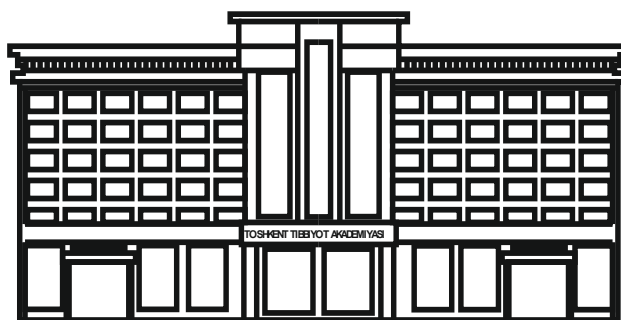


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2021 №1

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
АХБОРОТНОМАСИ



В Е С Т Н И К
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 № 1, 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 редакционоого 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. Израилов 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. Shagazatova 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 COMMISSION

COMPLETED MANUSCRIPTS 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.

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENT

| НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ | NEW PEDAGOGICAL TECHNOLOGIES |
|---|---|
| Махсудов В.Г., Яхшибоев Р.Э., Бобожонов Б.О., Латипова К.Д., Зупаров И.Б. АВТОМАТИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕКСТА С ПОМОЩЬЮ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ И РИСОВАНИЯ | Makhsudov V.G., Yaxshiboyev R.E., Bobojonov B.O., Latipova K.D., Zuparov I.B. AUTOMATIC TEXT DETECTION USING MORPHOLOGICAL OPERATIONS AND INPAINTING 8 |
| ОБЗОРЫ | REVIEWS |
| Абдуллажанов Б.Р., Девяттов А.В., Нишанов М.Ф., Рахманов Б.Б. ОСОБЕННОСТИ БИОСОВМЕСТИМОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЛЬТРОВ ДЛЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ПЛАЗМОСОРБЦИИ | Abdullajanov B.R., Devyatov A.V., Nishanov M.F., Rakhmanov B.B. FEATURES OF BIOCOMPATIBILITY AND EFFICIENCY OF FILTERS FOR HYPERBARIC PLASMA SORPTION 12 |
| Алибоев М.Р., Нишанов М.Ф., Ботиров А.К., Абдуллажонов Б.Р., Ахмадбеков Б.О. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ДИФУЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА | Aliboev M.R., Nishanov M.F., Botirov A.K., Abdullajonov B.R., Akhmadbekov B.O. SOME QUESTIONS ABOUT THE ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF DIFFUSE-TOXIC GOITER 16 |
| Ахмедов Р.Ф., Карабаев Х.К., Мухаммадиев М.Х. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОЖОГОВОГО СЕПСИСА | Akhmedov R.F., Karabayev Kh.K., Mukhammadiev M.Kh. CURRENT STATE OF PREVENTION AND INTENSIVE THERAPY OF BURN SEPSIS 20 |
| Дусматов Ж.Э., Махкамова Ф.Т. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ИМПЛАНТАТАХ | Dusmatov J.E., Makhkamova F.T. MODERN PRINCIPLES OF PROSTHETICS ON IMPLANTS 26 |
| Икрамова М.Д., Муминова З.А., Аюпова Д.А. РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ | Ikramova M.D., Muminova Z.A., Ayupova D.A. VARIOUS TYPES OF CORRECTION OF ISTHMIC-CERVICAL INSUFFICIENCY 32 |
| Исмаилов С.И., Мухтарова М.З., Юлдашев О.С. КОМПЛЕКСНОЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МАСТОПАТИИ | Ismailov S.I., Mukhtarova M.Z., Yuldashev O. S. AN INTEGRATED APPROACH TO THE TREATMENT OF MASTOPATHY 36 |
| Каримов А.А., Арипходжаев Ф.З., Асилова С.У., Мирзаев А.Б., Саломов М.Б. ДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ СПОНДИЛОЛИСТЕЗ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ | Karimov A.A., Aripходjaev F.Z., Asilova S.U., Mirzaev A.B., Salomov M.B. DYSPLASTIC SPONDYLOLISTHESIS: MODERN ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT 43 |
| Каюмов А.А. К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧКИ | Kayumov A.A. ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CYSTIC KIDNEY LESIONS 47 |
| Мамасалиев Н.С., Юсупова Ш.К., Мухамедова В.М., Сапиохунова Х.М., Бекташев И.Б. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПУТИ РАЗВИТИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ДИАБЕТОЛОГИИ. СООБЩЕНИЕ 3: САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ | Mamasaliev N.S., Yusupova Sh.K., Mukhamedova V.M., Sapiohunova Kh.M., Bektashev I.B. EPIDEMIOLOGY AND WAYS OF DEVELOPMENT OF THE PREVENTIVE DIRECTION IN DIABETOLOGY. MESSAGE 3: DIABETES MELLITUS IN COMORBIDITY 53 |
| Муратова Н.Ю., Абдуллаев Ш.Ю. ПРОБЛЕМА ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ НА ГРАНИЦЕ КОСТЬ-ИМПЛАНТАТ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ | Muratova N.Yu., Abdullaev Sh.Yu. THE PROBLEM OF OSTEOINTEGRATION AT THE BONE-IMPLANT BORDER IN MAXILLOFACIAL SURGERY 58 |
| Муртазаев С.С., Кучкарова М.К., Кодирова М.Т., Хасанов Ф.К. ФАСНАЯ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММА КАК МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ | Murtazaev S.S., Kuchkarova M.K., Kodirova M.T., Khasanov F.K. FRONTAL TELEROENTGENOGRAM AS A METHOD OF EXAMINATION OF PATIENTS WITH DENTOALVEOLAR ANOMALIES 63 |
| Нишанов М.Ф., Абдуллажонов Б.Р., Хожиметов Д.Ш., Носиров М.М., Хабибуллаев А.П. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА | Nishanov M.F., Abdullajonov B.R., Khojmetov D.Sh., Nosirov M.M., Khabibullaev A.P. A MODERN LOOK ON BLEEDING FROM VARICOSIS OF THE ESOPHAGUS 72 |

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Закирова У.И., Шакарова М.Ш., Максудова Л.И.

ЦИТОМЕГАЛОВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН КИЧИК МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ КЕЧИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Закирова У.И., Шакарова М.Ш., Мақсудова Л.И.

FEATURES OF THE COURSE OF BRONCHIAL ASTHMA IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN WITH CYTOMEGALOVIRUS INFECTION

Zakirova U.I., Shakarova M.Sh., Maksudova L.I.

Ташкентская медицинская академия

Мақсад: бошланғич мактаб ёшидаги болаларда цитомегаловирус инфекцияси (ЦМВ) аниқланганда бронхиал астма клиник кечиши хусусиятларини аниқлаш. **Материал ва усуллар:** 6 ёшдан 10 ёшгача бўлган астма билан касалланган 58 нафар боланинг клиник-анамнестик ва иммунологик маълумотлари таҳлил қилинди. Клиник ва анамнестик маълумотлар тўплами, физик текширув усуллари натижалари перкуссия, пальпация, аускультация, стандарт тадқиқот усуллари лаборатор ва инструментал кўрсатмага мувофиқ ўтказилди. **Натижалар:** ЦМВ инфекциясини юқтирган астма билан оғриган беморлар гуруҳида ўрта-оғир кечувчи, персистик тури 2 баробар кўпроқ кузатилади; хусусан 15,3% ҳолатларга нисбатан 31,3%. Шу билан бирга, ЦМВ инфекциясига чалинган БА билан касалланган беморлар гуруҳидаги оғир кечувчи, персистик шакли 21,9%да 7,6% болаларга нисбатан устунлик кўрсатди. **Хулоса:** ЦМВ ни балғам билан чиқарадиган БА касаллиги бўлган болаларда касаллик янада оғир кўринишда кечади, ҳамда нафас сиқиши хуружлари тезлиги, хуруж оғирлиги, ёрдам берадиган дори-дармонларнинг кўпайиши, тунги хуружларнинг кўпайиши, жисмоний машқлар мурасизлиги ва ремиссия давомийлигида намоён бўлди.

Калит сўзлар: болалар, бронхиал астма, мактаб, цитомегаловирус, инфекция.

Objective: To determine the features of the clinical course of bronchial asthma (BA) in children of primary school age when cytomegalovirus infection is detected in them. **Material and methods:** Clinical-anamnestic and immunological data of 58 children with asthma aged from 6 to 10 years were analyzed. The study was conducted in accordance with the standards of medical care, taking into account the corresponding nosology. Sputum for detection of cytomegalovirus infection was determined by PCR. **Results:** In the group of BA patients who had CMV infection, moderate persistent BA was observed 2 times more often than among children who did not isolate the pathogen. More often in this group and severe persistent. **Conclusions:** In children with asthma who excrete CMV with sputum, the disease progressed more severely, which was expressed in an increase in the frequency of attacks of shortness of breath, a severe nature of the attack, a greater number of drugs to provide assistance, etc.

Key words: children, bronchial asthma, schoolchildren, cytomegalovirus, infection.

Актуальность проблемы бронхиальной астмы у детей в среднеазиатском регионе объясняется неуклонным ростом заболеваемости, сложностью дифференциальной диагностики, увеличением количества случаев с более тяжелым клиническим течением, которое нередко заканчивается инвалидностью. Особенности высокая распространенность бронхиальной астмы (БА) у детей отмечается в неблагоприятных экологических регионах страны.

Бронхиальная астма (J45) – это хроническое аллергическое воспаление бронхов, сопровождающееся их гиперреактивностью, с периодически возникающими приступами затрудненного дыхания в результате обратимой бронхиальной обструкции, обусловленной бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи, отеком стенки бронхов [9,10].

Значительный рост заболеваемости БА у детей связан с поздней диагностикой и этиопатогенезом заболевания. Для достижения контроля БА и улучшения прогноза заболевания наибольший интерес представляет выявление роли внутриклеточных инфекций, способных к длительной персистенции в слизистой

бронхов, являющихся при заболевании органом-мишенью [3,4,8]. К длительному и постоянному поддержанию и усилению аллергического воспаления бронхов приводят различные внутриклеточные инфекции. К таким инфекциям в первую очередь можно отнести микоплазменную, хламидийную, цитомегаловирусную и пневмоцистную. Известны исследования, посвященные влиянию хламидийной и микоплазменной инфекции на клиническое течение бронхиальной астмы, частоту и тяжесть обострений.

Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) вызывает большой интерес у многих ученых и практических врачей различных специальностей. Европейским региональным бюро ВОЗ цитомегалия включена в группу «таинственных» болезней, которые определяют будущее инфекционной патологии. Роль ЦМВИ в патологии детского возраста, несмотря на высокий уровень современных исследований, остается малоизученной. Сохраняются трудности при диагностике различных форм ЦМВИ и интерпретации результатов исследований [1,2].

Наши наблюдения, исследования многих ученых и практикующих врачей показали, что цитомегаловирусная инфекция является одной из причин тяжелого течения бронхиальной астмы. По данным литературы, инфицированность детей, больных БА, микоплазменной, цитомегаловирусной и пневмоцистной инфекциями значительно превышает такую среди детского населения в целом [5,6].

Цель исследования

Определение особенностей клинического течения бронхиальной астмы у детей младшего школьного возраста при выявлении у них ЦМВИ.

Материал и методы

Проанализированы клиничко-анамнестические и иммунологические данные 58 детей с БА в возрасте от 6 до 10 лет. Исследование проводилось согласно стандартам оказания медицинской помощи с учетом соответствующей нозологии: клиничко-анамнестические данные, результаты физикальных методов обследования (осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация), стандартных (лабораторные) и инструментальных (по показаниям) методов.

Независимо от нозологической формы исследование дополнительно включало также анкетирование с помощью специально разработанной анкеты-вопросника, иммунологические методы – определение уровня общего IgE в сыворотке крови методом ИФА, бактериологическое исследование мокроты на Cytomegalovirus.

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 [7].

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

Результаты и обсуждение

Нами проведен анализ клиничко-анамнестических данных 58 детей с БА в возрасте от 6 до 10 лет. Мальчики составляли 63,8%, девочка – 36,2%. Наши данные совпали с результатами исследования других авторов, отраженными в Национальной программе «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики» (2012), согласно которой 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% матерей больных детей, токсикоз – у 27,6%, угроза прерывания беременности – у 48,3%, анемия – у 20,7%, артериальная гипертензия – у 7%. Патология во время беременности отсутствовала у 19,0% женщин. Анализ данных статистики показал, что анемия у матерей во время беременности является прогностическим неблагоприятным фактором развития в дальнейшем тяжелого течения БА у детей. Частые обострения бронхиальной обструкции как инфекционного, так и аллергического генеза у детей с БА также достовер-

но чаще развиваются при раннем переводе на искусственное вскармливание. Возможно, такая тенденция связана с тем, что преждевременное отлучение от груди и перевод на искусственное вскармливание способствует ранней сенсibilизации, расширению спектра потенциальных пищевых аллергенов, снижению факторов пассивного гуморального иммунитета, что, как следствие, ведет к возникновению повторных респираторных заболеваний.

Семейный аллергоанамнез обследованных детей с БА показал отягощенную наследственность по БА у 44,8% из них, а отягощенная наследственность по другим аллергическим заболеваниям (аллергический ринит, риносинусит, трахеобронхит, атопический дерматит) имела у 51,7%. Анализ данных 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%).

Частые респираторные инфекции верхних дыхательных путей наблюдались у 75,8% против 24,2% ($p < 0,005$), ОРВИ на первом году жизни болели 59% детей с БА. Таким образом, раннее развитие респираторных инфекций на первом году жизни становится причиной формирования в дальнейшем БА у детей.

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

При госпитализации в стационар у обследованных детей нами проведен сравнительный анализ клинического течения БА в зависимости от выделенного возбудителя ЦМВ. ЦМВИ в мокроте выделена у 32 (55,2%) из 58 детей с БА, не определена у 26 (44,8%).

Среди обследованных были пациенты со смешанной, то есть инфекционно-аллергической неосложненной формой БА. Обследование проводили в период обострения заболевания. Основными симптомами, определяющим степень тяжести течения БА, являются частота приступов затрудненного дыхания, характер приступов, объем препаратов для оказания помощи, наличие ночных приступов, переносимость физической нагрузки и длительность периодов ремиссии [4,8].

Из общего числа детей с БА интермиттирующая легкая форма заболевания отмечалась у 22,8%, персистирующая легкая форма – у 11,5%, среднетяжелая персистирующая форма – у 51,7%, тяжелая персистирующая – у 13,9%.

Анамнестические данные и наши наблюдения за клиническим течением заболевания в период обострения и ремиссии больных показали, что у детей с интермиттирующей легкой формой БА приступы за-

трудненного дыхания возникали 3-4 раза в год. При этом приступы носили эпизодический кратковременный характер, исчезали после однократного приема бронхолитиков короткого действия. У больных этой группы ночные приступы отсутствовали. Переносимость физической нагрузки и активность не нарушены, длительность периодов ремиссии – более 3-4 месяцев. Приступы купированы путем однократного ингаляционного приема бронхолитика.

У детей с легкой персистирующей формой БА приступы затрудненного дыхания возникали 1-3 раза в месяц. Приступы удушья были эпизодическими, исчезали спонтанно или после однократного приема бронхолитика короткого действия. Ночные приступы отсутствовали или наблюдались редко. Не была нарушена переносимость физической нагрузки, активность сохранялась. Длительность периодов ремиссии у детей с легкой персистирующей формой БА превышала 3 месяца.

У 51,7% детей со среднетяжелой персистирующей БА приступы затрудненного дыхания наблюдались 1-2 раза в неделю. Приступы удушья у этих больных протекали с отчетливыми нарушениями функции внешнего дыхания. Ночные приступы отмечались очень часто, нередко регулярно. Больные этой группы жаловались на ограниченную переносимость физических нагрузок. Длительность периодов ремиссии составляла около 2-3 месяцев. Приступы удушья купировались бронхолитиками (ингаляционно, нередко повторно, и/или парентерально), по показаниям больные получали кортикостероидные препараты.

В группе с тяжелой персистирующей БА у 13,9% больных приступы затрудненного дыхания отмечались несколько раз в неделю или ежедневно. При этом приступы носили тяжелый характер, а астматические состояния протекали с отчетливыми нарушениями функции внешнего дыхания. Из опроса больных с тяжелой персистирующей БА выявлено нарушение сна, ночные приступы наблюдались нередко ежедневно, реже по несколько раз в день. У больных была значительно снижена переносимость физических нагрузок. Период ремиссии часто составлял 1-2 месяца. Приступы купировались бронхолитиками в ингаляциях (преимущественно через небулайзер и/или парентерально), обязательно назначались в сочетании с кортикостероидами и другими препаратами.

При бактериологическом исследовании ЦМВИ в мокроте выделена у 32 (55,2%) больных, у 26 (44,8%) результат был отрицательным. Среди больных с БА, у которых была выделена ЦМВИ, интермиттирующая легкая форма отмечалась у 18,7%, персистирующая легкая форма – у 28,1%, среднетяжелая персистирующая форма – у 31,25%, тяжелая персистирующая форма – у 21,9%.

Среди детей с БА, у которых в мокроте ЦМВИ не была выделена, интермиттирующая легкая форма отмечалась у 30,7%, персистирующая легкая форма – у 46,2%, среднетяжелая персистирующая – у 15,3%, тяжелая персистирующая форма – у 7,6% детей.

Сравнительный статистический анализ показал, что в группе больных с БА, у которых была выделе-

на ЦМВ-инфекция, среднетяжелая персистирующая форма отмечалась в 2 раза чаще: соответственно в 31,3 и 15,3% случаев ($p < 0,001$). При этом чаще выявлялась также и тяжелая персистирующая форма: соответственно в 21,9 и 7,6% случаев ($p < 0,001$).

У детей, выделивших ЦМВИ с мокротой, приступы бронхиальной обструкции отмечались в 2,1 раза чаще ($p < 0,001$), чем у тех, у кого ЦМВИ отсутствовала. У детей, не выделивших ЦМВИ, тяжелые приступы бронхиальной обструкции отмечались лишь в единичных случаях, в 2 раза реже возникали приступы средней тяжести, в целом в 3,2 раза реже ($p < 0,001$) отмечались типичные приступы обструкции.

Степень выраженности аллергического воспаления у больных с БА определяли на основании уровня общего иммуноглобулина E (IgE) крови. У детей с БА, выделивших ЦМВ с мокротой, отмечались более выраженные нарушения иммунной системы, в частности снижение абсолютного количества иммунокомпетентных клеток, повышение уровня общего иммуноглобулина A, напряжение фагоцитарного звена иммунитета, чем у пациентов без признаков персистенции возбудителя в бронхах. Концентрация общего IgE у 91,3% обследованных детей была выше возрастного норматива в 1,5-10 раз. У пациентов, выделивших в мокроте ЦМВ, уровень общего IgE был достоверно ($p < 0,001$) ниже, чем у детей, которые не выделили возбудителя. При этом утяжеление течения болезни скорее было связано именно с инфекционным компонентом развития болезни, а не с усилением атопического фактора, то есть ЦМВ в данном случае является не маркером тяжести основного процесса, а причиной утяжеления клинического течения БА.

Таким образом, исследования показали, что тяжесть течения заболевания БА зависит также от влияния персистенции ЦМВИ. При этом у детей с БА, выделивших ЦМВИ с мокротой, заболевание протекало тяжелее, что выражалось в увеличении частоты приступов затрудненного дыхания, тяжелом характере приступов, объеме препаратов для оказания помощи, наличии частых ночных приступов, непереносимости физической нагрузки и более коротких ремиссиях. Поэтому у больных БА, имеющих средний риск персистенции цитомегаловируса, необходимо исследование мокроты методом ПЦР с целью выявления фрагментов ДНК возбудителя в случае, если стандартная терапия не позволяет достичь контроля над заболеванием.

Выводы

1. У больных БА присутствовали неблагоприятные факторы антенатального периода: ОРВИ во время беременности токсикоз, угроза прерывания беременности, артериальная гипертония. Анемия у матерей во время беременности является прогностическим неблагоприятным фактором развития в дальнейшем тяжелого течения бронхиальной астмы у детей.

2. В группе больных с БА, у которых была выделена ЦМВИ, тяжелая персистирующая форма отмечалась в 3 раза чаще, чем в группе больных не выделивших данную инфекцию (соответственно 21,9 и 7,6%).

3. У детей с БА, выделивших ЦМВИ с мокротой, заболевание протекало тяжелее, что выражалось в увеличении частоты приступов затрудненного дыхания, тяжелоим их характер, большом количестве препаратов для оказания помощи, наличии частых ночных приступов, непереносимости физической нагрузки и коротких ремиссиях.

4. У детей с БА, выделивших ЦМВИ с мокротой, отмечаются более выраженные нарушения иммунной системы, чем у пациентов без признаков персистенции возбудителя в бронхах. Так, уровень общего Ig E достоверно ($p < 0,001$) у первый был ниже, чем у детей, не выделивших данную инфекцию.

Литература

1. Козлов В.К., Морозова О.И., Ефименко М.В. Влияние персистенции цитомегаловируса на течение бронхиальной астмы у детей // Мед. иммунол. – 2012. – Т. 14, №3. – С. 201-203.
2. Кочкина С.С., Ситникова Е.П. Особенности цитомегаловирусной инфекции: обзор литературы // Доктор. Ру. Педиатрия. – – 2016. – №6. – С. 213.
3. Кузьменко Л.Г. Значение внутриклеточных патогенов в формировании хронических бронхолегочных заболеваний // Детские инфекции. – 2003. – №1. – С. 54-57.
4. Кузьменко Л.Г., Соколов А.Л., Капустин И.В. и др. Инфицированность детей с бронхиальной астмой цитомегаловирусом и возбудителями микоплазмоза, пневмоцистоза, хламидиоза // Педиатрия. – 1999. – №1. – С. 15-20.
5. Лаврова О.В., Дымарская Ю.Р. Бронхиальная астма у детей: факторы предрасположенности // Практ. пульмонолог. – 2015. – №2. – С. 2-9.
6. Ласица О.И. Охотникова Е.Н. Роль атипичной микрофлоры в патогенезе бронхиальной астмы у детей // Укр. пульмонолог. журн. – 2004. – №1. – С. 16-20.
7. Современная классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей; Под ред. А.Г. Чучалина // Педиатрия. – 2010. – №4 (89). – С. 6-15.
8. Чешик С.Г., Сускова В.С., Емец В.И., Кистенева И. Б. Особенности цитокинового статуса у детей с латентной и персистирующей формами цитомегаловирусной инфек-

ции // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. – 2009. – №4. – С. 64-68.

9. Шабалов Н. П. Детские болезни: Учеб. для вузов. 6-е изд. – В 2-х т. – Т. 1. – СПб, 2011. – 928 с.

10. Шарипова Н.С. Особенности распространения бронхиальной астмы в некоторых регионах Республики Узбекистан // Вестн. Совета мол. учёных и специалистов Челябинской области. – 2010. – Т. 5, №4 (15). – С. 59-62.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Закирова У.И., Шакарова М.Ш., Максудова Л.И.

Цель: определение особенностей клинического течения бронхиальной астмы (БА) у детей младшего школьного возраста при выявлении у них цитомегаловирусной инфекции. **Материал и методы:** проанализированы клинико-anamnestические и иммунологические данные 58 детей с БА в возрасте от 6 до 10 лет. Исследование проводилось согласно стандартам оказания медицинской помощи с учетом соответствующей нозологии. Мокроту на выявление цитомегаловирусной инфекции определяли методом ПЦР. **Результаты:** в группе больных с БА, у которых была выделена ЦМВ инфекция, среднетяжелая персистирующая форма БА отмечалась в 2 раза чаще, чем среди детей, не выделивших возбудителя. Чаще в этой группе встречалась и тяжелая персистирующая. **Выводы:** у детей с БА, выделяющих ЦМВ с мокротой, заболевание протекало тяжелее, что выражалось в увеличении частоты приступов затрудненного дыхания, тяжелом характере приступа, большом количестве препаратов для оказания помощи и др.

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма, школьники, цитомегаловирус, инфекция.