрастной нормы, антропометрические данные соответствовали возрастным стандартам. Информацию о втором клиническом случае можно найти в таблице 1.

Таблица 1.

Динамика анамнестических и клинико-лабораторных данных на примере двух клинических случаев заболевания

Признаки	1 клинический случай	2 клинический случай
Течение беременности	1-я беременность – выкидыш; 2-я беременность, 1-е роды: маловодие, ХФПН, хроническая гипоксия плода.	1-я беременность, 1-е роды: Rh-фактор отрицательный, без нарастания титров. За месяц до родов было ОРЗ.
Новорожденный	ГВ 39 недель, М 3200 г.; L 49 см.	ГВ 39-40 недель, М 3340 г.; L 51 см.
Оценка по Апгар	4/5/6 баллов	4/5/7 баллов
Особенности течения периода новорожденности	ИВЛ 4 дня., Обил 118 мкмоль/л., Нв 86 г/л (12д.); Нв 63 г/л (21д.). Тр-пения $93 \cdot 10^9/л$ ; N-пения 900 кл. Желтуха. Обил 65,6 мкмоль/л (21д.), АлАТ 498,7 ед/л, АсАТ 199,3 ед/л	Обил 277 мкмоль/л., Нв 80 г/л., Сыпь по типу «потницы», Желтуха. Обил 45,0 мкмоль/л (21д.), АлАТ 75,5 ед/л АсАТ 55,8 ед/л
Ребенок, 1,5 мес. Затяжная желтуха. Цитолиз.	Нв 78 г/л. ЖДА 2 ст., Желтуха. Обил 45 мкмоль/л., АлАТ 186,4 ед/л, АсАТ 122,2 ед/л	Нв 89 г/л. ЖДА 2 ст., Желтуха. Обил 37,8 мкмоль/л., АлАТ 154 ед/л, АсАТ 98 ед/л
Гепатолиенальный синдром	Возраст 2 мес., Печень +3+2 см; селезенка +5 см. УЗИ закл.: Гепатоспленомегалия	Возраст 2,5 мес., Печень +3+4 см; селезенка +3 см., УЗИ закл.: Гепатоспленомегалия
Лимфаденопатия	Увеличение шейных л/узлов	Увеличение шейных л/узлов
Невролог / заключение	ПП ЦНС. Миотонический синдром	ПП ЦНС. Миотонический синдром, Пирамидная недостаточность
Задержка физического развития	Да	Да
Маркеры TORCH-комплекса методом ИФА и ПЦР диагностики	2 х-кратно отрицательно	2 х-кратно отрицательно
ИФА к вирусу PVB19 / ребенок	IgM+, IgG+ в 2 мес.	IgM+, IgG+ в 2,5 мес.
ИФА к вирусу PVB19 / мать	IgM-, IgG+	IgM-, IgG+
Динамика показателей через 3 месяца (на фоне ПВТ)	Возраст 5 мес., Печень +0,5 см; селезенка край., Нв 110 г/л., Обил 9,8 мкмоль/л., АлАТ 31,0 ед/л, АсАТ 36,9 ед/л	Возраст 5,5 мес., Печень +0,5 см; селезенка край., Нв 112 г/л., Обил 8,7 мкмоль/л., АлАТ 21,0 ед/л, АсАТ 24,0 ед/л

**Примечание.** ГВ – гестационный возраст в момент рождения; М – масса тела новорожденного; L – длина тела; ХФПН – хроническая фетоплацентарная недостаточность; ОРЗ – острое респираторное заболевание; ИВЛ – искусственная вентиляция легких; ЖДА 2 ст. – железодефицитная анемия средней степени тяжести; Нв – гемоглобин; Тг – тромбоциты; N – нейтрофилы; Обил – общий билирубин; ЗПК – заменное переливание крови; ПВТ – противовирусная терапия; АлАТ и АсАТ – трансаминазы печени; IgM, IgG – антитела класса M, G.

Поскольку вирусемия сохраняется на высоком уровне не более недели, то ПЦР-тестирование рекомендуется проводить в дебюте острого заболевания на 5-12-й день [1]. Специфические же антитела класса IgM достигают пика к 21-24 дню болезни, персистируя продолжительное время до 3-4 месяцев. Принимая во внимание тот факт, что они могут быть достоверными маркерами врожденной инфекции, врач-педиатр может смело планировать обследование младенца с затянувшейся желтухой и синдромом цитолиза на фоне длительной некупируемой анемии на предмет идентификации парвовирусной инфекции В19 (табл. 1). Наряду с этим идёт нарабатывание антител класса IgG, которые сохраняются в сыворотке переболевших в течение многих лет, реагируя повышением титра на повторную встречу с вирусом. Чтобы быть убедительным в точности диагноза, отвечая на вопрос матери о происхождении инфицирования, рекомендуется проводить обследование в паре «мать-дитя» до 6-месячного возраста. В описанных наблюдениях у женщин были обнаружены антитела класса IgG к вирусу «пятой болезни».

Комбинированная программа лечения, реализованная у пациентов, была направлена на коррекцию нарушений через

подавление репликации парвовируса В19 с использованием интерферона альфа-2b, ликвидацию синдрома желтухи под влиянием урсодезоксихолевой кислоты, устранение анемии путём нормализации фолатного цикла и купирования сидеропении, восстановление неврологического статуса с помощью L-карнитина [8].

**Выводы.** Врожденная парвовирусная инфекция В19 может протекать с поражением гепатобилиарной системы у младенцев в виде затяжной желтухи, гепатолиенального синдрома, гиперферментемии с формированием пирамидной недостаточности и/или миотонического синдрома на фоне анемии и лимфаденопатии.

На этапе дифференциальной диагностики гепатитов важно обнаружить возбудителей ТОРСН-инфекции методами ИФА и ПЦР-тестирования, в том числе до 6-месячного возраста рекомендуется обследовать пару «мать-ребёнок». Подобная тактика позволяет своевременно выявить этиологию гепатита, провести адекватное лечение и затем плановую иммунизацию ребёнка в периоде реконвалесценции.

#### Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Белан Ю.Б. Парвовирусная инфекция В19 / Ю.Б. Белан, М.В. Старикович // Лечащий врач. – 2014. – №11. – С. 51-54.
2. Васильев В.В. Парвовирусная [В19V] инфекция у беременных и детей раннего возраста / В.В. Васильев, Е.А. Мурина, С.В. Сидоренко, А.Л. Мукомолова, С.Х. Куюмчян // Журнал инфектологии. – 2011. – Т.3. – №4. – С. 26-33.
3. Врождённые, перинатальные и неонатальные инфекции / Под ред. А.Гриноу, Дж.Осборна, Ш.Сазерленд. Пер. с англ. – М.: Медицина, 2000. – 288 с.
4. Инфекционные болезни у детей / Под ред. Д. Марри. Пер. с англ. – М.: Практика, 2006. – 928 с.
5. Климович Н.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика парвовирусной В19 инфекции. Дис. канд. мед. наук. – Минск, 2017. – 25 с.
6. Парвовирусная инфекция у детей / В.А. Анохин, А.М. Сабитова, Т.А. Аглымова, У.Ю. Минаева, Н.А. Марченкова, О.Ю. Князева // Детские инфекции. – 2019. – 18(1). – С. 22-28.
7. Парвовирусная инфекция В19 у детей в практике врача участкового-педиатра / Э.А. Каширина, А.А. Рубцова, Н.М. Югай, О.Б. Карабанова, С.Г. Загидуллина // Медицинский совет. – 2016. – №7. – С. 120-123.
8. Ушакова Р.А. Способ лечения парвовирусной инфекции В19 у детей раннего возраста / Р.А. Ушакова. – Патент RU 2487708 С1. – приоритет 12.03.2012. – регистрация 20.07.2013. – С. 7.
9. Szenborn L. Significance of diagnostics and treatment in preventing congenital infections with *Toxoplasma gondii* (Tg), cytomegalovirus (CMV) and parvovirus B 19 (PVB19) / L. Szenborn // Przegl Lek. – 2010. – 67(1): 54-57.
10. Ризаев Ж., Шавази Н., Рустамов М. Школа педиатров Самарканда // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 2-4.
11. Шавази Н. М. и др. Прогностическая значимость факторов риска на развитие инфекционно-токсического шока при пневмониях у детей раннего возраста // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – №. 2. – С. 26.
12. Зиядуллаев Ш. Х., Хайдаров М. М., Нуралиева Р. М. Иммунный статус здорового населения подростков и юношей // Академический журнал Западной Сибири. – 2014. – Т. 10. – №. 3. – С. 80-80.
13. 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.
14. Гарифулина Л. М., Ашурова М. Д., Гойибова Н. С. Совершенствование терапии метаболического синдрома у подростков при помощи применения  $\alpha$ -липоевой кислоты // Наука, техника и образование. – 2018. – №. 10 (51). – С. 69-72.
15. Гарифулина Л. М., Кудратова Г. Н., Гойибова Н. С. Степень метаболических нарушений у детей и подростков с ожирением и артериальной гипертензией // Актуальные вопросы современной науки. – 2016. – Т. 4. – С. 19-23.



# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH  
SPECIAL ISSUE

ТОМ – III

**Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://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](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000

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