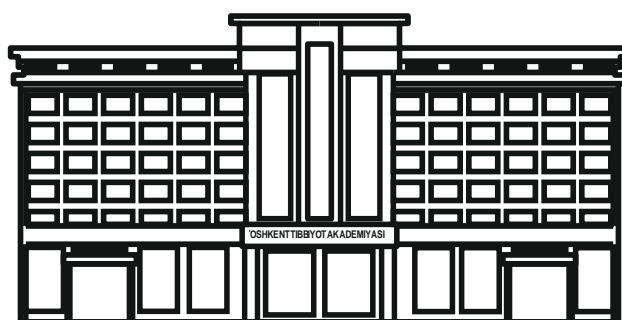


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2015, №2
2021 №2

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AХВОРОТНОМАСИ



ВЕСТНИК
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии

с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА. 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА № 2, 2021

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

акад. Даминов Т.А.

акад. Каримов Ш.И.

проф. Комилов Х.П.

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Мавлянов И.Р.

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

акад. Соатов Т.С.

проф. Ходжибеков М.Х.

проф. Шайхова Г.И.

проф. Жае Вук Чои

Члены редакционного совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент) проф. Аллаева М.Д.

(Ташкент) проф. Ахмедов Р.М. (Бухара) проф. Аюпова

Ф.М. (Ташкент) проф. Гиясов З.А. (Ташкент) проф.

Ирискулов Б.У. (Ташкент) проф. Каримов М.Ш.

(Ташкент) проф. Каюмов У.К. (Ташкент) проф. Исраилов

Р.И. (Ташкент) проф. Охунов А.О. (Ташкент) проф.

Парпиева Н.Н. (Ташкент) проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Ризамухамедова М.З. (Ташкент) проф. Сабиров У.Ю. (Ташкент)

проф. Сабирова Р.А. (Ташкент) проф. Халиков П.Х.

(Ташкент) проф. Хамраев А.А. (Ташкент) проф. Холматова

Б.Т. (Ташкент) проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент) проф.

Шомирзаев Н.Х. (Ташкент)

EDITORIAL BOARD

Editor in chief

prof. A.K. Shadmanov

Deputy Chief Editor

prof. O.R. Teshayev

Responsible secretary

prof. F.Kh. Inoyatova

EDITORIAL TEAM

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

academician Daminov T.A.

academician Karimov Sh.I.

prof. Komilov Kh. P.

academician Kurbanov R.D.

prof. Mavlyanov I.R.

academician Nazzyrov F.G.

prof. Najmutdinova D.K.

academician Soatov T.C.

prof. Khodjibekov M.X.

prof. Shaykhova G.I.

prof. Jae Wook Choi

EDITORIAL COUNCIL

prof. Akilov F.O. (Tashkent) prof.

Allaeva M.D. (Tashkent) prof.

Akhmedov R.M. (Bukhara) prof.

Ayupova F.M. (Tashkent)

prof. Giyasov Z.A. (Tashkent) prof.

Iriskulov B.U. (Tashkent) prof.

Karimov M.Sh. (Tashkent) prof.

Kayumov U.K. (Tashkent) prof.

Israilov R.I. (Tashkent) prof.

Okhunov A.A. (Tashkent) prof.

Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent) prof.

Rizamukhamedova M.Z. (Tashkent) prof.

Sabirov U.Y. (Tashkent)

prof. Sabirova R.A. (Tashkent) prof.

Khalikov P.Kh. (Tashkent) prof.

Khamraev A.A. (Tashkent) prof.

Kholmatova B.T. (Tashkent) prof.

Shagzatova B.X. (Tashkent) prof.

Shomirzaev N.Kh. (Tashkent)

Journal edited and printed in the computer of Tashkent
Medical Academy editorial department

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M.N. Aslonov

Russian language editor: O.A. Kozlova

Uzbek language editor: M.G. Fayzieva

English language editor: A.X. Juraev

Corrector: Z.T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

Publication registered in editorial and information
department of Tashkent city

Registered certificate 02-00128

Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30
of December 2013 in Medical Sciences department of SUPREME

AtteStAtion COMISSion

COMPLITed MANSCIPtS PLeASe Send following address:

2-Farobiy street, 4 floor room 444. Administration building of TMA.
Tashkent. 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi,
4-qavat, 444-xona.

Contact number: 71- 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru. rio@tma.uz

Format 60x84 1/8. Usl. printer. I. 9.75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department
risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ОСНОВЕ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Закирова У.И., Эмирова А.Р., Толипова Н.К., Юлдашева Г.Г.

MAKTAB YOSHIDAGI BOLALARDA KLINIK VA FUNKTSIONAL KO'RSATKICHLAR ASOSIDA BRONXIAL ASTMA RIVOJLANISHINI BASHORAT QILISH.

Zakirova U.I., Emirova A.R., Tolipova N.K., Yo'ldosheva G.G.

PREDICTING THE DEVELOPMENT OF BRONCHIAL ASTHMA BASED ON CLINICAL AND FUNCTIONAL INDICATORS IN SCHOOL-AGE CHILDREN

Zakirova U.I., Emirova A.R., Tolipova N.K., Yuldasheva G.G.

Ташкентская медицинская академия

Maqsad: kasallikning paydo bo'lish xavfi darajasini aniqlash uchun bronxial astma (BA) bilan kasallangan bolalarning klinik va funktsional xususiyatlarini o'rganish. **Material va usullar:** biz 6 yoshdan 14 yoshgacha astma bilan kasallangan 58 nafar bolani alevlenme paytida bronxial astma tashxisi bilan statsionar davolanishga yotqizdik. Nazorat guruhi allergik kasalliklar tarixi bo'lmagan, taqqoslanadigan yoshi va jinsi bo'yicha deyarli 50 sog'lom boladan iborat edi. **Natijalar:** tadqiqot shuni ko'rsatdiki, ADda FEV1 spirometriyasi tezligi parametrlarining vaqtinchalik labil o'zgarishi va bronxial giperreaktivlik natijasida ekspiratuar oqim tezligi qayd etilgan. BA kuchayishi davrida o'pkaning maksimal shamollatilishini buzish holatlari ham qayd etiladi, BA bo'lgan bolalarning 70,6 foizida Tiffno indeksining 55 foizgacha, 29,3 foizida - 40 foizgacha pasayish kuzatilgan. **Xulosa:** astma bilan og'rikan bolalarda spirometriya natijalarini tahlil qilishda biofeedback va astmatik holatlarga xos bo'lgan yuqori hajmli bosimning buzilish belgilari aniqlandi. Bronxial obstruksiyaning qaytuvchanligini aniqlash uchun bronxodilatatsiya tekshiruvini ham zarur, bu to'g'ri davolanishni tanlashga imkon beradi.

Kalit so'zlar: bolalar, bronxial astma, prognoz, spirometriya.

Objective: To study the clinical and functional characteristics of children with bronchial asthma (BA) to determine the degree of risk of disease formation. **Material and methods:** We carried out a clinical and functional examination of 58 children with asthma at the age from 6 to 14 years old who were admitted to inpatient treatment with a diagnosis of bronchial asthma during an exacerbation. The control group consisted of 50 practically healthy children of comparable age and sex, with no history of allergic diseases. **Results:** The study showed that in asthma, a transient labile change in the speed parameters of FEV1 spirometry and peak expiratory flow rate caused by bronchial hyperreactivity are recorded. During the period of BA exacerbation, violations of maximum ventilation of the lungs are also recorded, while in 70.6% of children with BA there was a decrease in the Tiffno index to 55%, in 29.3% - to 40%. **Conclusions:** When analyzing the results of spirometry in children with asthma, signs of impairment of the high volume pressure characteristic of biofeedback and asthmatic conditions were revealed. To establish the reversibility of bronchial obstruction, bronchodilation testing is also necessary, which allows choosing the correct treatment.

Key words: children, bronchial asthma, prognosis, spirometry.

В последние годы бронхиальная астма (БА) стала одним из наиболее распространенных заболеваний органов дыхания у детей. Анализ данных литератур показал, что БА – одна из наиболее распространенных хронических патологий среди детей школьного возраста. Рецидивное течение острого обструктивного бронхита у детей, возрастные анатомо-физиологические особенности, все возрастающая аллергизация современного мира, последствия перенесенной ОРВИ – патофизиологический комплекс, который в дальнейшем способствует развитию бронхиальной астмы у детей [2,4,8].

Современные возможности функциональной диагностики заболеваний лёгких у детей позволяют оценить все важнейшие функции респираторной системы. Роль исследования функции внешнего дыхания (ФВД) в детской пульмонологии трудно переоценить, а единственным достоверным критерием хронических обструктивных заболеваний лёгких являются дыхательные нарушения, выявленные при спирометрии [1,5].

Известно, что легочные функциональные тесты более чувствительны и объективны в вопросе диагностики, чем анализ клинических симптомов или исследование обструктивных явлений в бронхиальном дереве. Поэтому для детей старшего возраста спирометрия входит в большинство рекомендаций в качестве золотого стандарта диагностики и определения функции лёгких. Спирометры широко доступны в медицине как недорогой метод диагностики ФВД у детей. Проведение спирометрии у детей не имеет абсолютных противопоказаний, а интерпретация получаемых результатов полностью стандартизирована. Тем не менее, существует четкий разрыв между рекомендациями и практикой использования спирометрии (как это наблюдается в странах с ограниченными ресурсами), особенно у детей с бронхиальной астмой [3,7].

На сегодняшний день спирометрия является ведущим методом диагностики функционального состояния бронхов, лёгких, дыхательной системы в целом. Для выполнения обследования используются одноименные приборы – спирометры, позволяющие опреде-

лить такие параметры внешнего дыхания как скорость и объем. Он предполагает не только визуализацию процессов дыхания, но и при помощи измерения и дополнительных вычислений может охарактеризовать все основные параметры бронхолегочной деятельности.

Спирометрическое оборудование позволяет выявлять степень поражения бронхов и легких, контролировать состояние дыхательной системы пациента, следить за ходом лечения и степенью выздоровления. Спирометры широко используются при проведении диспансеризации и контроля реабилитации в стационарах, семейных поликлиниках, лечебно-оздоровительных центрах [5,9].

В современных условиях развития педиатрии во многих регионах существуют сложности в ранней диагностике и своевременном правильном лечении бронхиальной астмы у детей [6].

Цель исследования

Изучение клинико-функциональных особенностей детей с БА для определения степени риска формирования заболевания.

Материал и методы

Нами проведено клинико-функциональное обследование 58 детей с БА в возрасте от 6 до 14 лет, поступивших на стационарное лечение с диагнозом бронхиальная астма в период обострения. В контрольную группу включены 50 практически здоровых детей сопоставимого возраста и пола, не имеющие в анамнезе аллергические заболевания. Больные получали традиционное медикаментозное лечение и физиотерапию.

Спирографию у больных выполняли на спирометре VTL-08 Spiro в 1-2-й день пребывания в стационаре. В полученных спирограммах анализировались следующие основные показатели: объем форсированного выдоха в первую секунду (ОФВ1), форсированная жизненная емкость (ФЖЕЛ), индекс Тиффно (ИТ) – соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ, пиковая скорость выдоха (ПСВ), МОС25, МОС50 и МОС75 – максимальная скорость выдоха на уровне бронхов крупного, среднего и мелкого калибра.

У наблюдаемых нами больных исследование проводилось согласно стандартам оказания медицинской помощи с учетом соответствующей нозологии: сбор клинико-анамнестических данных, физические методы исследования (осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация), стандартные методы исследования (лабораторные), инструментальные методы (по показаниям).

Диагноз бронхиальной астмы установлен на основании жалоб, анамнестических и клинических данных и результатов лабораторных исследований в соответствии с «Классификацией клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей», принятой на симпозиуме педиатров и МКБ-10 [10].

Статистическую обработку результатов проводили на персональном компьютере с помощью пакета программ Excel, Statistika 6.0.

Результаты

Среди наблюдаемых нами больных мальчики составляли 63,8%, девочки – 36,2%. Наши данные со-

впали с результатами других авторов, отраженными в Национальной программе «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики» (2012), что мужской пол является одним из эндогенных факторов развития заболевания.

У больных БА отмечались неблагоприятные факторы антенатального периода: ОРВИ во время беременности имели место у 41,4%, токсикоз – у 27,6%, угроза прерывания беременности – у 48,3%, анемия – у 20,7%, артериальная гипертония – у 7%, патология во время беременности отсутствовала у 19,0% женщин. Анализ статистических данных показал, что анемия у матерей во время беременности является прогностическим неблагоприятным фактором развития в дальнейшем тяжелого течения БА у детей. Обострения бронхиальной обструкции как инфекционного, так и аллергического генеза у детей с БА достоверно чаще развиваются также при раннем переводе на искусственное вскармливание. Возможно, данная тенденция связана с тем, что преждевременное отлучение от груди и перевод на искусственное вскармливание способствуют ранней сенсибилизации, расширению спектра потенциальных пищевых аллергенов, снижению факторов пассивного гуморального иммунитета, что, как следствие, ведет к возникновению повторных респираторных заболеваний.

Частые респираторные инфекции верхних дыхательных путей наблюдались у 75,8% детей с БА ($p < 0,005$), ОРВИ на первом году жизни – у 59%. Таким образом, раннее развитие респираторных инфекций на первом году жизни оказывает неблагоприятное влияние на формирование в дальнейшем БА у детей. Семейный алергоанамнез обследованных детей с БА показал отягощенную наследственность по БА у 44,8%, а отягощенная наследственность по другим аллергическим заболеваниям (аллергический ринит, риносинусит, трахеобронхит, атопический дерматит) отмечалась у 51,7%. Анализ семейно-наследственного анамнеза показал, что родители (17,24%) больных детей состояли в близкородственном браке. У 31,0% больных детей родственники страдали аллергическими заболеваниями, при этом наследственная отягощенность по линии матери отмечалась чаще (15,5%), чем по линии отца (10,3%).

Для наблюдаемых нами больных было характерно наличие неблагоприятного преморбидного фона, таких как анемия в раннем возрасте, белково-энергетическая недостаточность (БЭН), аномалии конституции. БЭН и анемия у обследованных детей чаще всего были связаны с алиментарными факторами: количественным (гипоалактатия, назначение недостаточного количества смесей) или качественным недокормом (бедность суточного рациона белками, витаминами, микроэлементами), ранним переводом детей на искусственное и смешанное вскармливание.

Что касается функции внешнего дыхания (ФВД), то показатели спирометрии у 4 (6,9%) детей с БА на 2-й день были в пределах нормы, легкие нарушения вентиляционной способности по обструктивному

типу наблюдались у 16 (27,5%) обследованных, у 31 (53,4%) были умеренные нарушения, у 7 (12,1%) – значительные.

При анализе данных спирометрии у детей с БА в 1-2-й день пребывания в стационаре выявлены признаки нарушения ФВД, характерное для бронхообструктивного синдрома (БОС). Оно проявлялось снижением объема форсированного выдоха за 1 с (снижение ОФВ1 ниже 80% от должного), максимальной скорости выдоха и максимальных объемных скоростей и ОФВ1/ФЖЕЛ. При этом умеренные нарушения МОС50 и МОС25 установлены

более чем у 79,3% больных, МВЛ – у 48,2%, ФЖЕЛ – у 1/3 больных, ПСВ – у 1/4, ИТ – у 39,6, МОС75 – у 20,6%. Полученные результаты указывают на то, что у больных БА в стадии обострения отмечаются умеренные, а у части – и выраженные проявления обструкции в средних и крупных по калибру бронхах. Полученные результаты исследований обусловлены БОС, т.е. отеком слизистой бронхов, гиперсекрецией слизи, нарушением реологических свойств бронхиального секрета и десквамацией клеток эпителия бронхов. В таблице представлены показатели спирометрии у обследованных детей.

Таблица

Распределение спирометрических показателей у детей с БА, %

Группа детей	Спирометрические показатели, % от должного							
	ЖЕЛ	ФЖЕЛ	ОФВ1	ОФВ1/ ЖЕЛ	ПСВ	МОС25	МОС50	МОС75
БА	76,4 ±4,2	51,4±2,8	52,3±2,3	64,5±5,1	61,2±2,1	53,5±2,4	58,1±2,8	65,9±5,2
Контроль	98,7±3,4	82,3±5,4	93,1±4,3	89,4±3,7	94,1±1,6	89,4±4,3	96,7±3,2	92,2±4,1
p	<0,001	<0,001	<0,05	<0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Примечание. * – $p < 0,05; 0,001$ по сравнению с исходными данными.

Показатели ПСВ исходно были ниже нормы у всех обследуемых, но имели разную степень выраженности: у 39,6% детей этот показатель составил более 60% от должной величины, у 27,5% – более 70%, у 12% – более 80%.

При проведении медикаментозного лечения и физиотерапии оказалось, что через 12 месяцев тренировок ПСВ у 75,8% детей приблизилась к должным величинам. ПСВ, определяемая с помощью пикфлоуметрии, является важным методом диагностики и оценки эффективности лечения БА. Метод широко используется в амбулаторной практике [1,3]. На практике в ряде случаев у больных БА на ранних этапах клинического проявления (кашлевой вариант) имеет место достоверный прирост только ЖЕЛ при отсутствии реакции со стороны ОФВ1, что важно при оценке результатов пробы.

Индекс Тиффно – классический тест для выявления наличия бронхиальной обструкции. Индекс Тиффно равен отношению объема, выдыхаемого за первую секунду форсированного выдоха (выполняемого из положения максимального вдоха), к ЖЕЛ (ОФВ1/ФЖЕЛ). Норма составляет 70-85%). При умеренных нарушениях бронхиальной проходимости отмечалось снижение ИТ до 55%, при значительных нарушениях – снижение ИТ от 54 до 40%, при резких нарушениях – ниже 40%. У 70,6% детей с БА отмечалось снижение ИТ до 55%, почти у 30% больных обнаружены значительные нарушения – до 40%.

В восстановительный период у детей с БА на фоне поддерживающей терапии и физиолечения отмечалась положительная клиническая динамика: урежение приступов удушья, продуктивный характер кашля, исчезновение одышки при нагрузке. Обнаружено также уменьшение количества хрипов над легочными полями, которые регистрировались параллельно с улучшением показателей ФВД. Клинико-anamnestические данные в период ремис-

сии включали: снижение частоты рецидивов бронхиальной обструкции и длительности обострений, урежение количества госпитализаций, снижение дозы или отмен применяемых препаратов.

Таким образом, при анализе результатов спирометрии у детей с БА выявлены признаки нарушения ФВД, характерного для БОС и астматического состояния. Для диагностики и наблюдения больных БА основными показателями явились определение ФЖЕЛ и ОФВ1 и измерение пиковой скорости выдоха. Обязательным условием постановки диагноза бронхиальная астма является также запись спирограммы с оценкой скоростных показателей (ФЖЕЛ, ОФВ1, МОС25,50,75, ПСВ). Для установления обратимости бронхиальной обструкции предполагается также бронходилатационное тестирование, которое позволяет подобрать правильное лечение.

Выводы

1. Исходные у 6,9% детей характеристики ФВД были в пределах нормы, легкие нарушения вентиляционной способности по обструктивному типу наблюдались у 27,5%, умеренные – у 53,4%, значительные – у 12,1%.

2. Отмечалось снижение следующих показателей: ОФВ1 ниже 80% от должного, максимальной скорости выдоха и максимальных объемных скоростей и ОФВ1/ФЖЕЛ.

3. Показатели ПСВ исходно были ниже нормы у всех обследованных, но имели разную степень выраженности: у 39,6% детей данный показатель составил более 60% от должных величин, у 27,5% – более 70%, у 12% – более 80%.

4. У 70,6 % детей с БА ИТ снижался до 55%, у 29,3% – до 40 %.

Литература

1. Анохин М.И. Компьютерная спирометрия у детей. – М.: Биомед, 2012. – 104 с.
2. Геппе Н.А., Колосова Н.Г., Малахов А.Б. Современные подходы к диагностике и лечению бронхиальной астмы

у детей // Здоровье Узбекистана. – 2019. – №7 (40). – С. 36-39.

3. Гузий А.В. Спирометрия как золотой стандарт диагностики бронхиальной астмы // Украинский мед. журн. – 2020. – №5 (1). – С. 139

4. Закирова У.И. Прогнозирование развития и диспансерное наблюдение детей с рецидивирующим бронхитом с учетом клинико-генетических особенностей заболевания // Журн. теорет. и клин. медицины. – 2018. – №3. – С. 82-84.

5. Исмаилова С.К., Минкаилов Э.К., Минкаилов М.О. Спирометрические показатели в ранней диагностике бронхиальной астмы. // Вестн. новых мед. технологий. – 2012. – Т. XIX, №4 – С. 152-157.

6. Княжевская Н.П. Бронхиальная астма: сложности диагностики // Атмосфера. Пульмонолог. и аллергология. – 2011. – №1 (40). – С. 30-32.

7. Панфилов Ю.А., Луныков В.А. Спирометрия в клинической практике // Земский Врач. Альманах. – 2017. – С. 21-26.

8. Федоров И.А., Рыбакова О.Г., Степанов О.Г. Диагностика бронхиальной астмы у детей, перенесших эпизоды острого обструктивного бронхита в дошкольном возрасте, по результатам десятилетнего наблюдения // Human Sport Med. – 2017. – Vol. 17, №1. – Р. 28-35.

9. Чикина С.Ю. Спирометрия в повседневной врачебной практике // Атмосфера. Пульмонолог. и аллергология. – 2007. – №1 (24). – С. 6-11.

10. Чучалин А.Г., Геппе Н.А. и др. Современная классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей // Педиатрия. – 2010. – Т. 89, №4. – С. 15-19.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ОСНОВЕ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Закирова У.И., Эмирова А.Р.,
Толипова Н.К., Юлдашева Г.Г.

Цель: изучение клинико-функциональных особенностей детей с бронхиальной астмой (БА) для определения степени риска формирования заболевания. **Материал и методы:** нами проведено клинико-функциональное обследование 58 детей с БА в возрасте от 6 до 14 лет, поступивших на стационарное лечение с диагнозом бронхиальная астма в период обострения. В контрольную группу вошли 50 практически здоровых детей сопоставимого возраста и пола, не имеющие в анамнезе аллергические заболевания. **Результаты:** исследование показало, что при БА регистрируется преходящее лабильное изменение скоростных параметров спирометрии ОФВ1 и пиковая скорость выдоха, обусловленное бронхиальной гиперреактивностью. В период обострения БА также регистрируется нарушения максимальной вентиляции легких, при этом у 70,6% детей с БА отмечалось снижение индекса Тиффно до 55%, у 29,3% – до 40%. **Выводы:** при анализе результатов спирометрии у детей с БА выявлены признаки нарушения ФВД, характерного для БОС и астматического состояния. Для установления обратимости бронхиальной обструкции необходимо также бронходилатационное тестирование, которое позволяет подобрать правильное лечение.

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма, прогноз, спирометрия.



