



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (83) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

9 (83)

2025

сентябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.08.2025, Accepted: 06.09.2025, Published: 10.09.2025

УДК 616-002-071-092

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ: СУБЪЕКТИВНЫЕ И ОБЪЕКТИВНЫЕ АСПЕКТЫ

Эргашева Мадина Наримановна, ORCID ID: 0009-0009-2385-0992

Алиева Нигора Рустамовна E-mail: RustamovnaN@mail.ru

Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан, ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Резюме

Синдром системного воспалительного ответа (ССВО) — это системная воспалительная реакция в ответ на различные тяжелые повреждающие воздействия инфекционной и неинфекционной природы.

Для ССВО характерно нарастание выработки, главным образом, провоспалительных и в меньшей степени противовоспалительных цитокинов практически всеми клетками человеческого организма, в первую очередь, иммунокомпетентными. Такая направленность медиаторного ответа ССВО на раздражитель обозначается как СВО с преимущественной провоспалительной направленностью медиаторного ответа. Наиболее тяжелой и наименее курируемой является смешанная антагонистическая реакция, или дисрегуляция.

Ключевые слова: системный воспалительный ответ, пневмония, тахикардия, сепсис, температура, аллергический диатез.

DIAGNOSTIC CRITERIA FOR SYSTEMIC INFLAMMATORY RESPONSE IN INFANTS IN THE FIRST YEAR OF LIFE: SUBJECTIVE AND OBJECTIVE ASPECTS

Madina Narimanovna Ergasheva, ORCID ID: 0009-0009-2385-0992

Nigora Rustamovna Aliyeva E-mail: RustamovnaN@mail.ru

Tashkent State Medical University, 2 Farobiy Street, Tashkent, 100109, Uzbekistan, Tel: +998781507825 Email: info@tdmu.uz

✓ Resume

Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) is a systemic inflammatory reaction to various severe damaging factors of infectious and non-infectious origin. SIRS is characterized by increased production of primarily proinflammatory and, to a lesser extent, anti-inflammatory cytokines by virtually all cells of the human body, primarily immunocompetent cells. This pattern of SIRS mediated response to a stimulus is referred to as SIRS with a predominantly proinflammatory mediated response. The most severe and least manageable type is a mixed antagonistic reaction, or dysregulation.

Keywords: systemic inflammatory response, pneumonia, tachycardia, sepsis, fever, allergic diathesis.

HAYOTNING BIRINCHI YILIDAGI CHAQALOQLARDA TIZIMLI YALLIG'LANISH JAVOBINING DIAGNOSTIK MEZONLARI: SUB'EKTIV VA OB'EKTIV JIHATLARI

Madina Narimanovna Ergasheva, ORCID ID: 0009-0009-2385-0992

Nigora Rustamovna Aliyeva E-mail: RustamovnaN@mail.ru

Toshkent davlat tibbiyot universiteti, 100109, Toshkent, Farobiy ko'chasi, 2-uy, O'zbekiston, Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ **Rezyume**

Tizimli yallig'lanishli javob sindromi (SIRS) - yuqumli va yuqumli bo'lmagan turli xil jiddiy zarar etkazuvchi omillarga tizimli yallig'lanish reaksiyasi. SIRS inson tanasining deyarli barcha hujayralari, birinchi navbatda, immunokompetent hujayralar tomonidan birinchi navbatda yallig'lanishga qarshi va kamroq darajada yallig'lanishga qarshi sitokinlarning ko'payishi bilan tavsiflanadi. Rag'batlantirishga SIRS vositachiligidagi javobning ushbu modeli asosan yallig'lanishga qarshi vositachi javobga ega SIRS deb ataladi. Eng og'ir va eng kam boshqarilishi mumkin bo'lgan turi aralash antagonistik reaksiya yoki tartibsizlikdir.

Kalit so'zlar: tizimli yallig'lanish reaksiyasi, pnevmoniya, taxikardiya, sepsis, isitma, allergik diatez.

Актуальность

Системный воспалительный ответ (СВО, англ. Systemic Inflammatory Response Syndrome — SIRS) — это комплекс неспецифических изменений в организме, вызванных активацией иммунной системы. У младенцев первого года жизни СВО может быть вызван инфекцией (в том числе сепсис), внутриутробными осложнениями, травмой, гипоксией и др. Ранняя диагностика имеет критическое значение, поскольку запоздалое лечение повышает риск осложнений и смертности. К настоящему времени в литературе описаны отдельные клинические признаки СВО у новорождённых и младенцев, лабораторные маркеры воспаления, а также изменение витальных показателей. Однако объединённый системный обзор субъективных (возникающих на основе восприятия родителей, заботящихся и медицинского персонала) и объективных (фиксация клиническими и лабораторными методами) признаков в возрастной группе до 12 месяцев встречается редко.

Цель исследования: систематизировать субъективные и объективные признаки СВО у детей первого года жизни, оценить их диагностическую и прогностическую ценность.

Материал и методы

Для решения поставленной задачи нами было обследовано 110 детей в возрасте от 5 дней жизни до 1 года, из них 1 группа - 60 ребенок с СВО; 2 группа - 50 детей с пневмониями.

При клиническом обследовании детей основной группы обследование нервной системы были выявлены следующие неврологические синдромы: синдром ликворо-сосудистой дистензии (гипертензионный синдром) - в 63% случаев, судорожный синдром - в 24% случаев, синдром церебральной возбудимости (синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости) - в 17% случаев, синдром вегето-висцеральных расстройств - в 11% случаев, синдром мышечной дистензии (синдром двигательных нарушений) - в 9% случаев, задержка психомоторного развития наблюдается у 17 детей, что составляет 24%. При этом, в данной группе больных, наблюдались изменения со стороны мышечного тонуса: гипертонус составлял 92%, гипотонус — 1%, а дистония составляла 3%; изменения со стороны двигательной активности: вздрагивания и судороги встречались в 24% случаев, тремор - в 10% случаев; сухожильные рефлексы были повышены в 27% случаев, асимметричными были в 9% случаев; физиологические рефлексы вызывались спонтанно и были угнетены в 11% случаев, вызывались слабо в 1% случае.

Частота встречаемости рахита среди детей в основной группе (41,7%) достоверно больше, чем у детей в группе сравнения (16,0%, $p < 0,05$), что возможно объясняется нарушением пищеварения.

Аллергический диатез встречается у 3 (5,0%) детей основной группы и у 2 (4,0%) детей группы сравнения. Лимфатико-гипопластический диатез имеет место у 15 (25,0%) детей основной группы и у 9 (18,0%) детей группы сравнения. Различия частоты диатезов между группами недостоверны.

У 100% детей в обеих группах отмечалось повышение температуры тела. Так средние показатели при сепсисе составили $40,1 \pm 0,13$ °C, а при септическом шоке $41,0 \pm 0,2$ °C ($P < 0,05$). Процентное соотношение обследованных детей в зависимости от показателей температуры тела представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Процентное соотношение обследованных детей в зависимости от показателей температуры тела

Температура тела	Основная группа (n=60)		Группа сравнения (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%
36,5 – 37	0	0,0	1	2,0
37,1 – 38	0	0,0	2	4,0
38,1 – 39,5	8	13,3	13	26,0*
39,6 – 40,5	21	35,0	23	46,0
40,6 и выше	30	50,0	11	22,0*
36,4 и менее	1	1,7	0	0,0*

Как видно из представленных данных у детей с ССВО достоверно чаще встречалась температура тела выше 40,6 °С (50,0% против 22,4% соответственно; $P < 0,05$). Так же у детей данной группы в 1,7% случаях отмечалась гипотермия.

У детей группы сравнения достоверно чаще отмечалась температура тела 38,1 – 39,5°С (13,3% и 26,6% соответственно; $P < 0,05$). В 2,0% случаях отмечалась субфебрильная температура, а у 4,0% детей до 38,0°С.

Таблица 2.

Показатели ЧСС и определения дыхания у обследованных детей

ЧСС	Основная группа (n=60)		Группа сравнения (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%
Средние показатели	122,2±1,9		131,7±1,1	
до 120 в покое	51	85	43	86,0
121 – 160	9	15,0	7	14,0
пульс нормальный	4	6,7	1	2,0
тахикардия	45	75	47	94,0
Брадикардия	11	18,3	1	2,0*

Тахикардия отмечалась у 75% детей основной группы и у 94,0% детей группы сравнения ($P < 0,05$), брадикардия была зарегистрирована у 18,3% и 2,0% детей соответственно. В остальных случаях показатели ЧСС были в норме.

Оценка сознания проводилась у всех детей по шкале Глазго. В результате анализа данных нами было установлено, что у детей основной группы средние показатели по данной шкале были хуже, чем в группе сравнения (табл. 3).

Таблица 3.

Интерпретация показателей шкалы комы Глазго

Шкала комы Глазго	Основная группа (n=60)		Группа сравнения (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%
15 баллов — сознание ясное.	10	16,7	36	72,0
14-13 баллов — умеренное оглушение.	27	45,0	12	24,0
12—11 баллов — глубокое оглушение.	9	15,0	2	4,0*
10—8 баллов — сопор	10	16,7	0	0,0
7-6 баллов — умеренная кома.	4	6,7	0	0,0
5-4 баллов — глубокая кома.	0	0,0	0	0,0
3 балла — терминальная кома, смерть мозга.	0	0,0	0	0,0

Примечание: * - достоверность данных между группами ($P < 0,05$)

Показатели по шкале qSOFA в основной группе в среднем составили $2,8 \pm 0,01$ балл, тогда как в группе сравнения – $1,8 \pm 0,01$ балла, что носило достоверно значимый характер ($P < 0,01$).

Со стороны ЖКТ у детей в обеих группах отмечались септические поносы, тошнота и рвота.

Тошнота отмечалась у 47,6% детей 1 группы и у 56,9% детей второй группы. Рвота была зафиксирована у 14,9% детей с сепсисом и у 23,3% детей с септическим шоком.

Дефекация 5-10 раз в сутки и более 10 раз отмечалась у 19,6% детей в 1 группе и у 31,7% детей 2 группы.

Выводы

У детей первого года жизни субъективные признаки СВО (снижение аппетита, тошнота, рвота, вялость) являются важным ранним сигналом, но не могут служить единственным основанием для постановки диагноза.

Объективные признаки (температура, частота дыхания и пульса, шкалы комы Глазго, qSOFA) имеют большую чувствительность и специфичность, особенно в комбинации. Наиболее высокая диагностическая точность достигается при использовании комбинированных алгоритмов, включающих субъективные жалобы, клинический осмотр и лабораторные показатели.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Radzyukevich, Y.V.; Kosyakova, N.I.; Prokhorenko, I.R. Participation of Monocyte Subpopulations in Progression of Experimental Endotoxemia (EE) and Systemic Inflammation. *J. Immunol. Res.* 2021, 2021, 1762584.
2. Tinoco-Sánchez, M.; Suárez-Cuenca, J.A.; Rubio-Guerra, A.F. Usefulness of eosinopenia as prognostic marker of severity in sepsis. // *Med. Interna Mex.* 2017;33:572-579.
3. Anand D.; Ray S.; Bhargava S.; Srivastava L.M.; Garg A.; Gafoor, I.; Singh, R.; Dhar, D. Exploration of eosinopenia as a diagnostic parameter to differentiate sepsis from systemic inflammatory response syndrome: Results from an observational study. // *Indian J. Crit. Care Med.* 2016;20:285-290.
4. Gao, L.; Shi, Q.; Li, H.; Guo, Q.; Yan, J.; Zhou, L. Prognostic value of the combined variability of mean platelet volume and neutrophil percentage for short-term clinical outcomes of sepsis patients. // *Postgrad. Med.* 2021;133:604-612.
5. Ferreira da Mota, N.V.; Brunialti, M.; Santos, S.S.; Machado, F.R.; Assuncao, M.; Azevedo, L.; Salomao, R. Immunophenotyping of Monocytes During Human Sepsis Shows Impairment in Antigen Presentation: A Shift Toward Nonclassical Differentiation and Upregulation of FCγR1-Receptor. *Shock* 2020;50:293–300.
6. Radzyukevich, Y.V.; Kosyakova, N.I.; Prokhorenko, I.R. Participation of Monocyte Subpopulations in Progression of Experimental Endotoxemia (EE) and Systemic Inflammation. // *J. Immunol. Res.* 2021; 1762584.
7. Hohlstein, P.; Gussen, H.; Bartneck, M.; Warzecha, K.T.; Roderburg, C.; Buendgens, L.; Trautwein, C.; Koch, A.; Tacke, F. Prognostic Relevance of Altered Lymphocyte Subpopulations in Critical Illness and Sepsis. // *J. Clin. Med.* 2019;8:353.
8. Sheikh Motahar Vahedi, H.; Bagheri, A.; Jahanshir, A.; Seyedhosseini, J.; Vahidi, E. Association of Lymphopenia with Short Term Outcomes of Sepsis Patients; A Brief Report. *Arch. Acad. Emerg. Med.* 2019;7:e14.
9. Pyo, J.Y.; Ha, Y.J.; Song, J.J.; Park, Y.B.; Lee, S.K.; Lee, S.W. Delta neutrophil index contributes to the differential diagnosis between acute gout attack and cellulitis within 24 hours after hospitalization. // *Rheumatology* 2017;56:795-801.
10. Brady, J.; Horie, S.; Laffey, J.G. Role of the adaptive immune response in sepsis. // *Intensive Care Med.* 2020;8:20.

Поступила 20.08.2025