

восстановить функциональные способности конечностей и их внешний вид, дают шанс данной сложной группе пациентов вернуться к трудовой деятельности.

#### *Литература/ Reference*

1. Ковалёва Л. Н. Современный дифференцированный подход к комплексному лечению и профилактике рубцов кожи разной этиологии. *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.* 2016; №1-4: 188-198. [Kovalyova L. M. Present-day varied approach to comprehensive treatment and pre-vention of skin scars of different etiology. *Dermatoverenology. Cosmetology. Seksopathology.* 2016; №1-4: 188-198. (In Russ.).]
2. НорчаевЖ.А. Принципы лечения диабетической остеоартропатии. *Медицинский журнал Узбекистана.* 2015; 2:27-30. [Norchayev J.A.Principles of treatment of diabetic osteoarthropathy.*Meditsinskiy Zhurnal Uzbekistana.* 2015;2:27-30. (In Russ.).]
3. Шаробаро В.И., Мороз В.Ю., Юденич А.А., Ваганова Н.А., Гречишников М.И., Ваганов Н.В., Романец О.П. Алгоритм хирургического лечения больных с последствиями ожоговой травмы. *Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова.* 2015; 3:65-70. [Sharobaro V.I., Moroz V.YU., Yudenich A.A., Vaganova N.A., Grechishnikov M.I., Vaganov N.V., Romanets O.P. Algorithm of surgical treatment of patients with consequences of burn injury. *Khirurgiya. Zhurna imeniN.I. Pirogova.* 2015;3:65-70.(InRuss.).]
4. Шаробаро В.И., Романец О.П., Гречишников М.И., Баева А.А. Методы оптимизации лечения и профилактики рубцов. *Хирургия. Журнал имени Н.И.Пирогова.* 2015; 9:85-90. [Sharobaro V.I., Romanets O.P. Grechishnikov M.I., Baeva A.A. Optimization of treatment and prevention of scars. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova.* 2015;9:85-90. (In Russ.).]

УДК: 612.327.7-039.36-053.2

## **НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА СИНДРОМА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ РВОТЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Дилноза Алишеровна Муминова

Нигора Рустамовна Алиева

Хурсаной Абдумаликовна Акрамова

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт , Ташкент , Узбекистан<sup>1</sup>*

*e-mail: [dilnozamuminova808@gmail.com](mailto:dilnozamuminova808@gmail.com)*

## **NOSOLOGICAL STRUCTURE OF RECURRENT VOMITING SYNDROME IN PRESCHOOL CHILDREN**

Dilnoza Alisherovna Muminova

Nigora Rustamovna Alieva

Khursanoy Abdumalikovna Akromova

*Tashkent pediatric medical institute*

*e-mail: [dilnozamuminova808@gmail.com](mailto:dilnozamuminova808@gmail.com)*

## **МАКТАБГАЧА YOSHDAGI BOLALARDA TAKRORIY QUSISH SINDROMINING NOZOLOGIK TUZILISHI**

## АННОТАЦИЯ

**Цель .** Изучить структуру нозологий которые проявляются синдромом рецидивирующей рвотой для своевременного оказания помощи в первичном звене здравоохранения.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 176 больных детей с симптомом рецидивирующей рвоты. Верификация клинических диагнозов проводилась на основе клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования включающих: клиничко-anamnesticheskie методы, биохимический анализ крови, УЗИ исследование, ЭФГДС, рентген-контрастный метод исследование ЖКТ.

**Результаты исследования .** Симптом рецидивирующей рвоты у детей дошкольного возраста независимо от пола больных встречается наиболее часто при функциональных и органических заболеваниях желудочно-кишечного тракта (83,5%), при нарушении обмена веществ - в 14,2% и при патологии центральной системы - в 2,27% случаев.

**Заключение.** Наиболее частые причины рвоты у детей - это заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), как функциональные так и органические. Рвоту также могут вызывать как врожденные пороки метаболизма, так и эндокринные нарушения .

**Ключевые слова.** Рвота, тошнота, заболевания желудочно-кишечного тракта, Синдром рецидивирующей рвоты .

## ABSTRACT

**Target.** To study the structure of nosology, demonstrated by the syndrome of recurrent vomiting, for timely assistance in primary health care.

**Materials and methods.** The study included 176 sick children with recurrent vomiting symptoms. Verification of clinical diagnoses were carried out based on clinical, laboratory and instrumental research methods, including: clinical anamnestic methods,

biochemical blood analysis, ultrasound examination, EGDS, X-ray contrast method for the study of the gastrointestinal tract.

**Result.** The symptom of recurrent vomiting in preschool children, regardless of the sex of patients, occurs most often in functional and organic diseases of the gastrointestinal tract (83.5%), in metabolic disorders - in 14.2% and in pathology of the central system - in 2.27 % of cases.

**Conclusion.** The most common causes of vomiting in children are diseases of the gastrointestinal tract (GIT), both functional and organic. Vomiting can also be caused by both congenital metabolic defects and endocrine disorders.

**Keywords.** Vomiting, nausea, diseases of the gastrointestinal tract, Syndrome of recurrent vomiting.

### ANNOTATSIYA

**Maqsad.** Birlamchi tibbiy yordamni o'z vaqtida ko'rsatish uchun takroriy qusish sindromi bilan namoyon bo'ladigan nozologiyalar tuzilishini o'rganish.

**Materiallar va usullar.** Tadqiqotda takroriy qusish belgilari bo'lgan 176 nafar bemor bolalar ishtirok etdi. Klinik tashxislarni tekshirish klinik, laboratoriya va instrumental tadqiqot usullari, jumladan: klinik va anamnestik usullar, biokimyoviy qon tahlili, ultratovush tekshiruvi, EFGDS, oshqozon-ichak traktining rentgen-kontrastli tekshiruvi usuli asosida amalga oshirildi.

**Tadqiqot natijalari.** Maktabgacha yoshdagi bolalarda takroriy qusish alomati, bemorlarning jinsidan qat'i nazar, oshqozon-ichak traktining funktsional va organik kasalliklarida (83,5%), metabolik kasalliklarda - 14,2% va markaziy tizim patologiyasida - tez-tez uchraydi. 2,27% hollarda.

**Xulosa.** Bolalarda qusishning eng keng tarqalgan sabablari oshqozon-ichak trakti (OIT), ham funktsional, ham organik kasalliklardir. Kusish ham tug'ma metabolik nuqsonlar va endokrin kasalliklar tufayli yuzaga kelishi mumkin.

**Kalit so'zlar.** Kusish, ko'ngil aynishi, oshqozon-ichak trakti kasalliklari, takroriy qusish sindromi.

У детей множество заболеваний и патологических состояний сопровождаются рвотой. В целом, рвота - это защитная рефлекторная реакция гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта и скелетных мышц, осуществляющих выбрасывание содержимого желудка и тонкой кишки наружу через рот. Рвота - высоко координируемый рефлекторный процесс, который возникает при возбуждении нейронов рвотного центра ретикулярной формации продолговатого мозга в ответ на раздражение рецепторов желудочно-кишечного тракта, рецепторов вестибулярного аппарата, при повышении внутричерепного давления [9,15]. Подход к адекватной терапии синдрома рвот и срыгиваний индивидуален и зависит от основной причины их возникновения, что необходимо учитывать в дифференциальном диагнозе этих состояний. [4,7,10] Под нашим наблюдением находились 176 больных детей с синдромом рецидивирующей рвоты. Рецидивирующей (или повторяющейся) рвотой считалась рвота более двух раз в течении суток.

Нозологическая структура больных с рецидивирующей рвотой. Таблица №1

Возраст Нозологии\	До 1 года (n=35)		1-3 года (n=64)		3-7 лет (n=77)		Всего
	Маль- чики	Девоч- ки	Маль- чики	Девоч- ки	Маль- чики	Девоч- ки	
Срыгивание	8	10					18
Пищевая аллергия	5	6	6	5			22
ГЭРБ			7	7	9	8	31

Острый гастроэнтер	2	2	7	8	8	8	35
Язвенно-эрозивные поражения ЖКТ	1		2	3	6	5	17
Дискинезия ЖП и ЖВП			3	2	9	10	24
Синдром внуричереп гипертензен		1	1	2			4
Синдром циклическ рвоты					2	3	5
Сахарный диабет I типа			6	5	3	6	20
Всего	16	19	32	32	37	40	
	35		64		77		176

Распределение больных по группам заболевания показало, что рвота сопровождает заболевания желудочно-кишечного тракта у 147 больных (83,5%), патологию центральной системы - у 4 (2,27%) больных, патологию, связанную с нарушением обмена веществ - у 25 больных (14.2%). Детей грудного возраста было 35 (19 девочек и 16 мальчиков), что составило 19.9 % от общего количество больных. Детей раннего возраста было 64 (36.4%): девочек 32 и мальчиков 32. Детей дошкольного возраста было 77 (43.7%): девочек 40 и мальчиков 37 детей.

Проведенный анализ показал, что у детей до года рвота сопровождает функциональные нарушения представлены функциональным срыгиванием у 18

детей (8 мальчиков и 10 девочек). Срыгивание как проявление пищевой аллергии наблюдалось у 11 детей до 1 года. Среди них девочек было 6, мальчиков - 5 детей. Среди этой возрастной группы острый гастроэнтерит наблюдался у 4 детей, эрозивные поражения дуоденальной зоны у 1 ребенка. В нашем исследовании степень выраженности синдрома срыгиваний мы оценивали, согласно рекомендациям группы экспертов ESPGHAN (European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition - Европейское общество специалистов по педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и питанию), по пятибалльной шкале, отражающей совокупную характеристику частоты и объема регургитаций. (Y. Vandenas et al., 1993). [17] При данной оценке симптома срыгивания 1-2 балла было отмечено у 18 детей до года. У этих детей срыгивание сопровождалось выбросом некоторого небольшого количества неизменного либо совсем немного свернувшегося молока/смеси, иногда - с примесью желудочного сока. При этом эти срыгивания не оказывали отрицательного влияния на общее состояние ребенка. У них не наблюдались какие-либо патологические явления, они прибавляли в весе в соответствии с возрастом. Это позволило нам расценить срыгивание как физиологический процесс. У 11 детей в нашем исследовании срыгивание отмечено в 3-5 баллов, то есть носило патологический характер. При этом у детей наблюдалось нарушение стула в виде диареи, отставание в весе, покраснение вокруг ануса, беспокойство и плохой сон. При тщательном сборе анамнеза у родители детей было установлено, что данные симптомы связаны с введением прикорма, содержащий коровье, козье молоко, говядину и курицу. Аналогичная симптоматика, то есть срыгивание или рвота через 10-15 минут съеденной пищей, кашицеобразный или жидкий стул до 2-3 раз в сутки наблюдалась у детей старшего возраста в группе от 1 до 3 лет. У большинство детей (8 из 11) также отмечалось покраснение и зуд вокруг ануса, покраснение больших половых губ у девочек, у 9 детей высыпания на коже. Все это позволило также предположить пищевую аллергию у данной категории детей. Всем детям с подозрением на гастроэнтерические проявления пищевой аллергии была рекомендована консультация аллерголога. По данным литературы у детей раннего

возраста аллергическая энтеропатия чаще всего обусловлена гиперчувствительностью к белку коровьего молока (БКМ), возможно ее сочетание с аллергией на сою, яйцо, пшеницу и другие продукты, и характеризуется диареей, рвотой, недостаточным набором массы тела, анемией, гипопроteinемией [11,18]

Острый гастроэнтериты, сопровождающиеся рвотой, были диагностированы 35 у детей, что составило 19,9 % от общего количества наблюдаемых больных. Среди этих больных детей до года было 4, от 1 года до 3 лет - 15., от 3 до 7 лет - 16 человек. Клиническая картина заболевания выявлялась у всех детей уже в первые сутки. Рвота наблюдалась до 3-7 раз в сутки, была с примесью слизи и напрямую не зависела от приема пищи (табл.3.1.3). Осмолярный диарейный синдром (от 4 раз в первые двое суток) выявлялся у 10 (28,6%) больных с первого дня заболевания. Температурная реакция до 38 градусов наблюдалась у 88,6% больных (31 ребенка), длительность температурной реакции составляла в среднем  $3,4 \pm 0,4$  дня. Такие жалобы как тошнота регистрировались у 30 детей (85,7%), снижение или отсутствие аппетита у 100% (35.детей), боли и урчание в животе - у 25 детей (71,4%). Помимо этого у детей с острым гастроэнтеритом часто до 95% случаев наблюдались сонливость и апатия, боль и «ломота» в мышцах. Продолжительность этих симптомов интоксикации составила в среднем  $3,8 \pm 0,1$  дня. Респираторный синдром регистрировался у 100% детей: гиперемия слизистой мягкого неба, дужек, язычка; зернистость задней стенки глотки, редкий кашель. Это позволило предположить вирусную этиологию заболевания. По данным литературы к числу доминирующих возбудителей вирусных гастроэнтеритов относится довольно широкий спектр агентов, такие как ротавирусы, адено-, астро-, энтеро- и коронавирусы [3,6].

В нашем наблюдении у 31 (17,6%) ребенка была диагностирована гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), среди них 14 детей были в возрасте 3-4 года и 17 детей в возрасте 5-7 лет. Диагноз ГЭРБ выставлялся на основании жалоб, анамнеза и результатов ЭГФДС. Рвота у этих больных ассоциировалась с обострением заболевания и характеризовалась кислым

303

запахом, примесью слизи и чаще возникала после еды. Дети также предъявляли жалобы на отрыжку воздухом или кислым, чувство жжения в эпигастрии или за грудиной у 30 детей (96,8% случаев). Боль в эпигастрии и вздутие живота беспокоили 18 детей (58%). Симптом "мокрого пятна" - появление на подушке после сна пятна белесоватого цвета, ощущение увеличенного количества жидкости во рту - наблюдался более чем у 90% больных ГЭРБ. Считается возникновение данного симптома обусловлено эзофагослюнным рефлексом. Внепищеводные проявления ГЭРБ, такие как ночной кашель, одышка, чаще возникающая в положении лёжа, боль в ухе и осиплость голоса, наблюдались у 48% детей. Следует отметить, всем наблюдаемым детям с диагнозом ГЭРБ было проведено эндоскопическое исследование по данным которого катаральное воспаление с гиперемией было выявлено у 65% больных.

Дискинезия желчного пузыря и желчевыводящих путей была диагностирована у 24 детей, что составило 13,6% от общего количества больных. Среди них детей от 1 года до 3 лет было 5 детей, от 3 до 7 лет - 19 детей. Диагноз определялся на основании жалоб, клинического осмотра и данных УЗИ желчевыводящих путей с определением объема желчного пузыря до и после еды. У детей до 3 лет дискинезия желчного пузыря носила гиперкинетический характер, а у детей более старшего возраста преобладал гипокинетический тип дискинезии. Рвота при данной патологии характеризовала обострение заболевания и сочеталась при гипокинетическом типе дискинезии с тошнотой, болями и тяжестью в правом подреберье, снижением аппетита, появлением ощущения горечи во рту, вздутием живота, нарушением стула. При гиперкинетической разновидности болезни болевые ощущения колющего типа в области правого бока, подреберья или колик в околопупочной зоне чаще были связаны с психоэмоциональным напряжением детей и рвота была однократной на высоте.

Язвенная болезнь желудка и ДПК было диагностировано у 17 детей, что составило 9,5% от общего количества больных. Среди этих больных был 1 ребенок до 1 года, 5 детей от 1 до 3 лет и 11 детей в возрасте от 3 до 7 лет. Диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза и результатов ЭГФДС.



Исследования проводилось под общей седацией . Результаты ЭГФДС показали, что по локализации дуоденальные язвы обнаружались у 94,1% больных, желудочные - у 5,9 % больных. Все язвы носили неосложненный характер. Основной жалобой больных были боли и чувство тяжести в эпигастрии, боли возникали чаще на голодный желудок, Особенностью рвоты у данных больных явилось то, что она характеризовала обострение заболевания, была одно- и или двукратной, чаще возникала после еды.

Синдром внутричерепной гипертензии был диагностирован у 4 детей до 3х лет, что составило 2,3% от общего количества больных. Срыгивание или рвота у этих детей не зависела от приема пищи, была обильной, «фонтаном» и сопровождала другие неврологические симптомы: частые вздрагивания во время сна, запрокидывание головы назад во время сна, часто беспричинное беспокойство или заторможенность, плохой аппетит. При консультации с детским неврологом и проведении нейросонографии был определен синдром внутричерепной гипертензии.

Синдром циклической рвоты был определен у 5 детей дошкольного возраста. Рвота носила рецидивирующий приступообразный характер, была с примесью желчи, у одного больного с прожилками алой крови, не зависела от приема пищи и требовала дифференциальной диагностики с органическими и функциональными заболеваниями ЖКТ. Диагноз был определен при консультации с неврологами на основании Римских критериев IV пересмотра (2016) [14]

В наше исследование также были включены 20 детей, страдающие сахарным диабетом I типа, из детей в возрасте от 1 до 3 лет было 11, в возрасте от 3 до 7 - 9 больных. Диагноз выставлялся на основании жалоб, анамнеза, показателей углеводного обмена и при обязательной консультации эндокринолога. У детей с сахарным диабетом, включенных в наше исследование, рвота явилась дебютом сахарного диабета в 55% случаев (11 детей), признаком декомпенсации уже имеющегося сахарного диабета в остальных 45% случаев. По данным литературы

рвота и тошнота у детей, сочетающаяся с нарушением стула, изменением пищевого поведения и колебаниями массы тела могут быть признаками обменных нарушений, в частности сахарного диабета [12,13]. Тошнота и рвота чаще бывает признаком диабетического кетоацидоза, который может явиться манифестацией диабета у детей, развиться в результате поздней диагностики либо неправильного лечения уже диагностированного заболевания. Клиническими признаками этого состояния также являются диабетический румянец на лице, усиливающаяся жажда, полиурия, похудание, снижение аппетита, запах ацетона изо рта, боли в животе, появление головной боли. Важными лабораторными признаками этой фазы являются ацидоз и кетонурия[5,12,13].

Вывод. Таким образом, в результате нашего исследования было установлено, что симптом рвоты у детей дошкольного возраста встречается при различных патологических состояниях. В большинстве случаев рвота (83.5%) наблюдалась при заболеваниях функциональных и органических патологиях желудочно-кишечного тракта, независимо от возраста и пола больных. Своевременная диагностика рвоты, определение ее характера и ассоциации с другими клиническими симптомами способствует определению ее генеза и своевременной адекватной терапии.

#### *Литература/ Reference*

1. ВОЗ. Диарея (Информационный бюллетень). 2017 (апрель). [VOZ. Diarrhea (Newsletter). 2017 (aprel)]. (In Russ.)] 14.
2. Гаймоленко С. Г. и др. Вторичный ГЭРП у детей //ББК 57.3 А 43. - 2019. - С. 30
3. Гилёва Р. А. и др. К вопросу дифференциального диагноза острых инфекционных диарейных заболеваний инвазивного типа у детей //Детские инфекции. - 2018. - Т. 17. — №. 1. 2.
4. Горелов А. В., Каннер Е. В., Максимов М. Л. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей: рациональные подходы к их коррекции //Новости. — 2019.
5. Гунбина И. В. Сахарный диабет у ребенка: полноценная жизнь под контролем //Педиатрический вестник Южного Урала. — 2017. -№. 2.
6. Ермоленко К.Д., Лобзин Ю.В., Гончар Н.В. Вирусные гастроэнтериты у детей: современные представления об эпидемиологии и профилактике. Журнал инфектологии. 2015; 7(3):22-32. <https://doi.org/10.22625/2072-6732-2015-7-3-22-32>
7. Захарова И. Н. и др. Инструментальная диагностика функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта в практике педиатра и детского гастроэнтеролога //Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. — 2018. -№. 1.

8. Карманный справочник по оказанию стационарной помощи детям. Руководство по ведению наиболее распространенных заболеваний в условиях ограниченных ресурсов. - ВОЗ. - 2015.
9. Кривопустов С.П. и др. Рвота у детей как междисциплинарная проблема//Щичачий лжарь. -2017. Na5(18)- С 5-9.
10. Кулешова О. К., Калмыкова А. С. Частота функциональных нарушений пищеварительного тракта у детей грудного возраста //Инновационные технологии в медицине детского возраста Северо-кавказского федерального округа. — 2018. — С. 184-186.
11. Макарова С.Г., Намазова-Баранова Л.С., Вишнёва Е.А., Ерешко О.А., Гордеева И.Г. Гастроинтестинальная пищевая аллергия у детей. Вопросы современной педиатрии. 2017;16(3):202-212
12. Султанова Л. М. Проблемы диагностики и лечения диабетического кетоацидоза у детей и подростков //Вестник современной клинической медицины. - 2016. - Т. 9. -№а. 2.
13. Тарасенко Н.А. Сахарный диабет: действительность, прогнозы, профилактика // Современные проблемы науки и образования. -2017. -№а 6.;
14. Шутова Е.В. Ацетонемический синдром у детей: вопросы диагностики и терапии//Современная педиатрия.-2019.-№2(90).-С. 114-122
15. American Academy of Pediatrics. Treating vomiting. <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/abdominal/pages/Treating-Vomiting.aspx>. Accessed December 10, 2017.
16. American College of Radiology, ACR appropriateness criteria for vomiting in infants). <https://acsearch.acr.org/docs/69445/Narrative/> (Accessed on April 17, 2017).
17. Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society' for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology', and Nutrition (ESPGHAN). J Pediatr Gastroenterol Nutr 2018.

УДК: 616.31-039.4-614:665.6/.7 (575.1)

## РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У РАБОЧИХ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Бекжанова О.Е.<sup>1</sup>, Адизов М.А.<sup>2</sup>

1. доктор медицинских наук, профессор,

2. ассистент

Ташкентский государственный стоматологический институт

[bekianovaolga@mail.ru](mailto:bekianovaolga@mail.ru), [adizovmiraziz@mail.ru](mailto:adizovmiraziz@mail.ru)

**Аннотация:** Оценивали распространённость и интенсивность стоматологической патологии у рабочих нефтеперерабатывающего завода.

Осмотрено 179 рабочих, группу контроля составили 37 работников заводууправления. В среднем у рабочих обнаружено  $12,25 \pm 0,53$  кариозных зуба на одного обследованного, а у сотрудников заводууправления -  $11,32 \pm 0,44$  зуба