



ГУ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МАТЬ И ДИТЯ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

КАФЕДРА ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ
КАФЕДРА АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ, ФИЗИЧЕСКОГО
ВОСПИТАНИЯ

МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ (ON-LINE)
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

**«ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ
К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ
И ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА
И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ
ПАТОЛОГИИ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ»**

25 марта 2021

ТАШКЕНТ

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ
КАФЕДРА АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ, ФИЗИЧЕСКОГО
ВОСПИТАНИЯ**

**МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ (ON-LINE)
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**«ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К
ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И
ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА И
НЕСПЕЦЕФИЧЕСКОЙ
РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У
ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ»**

25 марта 2021

Ташкент – Изд «Fan Ziyosi»

UO`K: 71(22+13)

КВК: 82 (5У36)

«Инновационные подходы к диагностике, лечению и профилактике туберкулеза и неспецифической респираторной патологии у взрослых и детей»: материалы науч.-практ. онлайн конф., с международным участием (Ташкент, 25 марта 2021 г.) / под ред. Б.Т. Даминова. – Ташкент: Изд. «Fan ziyosi», 2021 г. 192 стр.

ISBN 978-9943-708-87-7

Редакционная коллегия: ректор, профессор, д.м.н., Даминов Б.Т. (ответственный редактор), проректор по научной и инновационной деятельности, д.м.н., профессор Гулямов С.С., проректор по учебной работе, д.м.н., профессор Хаитов К.Н., д.м.н., профессор кафедры амбулаторной медицины с физической подготовкой, д.м.н., Агзамова Ш.А, заведующая кафедрой фтизиатрии и пульмонологии, д.м.н., Ташпулатова Ф.К., начальник отдела международных отношений доцент Саидходжаева С.Н., начальник отдела научных исследований, инноваций и подготовки научно-педагогических кадров., к.м.н, доцент Абзалова Ш.Р.

В сборнике представлены материалы научно-практической онлайн конференции с международным участием «Инновационные подходы к диагностике, лечению и профилактике туберкулеза и неспецифической респираторной патологии у взрослых и детей», посвященной Году поддержке молодежи и укреплению здоровья населения (Ташкент, 25 марта 2021 г.). В сборнике изложены лекции и обзоры ведущих ученых по актуальным вопросам фтизиатрии и пульмонологии, представлены материалы по эпидемиологии, клиники, диагностике, лечению туберкулеза и неспецифической патологии бронхолегочной системы у взрослых и детей.

Сведения и материалы, изложенные в данных публикациях, не обязательно отражают точку зрения редакционной коллегии. За представленную информацию несут ответственность авторы.

ISBN 978-9943-708-87-7

© Изд. «Fan ziyosi», 2021

Уважаемые участники и гости конференции!

Позвольте сердечно приветствовать всех участников конференции с международным участием в формате онлайн, посвященной проблемам диагностики, лечения и профилактики туберкулеза и неспецифической легочной патологии у взрослых и детей.

Искренне благодарю за участие в нынешней конференции наших уважаемых коллег из России, Казахстана, Киргизии, Белоруссии, Украины.

Мы рады приветствовать всех специалистов, проявивших интерес к актуальным вопросам фтизиопульмонологии и детской пульмонологии.

От имени ректората и коллектива Ташкентского педиатрического медицинского института поздравляем всех участников-специалистов с днем борьбы с туберкулезом, который широко отмечался 24 марта во всем мире.

По данным ВОЗ, туберкулез и легочные заболевания входят в десятку ведущих причин смерти человека. На сегодняшний день, не смотря на внедрения инновационных методов диагностики и лечения остаются нерешенными проблемы лекарственно устойчивого туберкулеза, коморбидных состояний при туберкулезе, диагностика и лечения неспецифической лёгочной патологии у взрослых и детей, требуют внимательного рассмотрения вопросов диагностики, лечения и реабилитации больных при COVID-19. Особое место занимают вопросы внелегочного туберкулеза и хирургического лечения туберкулеза и неспецифической легочной патологии.

Борьба с туберкулезом и легочными заболеваниями было и остается приоритетным направлением здравоохранения нашей страны. В ходе реализации Постановления Президента Республики Узбекистан №4191 от 13 февраля 2019 года «О мерах по совершенствованию системы оказания специализированной фтизиатрической и пульмонологической помощи», Узбекистан идет к пути ликвидации туберкулеза и улучшения оказания пульмонологической помощи как детскому, так и взрослому населению.

Данная конференция – это своеобразная дискуссионная площадка, призванная обеспечить возможность обмена мнениями и опытом по актуальным вопросам современной фтизиопульмонологии и детской пульмонологии.

В рамках конференции пройдет конкурс молодых ученых, занимающихся проблемами легочной патологии и туберкулеза, хочу особо отметить, что в конкурсе впервые примут участие молодые ученые из России, Кыргызстана. Примечательно, что данный конкурс проводится в год поддержки молодежи и укрепления здоровья населения.

Уверен, что результаты нынешней конференции будут полезными в разработке новых подходов в решении практических задач по диагностике, лечению, профилактике туберкулеза и неспецифической легочной патологии. Мы также выражаем большую надежду на дальнейшее сотрудничество.

От всей души желаю всем участникам конференции найти среди многообразия тем и докладов то, что будет им интересно и полезно; надеюсь, что работа на секциях будет сопровождаться плодотворной и конструктивной дискуссией. Успешной Вам работы на конференции и в повседневном Вашем благородном труде!

**Ректор Ташкентского педиатрического
медицинского института, д.м.н., профессор**



Даминов Б.Т.

I. ЛЕКЦИИ ДЛЯ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

ПРОФЕССОР А.А.КАЛАНХОДЖАЕВ И ЕГО РОЛЬ В УКРЕПЛЕНИИ НАУЧНО- ТЕХНИЧЕСКОГО И КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Убайдуллаев Абдулла Муккарамович,

**академик АН РУз, профессор кафедры клинической пульмонологии и
аллергологии Центра повышения профессиональной квалификации медицинских
работников МЗ РУз,**

Пятаева Эльвира Владимировна, кандидат медицинских наук

Академиком АН РУз Ш.А.Алимовым были заложены основы фтизиатрии в Узбекистане. Им была создана стройная система фтизиатрической службы, начато развитие нового направления научных исследований по трудовой и профессиональной реабилитации туберкулеза. НИИ туберкулеза МЗ РУз стал ведущим научно-исследовательским учреждением в Центральной Азии.

В 1976-1986 гг. Институт возглавлял профессор А.А. Каланходжаев, который продолжил работу по развитию фтизиатрической науки и совершенствованию противотуберкулезной службы, используя подходы своего учителя и сохраняя традиции. Под руководством А.А. Каланходжаева Институт разработал новые формы организации противотуберкулезной помощи населению и новые подходы к совершенствованию лечения туберкулеза с сопутствующими заболеваниями.



Абдунаби Аллаутдинович Каланходжаев

(1930-1999 гг.).

Окончил Ташкентский государственный медицинский институт в 1953 г. Прошел путь от медбрата до доктора медицинских наук, профессора, зав. кафедрой туберкулеза ТашИУВ, директора Узбекского НИИ туберкулеза. В последние годы заведовал кафедрой туберкулеза ТашИУВ. В 1959 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему:

«Функциональное состояние щитовидной железы при туберкулезе легких», в 1973 г. – докторскую диссертацию на тему: «Туберкулез и состояние щитовидной железы в районах эндемического зоба». В 1979 г. ему присвоено звание профессора.

В 1976-1986 гг. возглавлял НИИ туберкулеза МЗ РУз, заведовал кафедрами туберкулеза Ташкентского государственного медицинского института (1974-1976 гг.) и Ташкентского института усовершенствования врачей (1976-1999 гг.).

Вся научная и практическая деятельность А.А.Каланходжаева – ученого, организатора здравоохранения и врача была связана с работой по снижению заболеваемости туберкулезом в Узбекистане. Он принимал непосредственное участие в организации колхозных, межколхозных противотуберкулезных санаториев, республиканского лечебно-трудового санатория «Пахталик-Куль». Постоянно занимался совершенствованием

организации противотуберкулезной службы в Республике. Под его руководством успешно разрабатывались вопросы краевых особенностей эпидемиологии туберкулеза; новые формы диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, в частности на базе межрайонных диспансеров; новые методы диагностики и лечения туберкулеза. Им проведена большая работа по раннему выявлению туберкулеза, разработаны эффективные формы сплошного флюорографического обследования населения крупных промышленных центров и животноводческих районов.

А.А.Каланходжаев является основоположником эндокринологического направления во фтизиатрии. Им в 1964г. была организована первая в системе противотуберкулезных учреждений Центральной Азии лаборатория радиоизотопной диагностики. Выполненные на её базе клинично-экспериментальные исследования внесли значительный вклад в изучение патологии щитовидной железы при туберкулезе и стали основой нового оригинального научного направления - туберкулез и патология эндокринной системы.

А.А.Каланходжаев был талантливым педагогом и заботливым воспитателем молодых кадров фтизиатров. Многие его ученики и сегодня успешно работают в противотуберкулезных учреждениях Узбекистана. Под его научным руководством защищены 4 докторских и 18 кандидатских диссертаций.

А.А.Каланходжаев – автор более 150 научных трудов, посвященным актуальным краевым вопросам эпидемиологии, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения туберкулеза, диспансерного наблюдения за контингентом больных.

Совместно с учениками он разработал новый способ дифференциальной диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов, признанный изобретением.

А.А.Каланходжаев – организатор республиканских съездов и конференций по туберкулезу, участник международных конгрессов. Широко был известен круг общественной деятельности А.А. Каланходжаева. Он являлся членом Научного Совета по проблемам фтизиатрии и пульмонологии при Ученом медицинском совете Минздрава РУз; Председателем Республиканского научного медицинского общества фтизиатров; членом редакционных советов научных журналов «Проблемы туберкулеза» и «Медицинский журнал Узбекистана».

Правительство Узбекистана высоко оценило значительный вклад профессора А.А.Каланходжаева в разработку научных вопросов фтизиатрии, его педагогическую, организационную и врачебную деятельность. Он был награжден орденом «Знак Почета», значками «Отличнику здравоохранения» и «Изобретатель СССР».

Под руководством профессора А.А.Каланходжаева Научно-исследовательский институт туберкулеза МЗ РУз проводил научные исследования, направленные на решение важнейших народно-хозяйственных задач. Для более эффективного решения теоретических и прикладных задач в области фтизиатрической науки научно-исследовательские работы выполнялись в комплексе с другими научно-исследовательскими институтами и вузами – Центральным НИИ туберкулеза, НИИ педиатрии АМН СССР, ГИСК им. Тарасевича, I-Московским медицинским институтом, Ташкентским НИИ вакцин и сывороток, Узбекским НИИ ветеринарии, ТашГосМИ, САМПИ и др. Двенадцать научно-исследовательских работ проводились по программам Всесоюзных исследований. Институт также комплексировал научные исследования с практическими учреждениями здравоохранения республики, что облегчало дальнейшее внедрение результатов научных разработок в практику.

В 80-е годы XX века были разработаны методы, сроки и показания к проведению химиопрофилактики в группах «риска» по заболеваемости туберкулезом (Атаматов Х.А.), режимы противорецидивного лечения во II и III группах диспансерного учета (Атауллаева Д.Э.), использование которых способствовало снижению числа рецидивов и обострений туберкулеза в 2-3 раза. Наиболее рациональным и эффективным методом проведения

противорецидивного лечения и химиопрофилактики в амбулаторных условиях признан интермиттирующий. Разработаны оптимальные режимы и методы химиопрофилактики в очагах туберкулезной инфекции.

Впервые в Узбекистане было проведено сравнение эпидемиологии туберкулеза в сельских районах различного производственного профиля, выяснены ее особенности, определено влияние микобактериозов и пестицидов на заболеваемость туберкулезом (Хамракулов Р.Ш., Содиков Э.С. и др.).

Была завершена научная разработка рациональной модели централизации бактериологической службы (Содиков Э.С., Аминов А.А.). В результате внедрения новой модели централизации в различных зонах Узбекистана была улучшена бактериологическая диагностика туберкулеза, в 11 раз увеличилось число посевов на одного больного активным туберкулезом, в 2 раза – высеваемость микобактерий туберкулеза, на 25% - выявление микобактерий у впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом.

В связи с тем, что значительное число больных выделяли устойчивые формы микобактерий, были проведены исследования по изучению частоты и причин развития лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза и особенностей течения процесса у этих больных (Содиков Э.С. и др.). В результате были выработаны режимы химиотерапии с учетом устойчивости микобактерий туберкулеза.

В 70-е годы XX века были завершены исследования по 10 программам, проводимым в Наманганской экспериментальной области, которые были направлены на разработку новейших организационных форм борьбы с туберкулезом и на резкое снижение заболеваемости туберкулезом.

В 1979 г. на Всесоюзном совещании по туберкулезу (г. Наманган) была дана высокая оценка организации противотуберкулезной работы в Наманганской области, которая была определена Министерством здравоохранения СССР школой передового опыта работы по проведению борьбы с туберкулезом. Активное внедрение этого опыта осуществлялось по всей республике.

При проведении флюорографии и активном выявлении туберкулеза легких было установлено, что в Узбекистане наблюдается увеличение распространения хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ), в том числе у больных, перенесших туберкулез (Парпиева Н.Н.). Установлено, что клиническое течение ХНЗЛ у контингента туберкулезных больных напрямую зависит от протяженности остаточных посттуберкулезных изменений в легких, наличия хлорорганических соединений в крови и бронхоальвеолярной лаважной жидкости, а также от региона проживания.

Сотрудники Института проводили также научные разработки, направленные на совершенствование форм организации и методов раннего выявления туберкулеза различной локализации.

Впервые в республике были проведены исследования по поиску новых методов раннего выявления туберкулеза почек и гениталий (Кривцова М.А., Абдумуминов А.А., Ахмедова Д.А.). Определены группы повышенного риска заболеваемости туберкулезом почек и гениталий среди урологических, гинекологических больных и больных, перенесших туберкулез легких, костей и суставов; разработаны методы и сроки их обследования.

В 70-е годы был завершен ряд научно-исследовательских работ, направленных на изыскание новых диагностических и дифференциально-диагностических критериев при туберкулезе легких, почек, гениталий, периферических лимфатических узлов. Предложен эффективный метод получения бронхиального секрета путем провоцирующих ингаляций, который внедрен во всех областях республики. В результате на 32% повысилось обнаружение микобактерий туберкулеза. Разработан комплекс бронхологического, цитологического и бактериологического обследования для дифференциальной диагностики

бронхолегочных заболеваний. Установлена ценность бронхоскопии и фибробронхоскопии в сочетании с различными вариантами катетеризационной биопсии, бактериологическими и цитологическими исследованиями. Выявлено, что наиболее результативный вариант биопсии – биопсия щеткой и аспирационная биопсия через фибробронхоскоп (Абдурашитова М.В., Фок А.Я. и др.).

Разработаны и внедрены в практику биохимические тесты для определения активности туберкулезного процесса, используемые и для дифференциальной диагностики. В 1966 г. в качестве критерия активности туберкулезного процесса впервые было предложено определение в сыворотке крови окислительно-восстановительных ферментов, в частности меди и церулоплазмينا, до и после подкожного введения туберкулина (Каланходжаев А.А., Казаков К.С., Абдурашитова М.В. и др.). Комплексное исследование функционального состояния печени с морфологической картиной, полученной путем прижизненной биопсии печени, позволило определить критерии дифференциальной диагностики гепатитов (Умарова М.К., Кондратьева В.И. и др.).

В Институте были разработаны новые методы рентгенологической диагностики туберкулеза легких (панорамные рентгенографии и томография), и доказана эффективность их применения для диагностики очагового туберкулеза легких за счет определения патологических изменений в труднодоступных участках легких, дополнительных деталей структуры легких и характера туберкулезных очагов (Ходжаева М.И.). Была доказана высокая информативность, разработанных в институте панорамных рентгенографии и томографии, а также зонографии и микротомографии для диагностики и дифференциальной диагностики туберкулеза костей и суставов (Каплан М.М., Колюшева В.М.).

Была усовершенствована функциональная диагностика бронхолегочных поражений, в результате появилась возможность получать сведения об особенностях вентиляции и гемодинамических нарушениях по зонам легких (Каримджанова Х.К., Гинзбург В.С. и др.).

Разработаны новые методы диагностики туберкулеза женских половых органов и периферических лимфатических узлов, которые признаны изобретениями (Каланходжаев А.А., Агзамов Р.А., Гинзбург В.С., Каримджанов И.А., Охорзина Е.А. и др.).

Получено авторское свидетельство на новый метод иммунологической диагностики туберкулеза женских половых органов (Каланходжаев А.А., Агзамов Р.А., Вахидова Г.А., Ахмедова Д.А.).

Были расширены исследования по радиоизотопной диагностике, освоено более 20 видов исследований функциональных и анатомо-физиологических изменений печени, почек, легких, центральной и органной гемодинамики, женской половой сферы, костно-суставной системы и желудочно-кишечного тракта. Определены пути рационального использования радиоизотопных исследований печени и почек во фтизиатрии для выбора метода лечения и контроля за его эффективностью (Гинзбург В.С., Садыков А.С.).

Доказано, что радиоизотопное исследование позволяет получить информацию о ранних нарушениях почечного кровотока, парциальных функциях нефронов, компенсаторно-приспособительных возможностях почечной паренхимы. Радиоизотопное сканирование позволило определить анатомо-физиологические изменения уже на ранних стадиях нефротуберкулеза и стало методом выбора в распознавании очагов поражения, локализованных в корковом слое паренхимы почек, не сопровождающихся деформацией бокало-лоханочного дерева в клинически «немых» почках.

Завершена серия работ по совершенствованию диагностики и дифференциальной диагностики нефротуберкулеза. Разработаны новые способы определения парциальных функций в каждой почке отдельно с помощью радиоизотопных индикаторов на основе математического моделирования кинетики радиоиндикаторов в организме, которые внедрены и используются не только для диагностики нефротуберкулеза, но и опухолей, и

сердечно-сосудистой патологии. Разработаны новые биохимические критерии для дифференциальной диагностики заболеваний почек, а также для выявления ранних, скрыто текущих форм нефротуберкулеза и оценки его излеченности, которые основаны на изменении ферментного спектра мочи после подкожного введения туберкулина (Казаков К.С., Черник Р.Б., Абдумуминов А.А.). Впервые доказано, что применение аортонефрографии и селективной флебографии целесообразно для определения функционирующей паренхимы почки при фиброзно-кавернозном нефротуберкулезе и решении вопроса о тактике лечения, характере и объеме операции (Агзамов Р.А., Кривцова М.А., Абибулаева Л.А.).

Подспорьем для клиницистов стало радиоизотопное исследование печени, которое выявляет ее вторичное специфическое изменение, гепатотоксическое действие химиопрепаратов и определяет направленность соответствующей корригирующей терапии (Гинзбург В.С., Атаматов Х.А.).

В 70-е годы XX столетия были завершены работы по изучению функционального состояния щитовидной железы при туберкулезе, которые выявили особенности его течения при сочетании с зобом, установлена склонность к прогрессированию процесса и определены принципы лечения больных при сочетанных формах (Каланходжаев А.А.). Особенности клинического течения при сочетании зоба с туберкулезом в Узбекистане определили необходимость разработки методов оперативного лечения этих больных. Радиоизотопные исследования, проведенные до операции, помогают установить форму, топографию и размер щитовидной железы, дифференцировать характер увеличения и определить степень ее функциональной активности (Каланходжаев А.А.).

Радиоизотопное исследование сердечно-сосудистой системы позволило получить количественную информацию о массе циркулирующей крови, ее минутном объеме, состоянии легочной циркуляции и скорости кровотока на различных участках сердечно-сосудистой системы. Эти показатели важны при оценке компенсаторных возможностей организма, эффективности лечения и результатов трудовой реабилитации у больных туберкулезом. С помощью радиотелеметрии изучена реакция слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки на прием антибактериальных препаратов. Установлено, что этамбутол угнетает функциональную активность желудочных желез, вызывая развитие гипо- и анацидных состояний (Гинзбург В.С., Ходжаев А.А.). В Институте было разработано новое направление во фтизиатрии – хронобиология туберкулеза и новые подходы к химиотерапии туберкулеза – хронохимиотерапия (Гинзбург В.С., Каримджанов И.А.). Были проведены исследования по изучению патогенеза диссеминированных поражений легких различной этиологии, которые уточнили взаимосвязи гормонального статуса с ферментативной и иммунологической активностью бронхоальвеолярной системы. В результате были разработаны новые критерии и тесты для диагностики, дифференциальной диагностики и прогноза течения диссеминированных заболеваний легких, в том числе туберкулеза. Практически значимые результаты были получены в исследовании по дифференциальной диагностике плевритов различной этиологии (Каланходжаев А.А., Гаффаров Ш.Р.). Был разработан новый метод определения этиологии плеврита – туберкулино-резорбционная проба.

Комплексно изучались вопросы саркоидоза легких (Абдурашитова М.В., Удрит О.О., Гаффаров Ш.Р.). Большое внимание уделялось изучению сочетанной патологии – туберкулеза с сопутствующими заболеваниями, среди которых значительное место занимали хронические неспецифические заболевания легких. Под руководством профессора А.А. Каланходжаева продолжались исследования, направленные на повышение эффективности лечения туберкулеза.

Были разработаны комбинированные ультразвуковые аэрозоли, в которых впервые был использован противотуберкулезный препарат этамбутол, а также эндобронхиальная

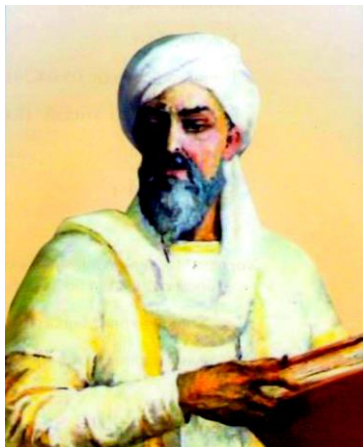
катетеризация периферических бронхов под рентгенотелевизионным контролем с введением рифампицина, этамбутола и этионамида (Абдурашитова М.В., Аун В.Ю., Стояновский Э.А.). Эти методы позволили повысить эффективность лечения больных деструктивным туберкулезом легких в 1,5-2 раза, сократить сроки стационарного лечения и уменьшить частоту побочных реакций от химиопрепаратов.

Для контроля за глубиной проникновения химиопрепаратов при эндобронхиальных методах лечения впервые были изучены пути транспорта и интенсивность осаждения аэрозолей в дыхательных путях и легких с помощью нового способа радиоактивной метки, добавляемой к ингалируемым растворам, с последующим проведением радиометрии и сканирования. В эксперименте были разработаны новые схемы и режимы химиотерапии с кратковременным применением рифампицина в начале лечения, которые оказались высокоэффективными и в клинике (Содиков Э.С., Исмагуллаева Ф.И., Арзуметова К.С. и др.). Определены дифференцированные сроки применения рифампицина с учетом интенсивности бактериовыделения, которые сократили сроки абацилирования мокроты и заживления полостей распада в среднем на 62 дня при низком проценте обострений туберкулеза в отдаленном периоде Узбекский НИИ туберкулеза им. Ш.Алимова, под руководством профессора А.А.Каланходжаева укрепил свои позиции как центр фтизиатрической науки, обеспечив ее прогресс. Активно проводились фундаментальные исследования, направленные на выяснение новых аспектов патогенеза туберкулеза, изучение иммунитета и функционального состояния органов и систем при различных формах туберкулеза и его лечении.

В связи с ростом распространенности неспецифических заболеваний легких и приоритетности проблемы пульмонологии для Узбекистана, Институт начал заниматься вопросами лечения хронических болезней органов дыхания. В 1980 г. было открыто отделение хирургической пульмонологии, которое в дальнейшем было перепрофилировано в отделение терапевтической пульмонологии. С учетом того, что среди контингентов больных, наблюдаемых противотуберкулезными диспансерами, были больные, перенесшие туберкулез легких с выраженными метатуберкулезными склеротическими изменениями в легких, туб. диспансеры стали дифференциально-диагностическими центрами. Во всех областных противотуберкулезных диспансерах были созданы диагностические отделения и активно работали Центральные врачебно-консультативные комиссии. Это значительно улучшило диагностику и дифференциальную диагностику туберкулеза, неспецифических болезней органов дыхания, опухолей легких и др. Большая работа была проведена по укреплению материально-технической базы и обеспечению современной аппаратурой Института и противотуберкулезных учреждений республики. На базе Института в аспирантуре и клинической ординатуре активно готовили научные кадры и квалифицированных фтизиатров. Сотрудники Института на местах, в областях и районах Республики проводили организационную и консультативную работу, организовывали учебные семинары и выездные научно-практические конференции. Деятельность Узбекского НИИ туберкулеза получила заслуженную оценку. В 1982 г. он был награжден Почетной грамотой Министерства здравоохранения СССР.

ВОПРОСЫ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ В ТРУДАХ АБУ АЛИ ИБН СИНО

Убайдуллаев Абдулла Муккарамович,
академик АН РУз., профессор кафедры клинической пульмонологии и
аллергологии Центра повышения профессиональной квалификации медицинских
работников МЗ РУз, г.Ташкент, Узбекистан



Одним из важнейших аванпостов научной мысли средневекового Востока в X веке были Бухара и Хорезм, где жил и творил великий Абу Али Ибн Сино (Авиценна).

Абу Али Ибн Сино родился в 980 г. в селе Афшана близ Бухары. Его отец состоял на службе у бухарского эмира в должности начальника налоговой службы и он смог дать сыну разностороннее образование.

В 1002 г. после смерти отца ученый покинул Бухару и 10 лет жил в столице Хорезмского государства Гурганже, где был создан крупный научный центр – «Мамунская академия» под руководством гениального мыслителя Абу Райхана ал-Беруни* (973 – 1048 гг.), с которым Ибн Сино связывали давние отношения. Академия Мамуна, названная в честь создавшего ее хорезмшаха Али Мамуна Ибн Мухаммада, являлась признанной сокровищницей знаний, в ее работе участвовали ведущие ученые естествоиспытатели, медики, математики, астрономы, логики, философы, историки, поэты и литературоведы. Этот период жизни Ибн Сино был наиболее плодотворным.

В дальнейшем в течение 25 лет Ибн Сино был вынужден скитаться, скрываясь от преследований султана Махмуда Газневи. Он жил в Иране, в городах Рее, Хамадане и Исфахане.

В Западной Европе известен под именем Алборона. Абу Али Ибн Сино скончался на 57-м году жизни (18 июня 1037 г.) от тяжелого заболевания кишечника. Ученый был похоронен у южной стены города Хамадан, где над его гробницей был построен мавзолей. По решению Всемирного конгресса в 1954 г. останки Ибн Сино были перенесены в центр Хамадана в новый мавзолей, купол которого держится на 12 колоннах, по идее архитектора Хушенга Сайхуна, олицетворяющих 12 наук, которые ученый держал в центре своей научной деятельности и знал их в совершенстве [1].

Абу Али Ибн Сино много времени уделял делу врачевания, был придворным врачом у разных правителей, что приходилось сочетать и с обязанностями визиря.

Ибн Сину с высоким почтением называли аш-Шейх ар-Раис (по-арабски «глава ученых»), ведь он оставил после себя огромное творческое наследие, включающее 450 уникальных трудов по философии, медицине, языкознанию, логике, психологии, этике, естествознанию, астрономии, математике, химии, музыке, литературе, которое на протяжении нескольких столетий оказывало действенное влияние на развитие восточной и европейской науки и культуры.

Медицинские взгляды Ибн Сино основаны на философском подходе, так как вначале он тщательно изучал философию. Юный Авиценна прочитал «Метафизику» Аристотеля и «Комментарии к «Метафизике» виднейшего философа и врача Аль Фараби**. Прочитав другую книгу Аль Фараби «Теоретическая и практическая медицина», он увлекся медициной.

Его главный труд по медицине – «Китаб ал-Канун фит-тиб» («Канон врачебной науки»)[2]. В «Каноне», пятитомной медицинской энциклопедии, Ибн Сино обобщил медицинское наследие прошлого и результаты личного опыта по вопросам здоровья и болезней человека. Ученый создавал этот труд в течение 20 лет.

Первая книга «Канона» посвящена теории медицины, в ней представлены сведения по анатомии, физиологии, диагностике острых и хронических болезней, способах их лечения и сохранения здоровья.

Вторая книга – фармакология простых лекарственных веществ, содержит 800 названий лечебных средств (растительного, животного и минерального происхождения), способы их добывания и применения.

Третья книга включает описание отдельных болезней и методов их лечения, таких как воспаление легких и другие заболевания органов грудной полости, заболевания кишечника, болезни глаз, носа, ушей, полости рта и др.

Четвертая книга посвящена хирургии и общим болезням человеческого организма, таким как лихорадка, опухоль, язва, а также заразным болезням – оспе, кори, чуме.

Пятая книга – фармакология сложных лекарств, в которой приводятся способы их приготовления и применения.

В XII веке «Канон врачебной науки» был переведен на латинский язык и в средние века стал самым изучаемым трудом. После изобретения книгопечатания по числу изданий он соперничал с «Библией». В XV веке «Канон» издавался 16 раз, в XVI – 20 раз.

Таким образом, труд Абу Али Ибн Сино «Канон врачебной науки» являлся основным источником медицинских знаний и руководством, по которому проводилось медицинское обучение во всех старейших университетах Европы в XII-XVII веках. По «Канону» Ибн Сино учились видные ученые эпохи Возрождения Андре Везалий и Леонардо да Винчи.

В «Каноне врачебной науки» Ибн Сино рассматривает строение человеческого организма, начиная от строения и расположения (топографической анатомии) скелета, мышц, сосудов и нервов, кончая анатомо-физиологическими особенностями внутренних органов. Он подробно излагает анатомию сердца, легких и плевры.

Ученый указывал, что легкие состоят из 2-х частей – правой и левой, и что правая имеет 3 и левая – 2 доли, покрытые плеврой.

Ибн Сино излагает симптомы заболеваний дыхательной системы и указывает, что дыхание при патологии легких может быть горячим, холодным, глубоким, зловонным и др. Также подробно он охарактеризовал кашель, кровохарканье, число сердечных сокращений и частоту пульса при разных патологиях. Можно утвердительно сказать, что Ибн Сино первым установил функциональное единство кардиореспираторной системы.

В развитии и течении заболеваний органов дыхания Ибн Сино придавал определенное значение погодным условиям и временам года. Он писал: «Знай, что смена времени года производит во всяком климате какой-нибудь вид заболевания. Врачу необходимо хорошо это знать в отношении каждого климата, чтобы меры предосторожности и назначение режима были основаны на знании». «Зимой часто болеют насморками. Они начинаются с переменой осеннего воздуха (на зимний); за насморком следует воспаление легких, хрипота, боль в горле»; «Весной возбуждаются хронические болезни»; «Осень – самое вредное время для больных бугорчаткой легких, то есть чахоточных».

Большое значение Ибн Сино придавал передаче болезней через «испорченный воздух» и допускал заразность отдельных болезней дыхательных органов.

В своем труде Ибн Сино особое внимание уделил воспалению и отеку легких, нагноительным заболеваниям легких, бронхиальной астме, плевриту, а также туберкулезу легких. Воспаление легких, или «воспалительная опухоль легкого», как указывал он, начинается внезапно и остро, наблюдается лихорадка, частое дыхание, боль в грудной клетке, кашель, учащенный пульс и одышка. Глаза больных блестящие, беспокойные, лицо одутловатое, щеки покрасневшие, кончики пальцев холодные и бледные. Общее состояние больного тяжелое.

Ибн Сино при нагноительных заболеваниях органов грудной клетки различал 2 формы: первая из них – это переход воспалительной болезни легких в нагноение, вторая – заболевание плевральной полости с гноем (эмпиема).

Ибн Сино считал, что в возникновении бронхиальной астмы большое значение имеют климат, внешняя среда и наследственность. Он описывал астму как врожденное (т.е. генетически обусловленное) заболевание: «...Это прирожденное повреждение дыхания». Он описал триггеры астмы – дым, резкие запахи и пр.; клиническую картину астматического приступа: «В начале приступа наблюдается стеснение, сопровождающееся откашливанием, хрипом, задержкой остановившейся материи, ощущениями тяжести и отхаркиванием мокроты». В лечении астмы большое значение ученый придавал отхаркивающим препаратам, рекомендовал кровопускание при тяжелом приступе бронхиальной астмы.

Ибн Сино дал полное и точное описание клиники плеврита и туберкулеза. При этом он выделил 5 клинических признаков плеврита: постоянная лихорадка, боль в грудной клетке, частое малое дыхание, малый пульс и кашель. Указал и на возможность перехода плеврита в туберкулез, а также в эмпиему плевры.

Ибн Сино впервые внедрил плевральную пункцию, трахеостомию с помощью серебряной канюли и интратрахеальное введение лекарственных средств. Следует отметить, что немногим врачам известно, что Авиценна первым применял перкуссию, которую впоследствии связывали с именем венского врача и музыканта Леопольда Ауэнбруггера (1722 – 1809 гг.)[3].

О туберкулезе ученый писал, что это инфекционное заболевание, и больных таковых надо изолировать от остальных. Туберкулез он характеризовал как болезнь бедных. Ибн Сино описал клинику и общий вид туберкулезного больного, особо выделив наблюдающиеся у него кашель с мокротой, выраженную интоксикацию и похудение. Ибн Сино фенотип людей, предрасположенных к чахотке по сложению и облику, описал так: «...эти люди сутулые, узкогрудые, у которых лопатки почти лишены мяса, особенно сзади, и выдаются вперед... с длинной и наклоняющейся вперед шеей, горло у них иногда выдается вперед и подпрыгивает. В холодных странах эта болезнь бывает чаще... Время года, когда это заболевание учащается – осень».

Ибн Сино считал, что в лечении больных туберкулезом большое значение имеют режим, питание и лекарства. Больным туберкулезом легких с кровохарканием он назначал строгий постельный режим (в положении полулежа), в первые дни – голод, запрещал смотреть на красное. Особое внимание он уделял режиму питания больных туберкулезом, широко рекомендовал молоко (козье, ослиное, женское), сливочное масло, яйца, фрукты и соки, при плохом аппетите – вино.

Для укрепления здоровья больных с заболеваниями органов дыхания Ибн Сино рекомендовал покой, перемену климата, массаж, различные натирания, горчичники, грязелечение и т.д. В комплексе лечения воспалительных заболеваний легких ученый применял постуральный дренаж.

Заслуживает особого внимания не потерявший своего значения и в настоящее время подход Ибн Сино к использованию дыхательных упражнений для восстановления сил, а также рекомендации специальных дыхательных упражнений при отдельных заболеваниях органов дыхания: усиление вдоха и выдоха, тембровая и звуковая гимнастика, дренажные упражнения и др.

Ему принадлежат строки:

«С гимнастикой дружи, всегда веселым будь,
И проживешь сто лет, а может быть и боле.
Микстуры, порошки – к здоровью ложный путь.
Природою лечись – в саду и в чистом поле».

Таким образом, подходы Абу Али Ибн Сино к диагностике и лечению заболеваний легких, изложенные им в далеком прошлом, и в наши дни не устарели и могут использоваться. Можно считать, что Абу Али Ибн Сино заложил основы современной пульмонологии и фтизиатрии, не говоря уже о его значительном влиянии на развитие других отраслей медицины в целом.

Можно вполне согласиться с американским ученым Г. Хавзером, который назвал Гиппократом отцом медицинского мира, а Авиценну – солнцем этого мира.

Список использованной литературы:

1. Врачи-труэнты, родившиеся в год Дракона. Авиценна. Медицинская газета 2000; №1: 3.
2. Ибн Сино Абу Али; «Канон врачебной науки» в 10 томах. Ташкент: изд. медицинской литературы им. Абу Али ибн Сино; 1995.
3. Ubaydullaev A. Role of the heritage of Avicenna in the development of sciences. В кн.: VII International scientific-practical conference “Avicenna’ readings”. Bukhara: 2013. 91-92.

ВЗГЛЯДЫ АВИЦЕННЫ НА ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Убайдуллаев Абдулла Муккарамович,
академик АН РУз, профессор кафедры клинической пульмонологии и
аллергологии Центра повышения профессиональной квалификации
медицинских работников МЗ РУз ,
Ташпулатова Фатима Кудратовна,
доктор медицинских наук, заведующая кафедрой фтизиатрии и
пульмонологии Ташкентского педиатрического медицинского института,
Агзамова Шоира Абдусаломовна
профессор кафедры амбулаторной медицины с физическим воспитанием
Ташкентского педиатрического медицинского института, г. Ташкент,
Узбекистан**

Как известно, при бронхо-легочных заболеваниях, особенно при туберкулезе, одним из основных элементов лечения является правильно подобранное диетическое питание. При туберкулезе легких питание рассматривают наряду с фармакотерапией, как фактор, имеющий большое значение в успешном лечении больного. Взгляды Ибн-Сина на диету представлены в знаменитой работе «Канон врачебной науки», где он придает важное значение «режиму питания», подразумевая при этом качество, количество пищи и время ее приема. Ибн-Сина приводит ряд ценных практических рекомендаций, в том числе указания на полезность вкусной и съеденной с аппетитом пищи, препятствие пищеварению подавленного душевного состояния и усталости, на необходимость придерживаться определенного порядка в приеме пищи и т. д. Ценность представляют методы лечения туберкулеза и других заболеваний легких, предложенные Абу Али Ибн Сино, основу которых составляют климатотерапия, фитотерапия, характер питания, изменения условий и образа жизни.

Особое внимание он уделял режиму питания больных туберкулезом, широко рекомендовал молоко, сливочное масло, яйца, фрукты и соки, при плохом аппетите – вино. Свои медицинские открытия, в частности, и в области питания Авицена изложил в стихотворной форме в виде стиха – наставления:

«Хвалы достойна пища, если вновь
Она заменит и очистит кровь.
Полезна рыба непременно тем,
Кто обессилен, истощен совсем.
Остры и терпки лук, чеснок, горчица,
Но польза в них великая таится».

Через каждые 4-5 страниц знаменитого «Канона врачебной науки» Авиценны упоминается о лечебном значении «лекарственной пищи».

Современная наука доказала, что при составлении рациона следует учитывать энергетические затраты больного в зависимости от проводимого им лечебно - охранительного режима. Определяющим лечебным фактором является состав пищи. Белки, жиры, углеводы, витамины и минеральные соли должны быть представлены в рационе в оптимальном количестве. Введение с пищей большого количества белков и витаминов должно покрывать высокие траты их при туберкулезе легких и способствовать регуляции реактивности организма, выработке иммунитета и нормализации окислительных процессов.

При туберкулезе легких у больных в значительной мере снижается способность усваивать белковые соединения. Поэтому, при составлении меню надо стремиться к тому,

чтобы в него входили такие полноценные белковые продукты, как яйца, молоко, творог, нежирные сорта говядины, птицы и рыбы. Три четверти рекомендуемого рациона следует составлять из вышеперечисленных продуктов.

Авиценна дал характеристику основных продуктов питания и рекомендации по питанию больных бронхо-легочными заболеваниями, туберкулезом в зависимости от возраста, а также в зависимости от рода занятий, привычек людей.

Как известно, лечебные свойства кумыса, как всякого средства из народной медицины, несомненно, были известны давно. Народ успешно применял кумыс при истощающих болезнях и после недоедания. Следует отметить, что первое упоминание о лечебном действии кумыса встречается в трудах Абу-Али-Ибн-Сина (Авиценны), который почти 1000 лет назад лечил кумысом больных с легочной патологией.

Хотя уже давно существуют противотуберкулезные препараты, эффективность которых доказана многочисленными клиническими исследованиями, однако ни один из них не способен восполнить метаболические нарушения, возникающие в процессе заболевания, т.к. терапевтический эффект от химиотерапии направлен на элиминацию МБТ из организма. Поэтому наряду со стандартной химиотерапией больному назначается также диетотерапия, целью которой является обеспечение полноценного питания больного, повышение сопротивляемости организма к инфекции, уменьшение явлений интоксикации, восполнение повышенного расхода белка, нормализация метаболических процессов, восстановление органов и тканей, пораженных туберкулезной инфекцией.

Следует отметить, что диетотерапия должна строиться с учетом локализации, характера процесса, степени активности, реактивной способности организма, состояния органов пищеварения, упитанности и образа жизни больного, сопутствующих заболеваний и осложнений, функционального состояния пораженных органов.

Большое место в «Каноне врачебной науки» занимают вопросы гигиены. Правила охраны здоровья, гигиенические предписания, диететика Ибн-Сины на протяжении ряда столетий являлись исходным пунктом для множества последующих сочинений на эти темы. Многие из предписаний Ибн-Сины сохранили свое значение до настоящего времени. При рассмотрении любого заболевания Ибн-Сина указывал на условия, способствующие его возникновению, мешающие сохранить здоровье. Физические упражнения Ибн-Сина называл «самым главным условием» сохранения здоровья, на следующие места ставил режим питания и режим сна.

«Умеренно и своевременно занимающийся физическими упражнениями человек, не нуждается ни в каком лечении, направленном на устранение болезней».

В медицине, наряду с клиникой, значителен вклад Авиценны в профилактику. Он указывал, что «самое главное в режиме сохранения здоровья есть занятия физическими упражнениями, а затем режим пищи и режим сна». Ибн Сина описал восстановительный и лечебный массаж, дал рекомендации по закаливанию, проведению водных процедур, которые и сегодня являются составной частью оздоровительной физической культуры. Авиценна предлагал лечить не болезнь, а больного, рассматривать нарушения, возникающие в организме, во взаимодействии с окружающей средой, поскольку лучший терапевтический эффект достигается при создании благоприятной окружающей среды. При рассмотрении любого заболевания он обязательно указывал на условия, способствующие его возникновению, а также на возможные пути предупреждения.

Первичными этиологическими факторами болезни Авиценна считал воздух, характер местности, время года. Такая направленность позволяла ему искать меры профилактики для многих заболеваний. Применительно к каждому времени года он разработал рекомендации по качеству и количеству пищи. В процессе лечения он придавал значение мобилизации внутреннего потенциала больного, защитных сил его организма, при трактовке состояния больного исходил из наличия тесной связи причины и следствия. В искусстве сохранения здоровья Авиценна рекомендовал уделять основное внимание 7 факторам: уравновешенности натуры; выбору пищи; очистке тела от излишков; сохранению

правильного телосложения; улучшению того, что вдыхается через нос; приспособлению одежды; уравновешенности физического и душевного движения. Все это соответствует современным представлениям о здоровом образе жизни. Важным фактором сохранения здоровья, по мнению Авиценны, является рациональное питание. Наряду с его разнообразием существенную роль играет режим приема пищи в теплое и холодное время года, возраст людей: «Для принятия пищи имеется определенный порядок, которого должен придерживаться каждый берегущий свое здоровье». Ценными являются рекомендации рассматривать пищевые продукты как лекарства, а при лечении придерживаться определенного режима питания. Выдающиеся врачи Древнего мира оставили потомкам завещание: «Пища должна быть лекарством, лекарство — пищей». Столь же пристальное внимание уделялось качеству воды, ее очистке. Авиценна высказал предположение в отношении благоприятного воздействия солнца на качество воды. В то время еще не было известно о существовании ультрафиолетовых лучей и их бактерицидном действии. Вместе с тем «хорошая вода текущих ручьев открыта для солнца, ... течение воды должно быть направлено к солнцу, особенно в летний период».

На состояние здоровья оказывает влияние место жительства: «Тому, кто себе выбирает место жительства, следует знать, какова там почва, насколько земля возвышена или низменна, открыта или закрыта, какова там вода».

Многие позиции великого мыслителя о медицине звучат удивительно современно, пережили века и сохранили практическое значение в настоящее время.

Авиценна в XI веке нашей эры усовершенствовал процесс дистилляции, повысив при этом эффективность эфирных масел применяемых при ароматерапии. Авиценна оставил после себя огромное наследие для медицинской науки, он написал за свою жизнь более сотни трудов, которые на протяжении столетий не утрачивали свою актуальность.

«Здоровье сохранять – задача медицины,
Болезней суть понять и устранить причины»

Список использованной литературы:

1. Абу Али Ибн Сина. Его медицинские и некоторые философские воззрения: Материалы Республ. науч. конф., посвящ 1000-летию Абу Али Авиценны. — Ташкент, 1980.
2. Абу Али Ибн Сина. К 1000-летию со дня рождения. — Ташкент, 1980.
3. Абу Али Ибн Сина. Канон врачебной науки: Избранные разделы. В 3 ч. — М., 1994.
4. Петров Б. Д. Ибн Сина (Авиценна). — М., 1980.
5. Сагадеев А. В. Ибн Сина (Авиценна). — М., 1980.

ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ФТИЗИАТРИИ. ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА (ЛЕКЦИЯ)

Лозовская Марина Эдуардовна,
доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой фтизиатрии
Санкт-Петербургского Государственного педиатрического медицинского
университета МЗ России, Санкт- Петербург, Россия

1. Определение. Туберкулез (лат. *tuberculum* – бугорок) – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis complex*).

2. Кодирование по МКБ-10

A15 – A19 ТУБЕРКУЛЕЗ

3. Исторические данные

Туберкулёз, как болезнь человека, был известен с глубокой древности. Первое описание болезни встречается в трудах Гиппократ (460-377 гг. до нашей эры), который изложил основные симптомы заболевания. Изучение туберкулеза продолжено в трудах Галена и Авиценны. В этих источниках были описаны основные клинические признаки заболевания – изнурительная лихорадка, боли в грудной клетке, кашель, лёгочные кровотечения, исхудание, упадок сил. Высказывались мысли о заразности заболевания. В период средневековья сведения о туберкулёзе пополнялись незначительно. Лишь во второй половине 17 века наука получила дальнейшее развитие. Голландский врач и ученый Франциск Сильвий де ле Боэ (1614-1672) высказал предположением, что увиденные им морфологические изменения виде бугорков в органах умерших связаны с заболеваем легочной чахоткой. Через 100 лет английский патологоанатом Бэйли (1774-1816) доказал, что бугорок является не только морфологическим проявлением туберкулёза, но и основой развития всех последующих форм этого заболевания.

Идею Бэйли детально разработал и защитил французский врач Лаэннек (1781-1826 г.). Он в 1819 году впервые ввел термин «туберкулёз» (*tuberculum* – бугорок), а также предложил метод аускультации, облегчивший диагностику легочного туберкулеза. Русский учёный и клиницист Н. И. Пирогов в 1852 г. описал «гигантские клетки» в туберкулезном бугорке. В 1868 г. гигантские клетки обнаружил и немецкий врач Теодор Лангханс («клетки Пирогова-Лангханса»). Работая в Петербургском сухопутном госпитале, Н. И. Пирогов обнаружил у 70% солдат, умерших от различных причин, туберкулёзные очаги в легких, что свидетельствовало о высоком уровне заболеваемости туберкулёзом в России.

Знаменательным днём в истории фтизиатрии явился день 24 марта 1882 года, когда Роберт Кох (1843-1910г.) выступил в Институте гигиены Берлинского университета с докладом на тему: «Этиология туберкулеза», в котором представил убедительные данные об открытии им возбудителя заболевания – микобактерии туберкулеза (Нобелевская премия 1905 г.). С момента открытия возбудителя туберкулёза начинается новая эра во фтизиатрии (*phtisis* – истощение, *iatros*-врачевание), так как появилась возможность исследований в области своевременного выявления заболевания, его лечения, а также профилактики. Полученный Р. Кохом туберкулин был использован им и его последователями (Пирке, Манту, Гринчар, Карпиловский и др.) для диагностики инфицирования и заболевания туберкулёзом.

Большую роль в диагностике туберкулеза, изучении его клиники и патогенеза сыграл рентгенологический метод, благодаря открытию немецким физиком Вильгельмом Конрадом Рентгеном (1845-1923) так называемых X-лучей, названных в честь их первооткрывателя рентгеновскими лучами. За это открытие Рентген получил Нобелевскую премию в 1901 году.

Важнейшим достижением в области профилактики туберкулеза было создание французскими учеными микробиологом А. Кальметтом (1863-1933) и ветеринарным врачом К. Гереном (1872-1961), живой вакцины БЦЖ ослабленной вирулентности. Вакцина была получена в результате многократных пассажей МБТ бычьего типа (*Mycobacterium bovis*) и названа в честь ее создателей *Bacilles Calmette Guerin* (BCG). В 1921 г. вакцина БЦЖ была впервые введена новорожденному ребенку из туберкулезного очага с хорошим клиническим эффектом – ребенок не заболел. В 1925 г. Кальметт передал профессору Л.А.Тарасевичу в Москву штамм вакцины БЦЖ, который зарегистрирован как БЦЖ-1. С середины 50-х годов вакцинация новорожденных в СССР стала обязательной. Вакцина вначале вводилась энтерально, а с 1962 года – более эффективным внутрикожным методом.

В XX веке быстро разрабатывалось и лечение туберкулеза. Первыми стали применяться санаторные факторы, наложение искусственного пневмоторакса и хирургические методы лечения. В 1943 г. Зельдман Ваксман и Альберт Шац (США) получили первый противомикробный препарат стрептомицин, который оказал бактериостатическое действие на микобактерию туберкулеза. С этого времени началась «антибактериальная эра» во фтизиатрии и этиотропное лечение стало основным.

Открытие противотуберкулёзных препаратов (изониазид, ПАСК, рифампицин, этамбутол, пипразинамид и других) во второй половине XX века способствовало достижению высокой эффективности специфической терапии туберкулёза. В последние десятилетия XX и начале XI века произошло видоизменение свойств возбудителя туберкулёза (лекарственноустойчивые МБТ) и, как следствие этого, появление различных препаратов и режимов лечения болезни.

В истории отечественной фтизиатрии следует назвать имена замечательных клиницистов и учёных: П. И. Пирогова, С. П. Боткина, В. А. Воробьёва, А. В. Никольского, А. Е. Рабухина, А. И. Струкова, П. Г. Корнева, А. И. Абрикосова, В. Г. Штефко, М. М. Авербаха, А. Г. Хоменко и других, значительно обогативших учение о туберкулёзе, как о заболевании с многообразием патофизиологических, морфологических и клинических характеристик, особенностями иммунитета, и организации противотуберкулёзной помощи в различных географических и эпидемических территориях России.

В становлении фтизиатрии детского возраста ведущая роль принадлежит профессорам А. А. Киселю (1859-1938) и П. С. Медовикову (1873-1941), развившим учение о первичной туберкулёзной инфекции, туберкулёзной интоксикации, апробировавшим энтеральный метод введения вакцины BCG новорожденным и пропагандировавшим значение гигиенических мероприятий, физического развития ребёнка, полноценного питания в профилактике туберкулёза.

П. С. Медовиков в 1924 году принимал непосредственное участие в организации Ленинградского института Охраны материнства и младенчества, он является основателем и первым заведующим кафедрой детского туберкулёза Ленинградского педиатрического медицинского института. Под его руководством проводились работы по изучению патогенеза туберкулёза у детей, особенно раннего возраста, аллергии и иммунитета при туберкулёзе, клиники, дифференциальной диагностики туберкулёза. С 1925 года были начаты работы по проведению прививок BCG новорожденным детям. П.С. Медовиков является автором первого руководства для практических врачей и студентов «Туберкулез в детском возрасте» (2016 г.)

Дальнейшее развитие различных аспектов детской фтизиатрии получило в трудах В.Д.Маркузона, М.П. Похитоновой, И.В. Цимблера, Л.А. Митинской, Э.З. Соркиной, О.И. Король, В.А., В.А.Фирсовой, В.А. Аксеновой и других.

4. Этиология

Возбудитель туберкулеза — *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ) — был открыт Робертом Кохом в 1882 году.

Mycobacterium tuberculosis complex (МБТК) включает *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis* и ее вариант БЦЖ (бацилла Кальметта-Герена), *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium microti*, *Mycobacterium canetty*, *Mycobacterium caprae*, *Mycobacterium pinnipedii*. Большинство случаев заболевания туберкулезом (до 95%) вызываются *Mycobacterium tuberculosis*.

Род микобактерий относится к семейству лучистых грибов – Actinomycetaceae, широко распространенных в природе. *Mycobacterium tuberculosis* – полиморфные палочки, слегка изогнутые, длиной 1–10 мкм и шириной 0,2–0,6 мкм, обладающие устойчивостью к кислотам, щелочам и спирту.

Микобактерии туберкулеза отличаются значительным разнообразием форм (полиморфизмом): они могут в организме принимать нитевидные, коковидные, зернистые, фильтрующиеся и L-формы (утратившие частично или полностью клеточную стенку).

Химический состав микобактерий сложен, они содержат белки, липиды, полисахариды, минеральные соли и воду.

Белки (туберкулопротеиды) являются основными биохимическими компонентами МБТ. Белки являются носителями антигенных свойств, индуцируют специфическую тканевую воспалительную реакцию и образование гранулемы, обуславливают реакцию повышенной чувствительности замедленного типа (ПЧЗТ). Углеводы (полисахариды) отвечают за синтез антител. Липиды поверхностной стенки (корд-фактор) микобактерий определяют вирулентность возбудителя и образование в культуре скоплений бактерий в виде кос. С липидной фракцией связывают устойчивость возбудителя туберкулеза к кислотам, щелочам и спирту.

Микобактерии устойчивы во внешней среде. В высохшей мокроте в сырых темных помещениях они могут выживать в течение нескольких лет, на предметах домашней обстановки – несколько месяцев, в пыли сохраняются около 100 дней, в почве до 6 месяцев, в воде – в течение 150 дней, в сыром молоке – до 2-х недель. Высушивание удлинит жизнеспособность микобактерий: в высохшей мокроте они выживают в течение 10-12 месяцев и погибают при 100⁰С только через 45 минут, а во влажной мокроте — при 75⁰С в течение 30 мин., при кипячении – через 5 мин. Возбудитель туберкулеза хорошо переносит очень низкие температуры, сохраняется даже при минус 170⁰. Пастеризация молока при 75⁰С–80⁰С в течение 30 мин. является достаточной. Губительны для МБТ активированные 0,5 % растворы хлорамина, 5 % раствор формалина и другие дезинфицирующие средства.

Характерным свойством микобактерий является их устойчивость к кислотам, щелочам и спиртам. На кислотоустойчивости *M.tuberculosis* основана их специфическая окраска по методу Циля-Нильсена (красные микобактерии на голубом фоне)

Важным свойством изменчивости МБТ является формирование устойчивости к противотуберкулезным препаратам, которая закрепляется генетически.

Лекарственная устойчивость бывает первичной и вторичной. Первичная лекарственная устойчивость проявляется в резистентности микобактерий к противотуберкулезным препаратам до начала лечения и возникает при заражении человека уже устойчивыми МБТ. Устойчивость к лекарствам, которая приобретается микроорганизмами в процессе лечения, называется вторичной. Как правило, этот тип устойчивости развивается у больных с деструктивными формами после длительного и неэффективного лечения или у лиц, нарушающих режим химиотерапии.

Монорезистентность – устойчивость к одному из противотуберкулезных препаратов.

Полирезистентность – устойчивость к двум и более препаратам.

Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) – это устойчивость возбудителя к сочетанию изониазида и рифампицина независимо от наличия устойчивости к другим противотуберкулезным препаратам (ПТП).

Широкая лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза (ШЛУ МБТ) – это вид устойчивости, при которой определяется устойчивость МБТ к изониазиду, рифампицину, фторхинолону и аминогликозиду/полипептиду одновременно, независимо от наличия устойчивости к другим противотуберкулезным препаратам.

Размножение микобактерий происходит путем простого деления на две клетки, цикл такого деления происходит медленно и продолжается 20–24 часа. На питательных средах микобактерии растут очень медленно, их рост появляется через 2–4 недели и продолжается до 2–3 месяцев. Для культивирования МБТ используют специальные питательные среды, содержащие сывороточный или яичный белок, глицерин, аминокислоты. Наиболее употребляемые для культивирования среды: яичная — Левенштейна-Йенсена, синтетические и полусинтетические среды — Сотона, Дюбо, Школьниковой. Оптимальная температура роста 37–38⁰ С, при комнатной температуре и выше 45⁰ С микобактерии не растут.

Одним из видовых признаков микобактерий туберкулеза является патогенность, т.е. способность жить и размножаться в живом организме, вызывая специфические патологические изменения. Вирулентность является индивидуальным признаком отдельного штамма микобактерий. Основной средой обитания микобактерий является организм теплокровных животных, в том числе и человека, так как только в нем МБТ способны к росту и размножению. Высокая степень приспособленности микобактерий к паразитированию в организме хозяина, закрепленная эволюционно, проявляется в способности сохраняться в человеческом организме неопределенно долго вне активной фазы размножения, то есть в виде латентной инфекции.

Помимо *Mycobacterium tuberculosis*, возбудителя туберкулеза, выделяют атипичные (нетуберкулезные) микобактерии – возбудители микобактериозов. Атипичные микобактерии отличаются от МБТ культуральными, биохимическими свойствами, сниженной вирулентностью и патогенностью. Из всех микобактерий комплекс *M. avium-intracellulerae* является наиболее распространенным возбудителем микобактериозов легких у человека. Для человека атипичные микобактерии потенциально патогенны, заболевания у людей чаще возникают на фоне снижения реактивности организма, длительного лечения антибиотиками и кортикостероидами. При заболевании СПИДом атипичные микобактерии могут вызывать тяжелый генерализованный микобактериоз. Наиболее важными источниками потенциально патогенных микобактерий являются водные резервуары, почва, сельскохозяйственные и другие животные и птицы. Диагностическое значение имеет только повторное выделение атипичных микобактерий из патологических материалов, что необходимо учитывать при дифференциальной диагностике микобактериозов и туберкулеза.

5. Эпидемиология

Источником туберкулеза являются больные туберкулезом люди и животные, выделяющие микобактерии туберкулеза во внешнюю среду. Наиболее опасны в эпидемиологическом отношении больные туберкулезом легких с массивным

бактериовыделением, которые за сутки могут выделить с мокротой миллиард и более микобактерий. Опасность больного для окружающих неравнозначна и зависит от многих факторов, а именно от массивности и длительности бактериовыделения. Бактериовыделение бывает обильным, скудным и формальным (условным). Обильным считается бактериовыделение, при котором МБТ обнаруживают бактериоскопически или методом посева с числом колоний более 20, скудным – только методом посева с числом колоний менее 20, факультативным или условным – если у больного после первого положительного анализа мокроты последующие два с интервалом в 2–3 месяца были отрицательные как при бактериоскопии, так и при посеве.

Заражение происходит несколькими путями:

Воздушно-капельный – основной путь заражения. При этом больной выделяет при кашле, чихании, разговоре мельчайшие капельки мокроты, содержащие МБТ. Капельки сохраняются в воздухе закрытого помещения до 60 мин., а затем оседают на полу и предметах. Здоровые люди ингалируют взвесь микобактерий, которые проникают в бронхиолы и альвеолы.

Воздушно пылевой путь заражения обусловлен вдыханием пылевых частиц, содержащих высушенные микобактерии. Это может происходить, например, при проведении сухой уборки в помещении, где находился больной туберкулезом.

Алиментарный путь заражения может иметь место при употреблении в пищу зараженных продуктов, например, молока и мяса от больных животных (коров, коз). МБТ могут длительно сохраняться в некипяченом молоке, пастеризация молока при 90⁰С через 5 минут приводит к гибели микобактерий. Туберкулез сельскохозяйственных животных в настоящее время встречается редко.

Контактный путь заражения через поврежденную кожу или слизистые оболочки может иметь место у патологоанатомов, хирургов, лабораторных работников, либо у животноводов, ухаживающих за больными животными. В очагах туберкулезной инфекции заражение может произойти через предметы личной гигиены.

Внутриутробный путь заражения встречается крайне редко, так МБТ не проходят через плацентарный барьер. При поражении самой плаценты или ее повреждении возможно внутриутробное инфицирование плода. Другой путь инфицирования – заглатывание ребенком околоплодных вод, содержащих микобактерии туберкулеза.

Человек обладает высокой естественной сопротивляемостью к туберкулезной инфекции. Один бактериовыделитель за год может инфицировать в среднем около 10 человек. После инфицирования вероятность возникновения заболевания на протяжении всей жизни составляет около 10%.

Больные внелегочными формами туберкулеза представляют меньшую эпидемиологическую опасность, чем больные туберкулезом легких. Однако следует помнить, что больные туберкулезом почек и мочевыводящих путей выделяют МБТ с мочой, больные туберкулезом кишечника с калом, при туберкулезе периферических лимфатических узлов МБТ содержатся в гное, выделяющемся из свищей или язв.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу детей и подростков

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу детей является чутким индикатором социально-эпидемиологической ситуации в стране в целом, поскольку уровень инфицированности микобактериями туберкулеза (МБТ) и число больных детей напрямую зависит от количества среди населения взрослых больных туберкулезом

бактериовыделителей. В период экономического кризиса и распада СССР и ухудшения общей социальной и эпидемиологической ситуации, с 1991 по 2001 год произошел резкий подъем заболеваемости детей (0-14 лет) с 7,5 до 18,6 на 100 тыс. населения. Заболеваемость подростков 15-17 лет, которая всегда превышает заболеваемость детей в среднем в 2 раза, за тот же период времени выросла с 17,0 до 36,3 на 100 тыс. подросткового населения. В течение первого десятилетия XXI века произошло небольшое снижение детской заболеваемости туберкулезом, с сохранением ее на высоких цифрах: 16,6 на 100 тыс. детского населения (2012 г.). Ситуация стала существенно меняться к лучшему, начиная с 2013 г., когда заболеваемость детей составила 14,5 на 100 тыс., в 2015 году она составила уже 12,5 на 100 тыс., в 2018 – 8,3 на 100 тыс., в 2019 – 7,7 на 100 тыс. Таким образом, с 2012 по 2019 год произошло снижение заболеваемости детей более чем в 2 раза. Параллельно происходило снижение заболеваемости и подростков: с 32,1 на 100 тыс. в 2012 г. до 16,8 на 100 тыс. подросткового населения в 2019 г. Успехи в борьбе с туберкулезом детей и подростков тесно взаимосвязаны с радикальными положительными сдвиги в эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России в целом, которые произошли за последние 10 лет. Однако жители нашей страны все еще заболевают туберкулезом в 5–14 раз чаще, чем население других экономически развитых стран Европы и США. Решающей победе над туберкулезом препятствует распространение сочетанной инфекции ТВ/ВИЧ и лекарственно-устойчивых форм возбудителя. Это свидетельствует о том, что, как туберкулез взрослого населения, так и туберкулез детей и подростков является важной медико-социальной проблемой в нашей стране.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ (ЛЕКЦИЯ)

Бекембаева Гулбадан Сабитовна,
доктор медицинских наук, профессор кафедры фтизиатрии
НАО «Медицинский университет Астаны», г. Нурсултан, Республика Казахстан

На современном этапе туберкулез характеризуется полиморфизмом клинических проявлений, изменчивостью специфических симптомов, что создает определенные трудности в диагностике заболевания. Поэтому основным условием своевременности и адекватности постановки диагноза является комплексное обследование больного, включающее: тщательное изучение анамнеза, целенаправленное объективное обследование, постановка диагностических тестов, рентгенологические, бронхологические, лабораторные методы исследования.

При постановке диагноза следует учитывать, что нет ни одного клинического признака характерного только для туберкулеза, поэтому правильность постановки диагноза зависит от его настороженности и знаний врача, начиная от внешнего вида (*habitus*) больного, симптомов заболевания, до умения читать рентгенологические снимки и правильно интерпретировать результаты лабораторных показателей.

Жалобы

Известно, что микобактерии туберкулеза оказывают токсическое действие на нервную систему, этим может быть объяснено возникновение вегетативных расстройств в виде потливости, а также раздражительность, отсутствие аппетита, сна, появления болей различной локализации, чаще всего в месте, где локализуется патологический процесс.

Стойкое повышение температуры говорит об активности процесса, но это не является правилом. Чаще высокая температура отмечается уже при распространенных процессах, таких как туберкулезный менингит, милиарный туберкулез, казеозная пневмония, экссудативный плеврит и др. Даже при наличии у больного активного туберкулеза, в подавляющем большинстве случаев, наблюдается субфебрильная температура с повышением ее в вечернее время суток. В отличие от других нозологий, субфебрильная температура у больных туберкулезом переносится легко, они ее практически не замечают. В то время как при простудных заболеваниях субфебрилитет переносится более выражено (ломота костей, головная боль и т.д.).

Кашель – имеет определенное диагностическое значение, его характер (сухой, влажный), длительность, его сила. При туберкулезе внелегочных локализаций (туберкулез внутригрудных лимфатических узлов) наблюдается сухое покашливание, связанное со сдавливанием бронхов при увеличении внутригрудных лимфатических узлов. При деструктивных процессах в легких, как правило, наблюдается кашель с выделением мокроты. Именно выявление деструктивных форм у больных считают наиболее важным в эпидемиологическом плане, так как при наличии деструкции в легких в подавляющем большинстве случаев выявляют микобактерии туберкулеза, а один больной бактериовыделитель как известно, в течение 1 года может заразить от 10-15 человек.

Наличие сильного сухого кашля, или с выделением обильной мокроты более характерно для неспецифических заболеваний легких (бронхит, бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь и т.д.).

Мокрота, в начальной стадии туберкулеза не образуется. По мере прогрессирования процесса, особенно когда появляются полости распада, количество мокроты постепенно увеличивается и может достигать до 100 мл в сутки. Мокрота при туберкулезе обычно густая, без запаха, не обильная, двухслойная (в отличие от мокроты при гнойных заболеваниях легких, при которых мокрота более жидкая, более обильная и иногда имеет запах). При прогрессировании туберкулеза мокрота из слизистой становится слизисто-гнойной или гнойной. По мере прогрессирования и формирования эндобронхита, перибронхита, пневмосклероза кашель становится постоянным, мучительным, мокрота

отходит с трудом. Заглатывание инфицированной мокроты может привести к развитию специфического (туберкулезного) процесса в кишечнике.

Одышка обычно развивается в ответ на раздражение нервных окончаний, заложенных в плевре, или в результате токсического действия на дыхательный центр. Поэтому при туберкулезе одышка бывает в основном при обширных легочных процессах, в виде диссеминированных процессов, плевритов и при осложнениях (спонтанный пневмоторакс), обычно она не достигает высоких цифр, максимально достигая ЧД до 40-50 в минуту, несколько усиливается при физической нагрузке.

Анамнез

Большое значение следует придавать анамнезу жизни больного и анамнезу заболевания, потому что достаточно полно собранный анамнез практически всегда позволяет врачу правильно предположить характер заболевания и причины его возникновения.

Особое внимание должно уделяться наличию контакта с больным бактериовыделителем, какая форма заболевания и наличие чувствительности микобактерий к противотуберкулезным препаратам. В дальнейшем, при выявлении у пациента локального процесса и отсутствии у него бактериовыделения, именно данные лекарственной чувствительности источника будут взяты за основу при назначении лечения. Следует уточнить у пациента о всех случаях туберкулеза в семье, ближайшем окружении, случаях смерти от туберкулеза. Установить характер контакта (семейный, родственник, соседский, случайный, короткий, длительный, периодический, постоянный). Обычно, люди стыдятся этого заболевания и часто скрывают, что в семье есть или были случаи туберкулеза. Обнаружение врачом изменений во внешности у пациента, описанных в главе выше, поможет в постановке правильного диагноза.

Следует выяснить наличие сопутствующих заболеваний, а у детей и подростков, частоту простудных заболеваний, наличие аллергической настроенности организма. Особое внимание следует уделять повторным пневмониям, бронхитам, частым ОРЗ, тонзиллитам, а также частым болезням глаз (блефарит, фликтена, кератоконъюнктивит).

Сведения о профессии также играют немаловажную роль, такие производства как химическая, лакокрасочная, пищевая, в том числе мукомольная, птицеферма, шахта могут стать источниками возникновения у пациентов схожей клинической и рентгенологической картины с туберкулезом, однако зачастую выяснение профессии пациента могут помочь в правильной диагностике заболевания.

Объективный осмотр:

Объективный осмотр больного начинается с момента встречи больного и врача. Здесь все имеет значение – его внешний вид, телосложение (гиперстеник, нормостеник или астеник), поведение, походка (идет спокойно или хромает), принимает ли вынужденную позу. Если беспокоит больного сильная боль, то пациент бессознательно, сам того не замечая, принимает вынужденное положение, щадя больную сторону или орган.

Осмотр кожных покровов позволит нам увидеть наличие рубцов, послеоперационных швов, следов инъекций и т.п. По интенсивности окраски кожных покровов можно предположить о наличии или отсутствии анемии, снижение тургора тканей возможно при хронической интоксикации и т.д. Наличие втянутых «звездчатых» рубчиков на шее, свидетельствует о перенесенном ранее туберкулезе периферических лимфатических узлов. По деформации позвоночного столба можно предположить, что в анамнезе у больного ранее могла иметь место перенесенная форма внелегочного туберкулеза.

У детей обязательно определяется наличие поствакцинального рубчика БЦЖ. Рубчик размером от 3-8 мм, считается оптимальным, отсутствие же его или меньшие размеры рубца должны настораживать врача на предмет отсутствия или слабой эффективности иммунной защиты от инфекции, и возможного в таком случае инфицирования или заболевания.

При начальных формах заболевания у больного туберкулезом отмечается небольшая бледность кожных покровов, слизистые оболочки розовые. Движения свободные, в

основном, среди больных туберкулезом преобладает астенический тип телосложения. Вынужденное положение, одышка у больного возникает, если его беспокоят сильные боли в грудной клетке (например, при экссудативном плеврите). Поза на боку с согнутыми в коленях и поджатыми к животу ногами и с запрокинутой головой характерна для туберкулезного менингита.

При выраженных формах процесса и длительно протекающей интоксикации отмечается выраженная бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, синева под глазами. Тургор тканей снижен, кожа сухая. При туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов на коже в подключичной области визуализируется пучок венозных сосудов, идущих от грудины (в месте прикрепления II ребра) по направлению к плечевому суставу – симптом **Видергофера**, или сеть расширенных капилляров в области нижних шейных и верхних грудных позвонков сзади в межлопаточном пространстве – Симптом **Франка**. Хотя эти признаки могут иметь и другую этиологию (например, частые пневмонии), но их наличие всегда должно наводить мысль о туберкулезном процессе.

Пальпация – при обследовании большое внимание должно уделяться состоянию периферических лимфатических узлов, так как лимфатическая система вовлекается в процесс на самых ранних этапах развития туберкулеза. Увеличение лимфатических узлов, или появление их в более чем 4-5 группах может являться одним из важных косвенных признаков туберкулезной инфекции. При первичных формах туберкулеза, в основном среди детей и подростков характерно стойкое увеличение периферических лимфатических узлов до II–III степени, их безболезненность, иногда спаянность между собой.

Методом пальпации определяют влажность кожных покровов, толщину подкожно-жировой клетчатки, состояние мышечного тонуса. При хронической туберкулезной интоксикации отмечают холодные влажные ладони, иногда снижается тургор тканей, истончается подкожно-жировой слой, ослаблен мышечный тонус.

Определенное диагностическое значение имеет симптом **Поттенджера** – напряжение и болезненность при пальпации лестничных и грудинно-ключично-сосцевидной мышц на стороне поражения и симптом **Штернберга** – небольшая ригидность и болезненность мышц плечевого пояса с одной стороны. Эти симптомы чаще всего указывают на поражение плевры, ведущее к напряжению мышц плечевого пояса.

Перкуссия – важна при поражении органов дыхания. Перкутировать нужно строго симметричные участки справа и слева, не забывая, что удары по ребру и межреберью дают разные звуковые ощущения. Изменение легочного звука может быть связано с наличием инфильтрации, ателектаза, эмфиземы, выпотом в плевральную полость. Степень изменения легочного тона зависит от выраженности патологии. Небольшие очаговые процессы редко приводят к выявлению изменений легочного тона, однако, свежие воспалительные изменения в виде инфильтратов дают притупление перкуторного звука, соответствующее пораженному участку. Для милиарного процесса, эмфиземы характерен тимпанит. Похожий звук определяется при перкуссии над большими кавернами (более 3-4 см). Наоборот, над небольшой каверной чаще отмечается укорочение перкуторного звука, так как перикавитарная легочная ткань обычно бывает безвоздушной, вследствие развития воспаления.

Интенсивное укорочение перкуторного звука (притупление, глухой звук) бывает при экссудативном плеврите. При этом важное диагностическое значение имеет определение точки наивысшей тупости по задней аксиллярной линии, где в дальнейшем проводят эвакуацию жидкости, при наличии экссудата.

Аускультация – проводится строго симметрично в обоих легких. Сложность диагностики представляет то, что в начальном периоде заболевания, аускультативные изменения у больных туберкулезом крайне скудные, «немое легкое». То есть практически крайне редко можно выслушать хрипы, даже при наличии инфильтратов, только когда сформирована полость распада, могут выслушиваться влажные единичные хрипы. В тоже время, это может быть важным диагностическим критерием при дифференциации с

неспецифическим воспалением, когда зачастую выслушиваются сухие или влажные хрипы, если имеет место неспецифическая пневмония.

При туберкулезе легких, дыхание в зоне поражения ослаблено в связи с отсутствием акта дыхания в пораженных участках или нарушением дренирующей функции бронхов, а также затруднением проведения звука при плеврите, пневмотораксе, ателектазе.

К числу аускультативных диагностических методов обнаружения увеличенных внутригрудных лимфатических узлов относятся симптомы д'Эспина и Смита-Фишера. Симптом д'Эспина определяют у детей старше 3 лет, когда ребенок может произносить слова «тридцать три» или «кис-кис». В это время врач может выслушать дыхание над остистыми отростками, начиная с нижних отделов грудной клетки. У здоровых детей младшего дошкольного возраста, громкая бронхофония выслушивается над VII шейным позвонком, у более старших детей – над I грудным. При увеличении бронхиальных лимфатических узлов бронхофония выслушивается ниже VII шейного и I грудного позвонков, то есть симптом д'Эспина считается положительным. Положительным симптомом Смита-Фишера считается если над областью рукоятки грудины во время дыхательной паузы выслушивается сосудистый шум. Для этого ребенка просят запрокинуть голову к потолку и при медленном опускании головы этот шум несколько усиливается. Появление шума обусловлено сдавлением плечеголовных вен увеличенных лимфатических узлов.

При исследовании органов пищеварения обращается внимание на аппетит, диспепсические расстройства (запоры сменяются жидким стулом) не связанные с погрешностями в диете. Патология мочеполовых органов может вызывать дизурические расстройства. Также для туберкулезного процесса характерны нарушения эндокринного аппарата – щитовидной железы и коры надпочечников.

Интерпретация клинических анализов

Общеклинические анализы крови патогномичны для многих заболеваний и не характеризуются особенными изменениями. Для свежего туберкулезного процесса характерно выявление умеренной гипохромной анемии до $100-110 \times 10^{12}$ г/л, умеренного лейкоцитоза, небольшого ускорения СОЭ, лимфоцитоза и моноцитоза. При хроническом туберкулезном процессе, анемия усугубляется до $80-90 \times 10^{12}$ г/л, при присоединении неспецифической микрофлоры возможно более выраженный лейкоцитоз, но не более $15-20 \times 10^9$ г/л. и более ускоренная СОЭ, лимфопения и моноцитоз либо моноцитопения.

При исследовании мочеполовых органов имеют значение патологические изменения в моче (пиурия, небольшая протеинурия, микрогематурия). В биохимических анализах крови отмечается снижение белковых фракций, общего белка, α -глобулинов и повышение λ -глобулинов.

Постановка предварительного диагноза проводится на основании характерных грудных жалоб, анамнеза, с уточнением контакта с больным туберкулезом, социально-бытовых условий проживания, данных о профессии пациента, перкуссии, аускультации, клиники и рентгено-лабораторных показателей.

Направление к фтизиатру. В сложившейся эпидемиологической ситуации всё большее значение для своевременного выявления туберкулёза приобретает фтизиатрическая настороженность медицинских работников. Атипичность течения туберкулезного процесса и отсутствие настороженности к туберкулезу среди врачей смежных специальностей, зачастую приводит к выявлению осложненных и запущенных форм туберкулёза. Пациент редко сразу оказывается на приёме у фтизиатра. Все перечисленные методы выявления туберкулёза могут быть применены врачами различных специальностей и общей лечебной сети.

ЛЕЧЕНИЕ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ МЕНИНГИТОМ

**Ташпулатова Фатима Кудратовна,
доктор медицинских наук, заведующая кафедрой фтизиатрии и пульмонологии
Ташкентского педиатрического медицинского института,
Агзамова Шоира Абдусаломовна,
профессор кафедры амбулаторной медицины с физическим воспитанием
Ташкентского педиатрического медицинского института, г. Ташкент, Узбекистан**

Лечение больных туберкулезного менингита (ТМ) должно быть направлено на ликвидацию воспаления мозговых оболочек как осложнения, угрожающего жизни больного, и излечение основного туберкулезного процесса без остаточных изменений или с минимальными остаточными изменениями. Приступая к лечению ТМ, необходимо помнить, что существуют четкие условия, выполнение которых является залогом излечения пациента. Изменение схемы, недооценка или невыполнение хотя бы одного из критериев, может привести к непоправимым последствиям для пациента.

Основные принципы лечения:

- контролируемость – прием всех препаратов под контролем персонала;
- комплексность - применение не менее 4-5-и противотуберкулезных препаратов одновременно;
- комбинированность - сочетание этиотропной терапии с симптоматической, патогенетической;
- непрерывность;
- длительность (10 месяцев и более);
- индивидуальный подход к лечению, учитывающий индивидуальную переносимость противотуберкулезных препаратов у пациента и чувствительность возбудителя к препарату;
- преемственность на всех этапах, как лечения, так и реабилитационных мероприятий.

Лица, больные ТМ, должны получать лечение в специализированном противотуберкулезном стационаре под наблюдением врачей фтизиатров совместно с врачами-неврологами.

1. Лечение больных туберкулезным менингитом необходимо осуществлять в условиях специализированного стационара. До полной ликвидации клинических проявлений туберкулезного менингита всем больным необходимо соблюдать строгий постельный режим (в среднем до 3 –х месяцев), после чего –некоторое расширение режима в строгих ограничениях, разрешается сидеть в постели –не ранее чем 3 месяца от начала лечения(при этом показатели ликвора должны быть близки к норме), ходить по палате, в столовую – в среднем через 3,5-4 месяца(при этом показатели ликвора должны быть полностью нормализованы).

2. Учитывать различную способность химиопрепаратов проникать в субарахноидальное пространство в условиях болезни, когда значительно повышена проницаемость гематоэнцефального барьера.

3. Оптимальные суточные дозы всех используемых препаратов должны быть повышенными до возможных допустимых их максимальных значений. Например, изониазид –до 15-20 мг/кг веса, стрептомицин –до 20 мг/кг веса и тд. При бессознательном

состоянии препараты вводятся внутривенно, внутримышечно, в свечах. Если состояние больного быстро улучшается, через 2-3 мес можно отменить этамбутол (стрептомицин) и пиразинамид. В этот же период можно снизить дозу изониазида до 5 мг/кг. Прием рифампицина и изониазида следует продолжать в течение по меньшей мере 9 мес.

4. Пребывание в условиях стационара должно быть длительным, не менее 7-9 месяцев. Согласно рекомендациям ВОЗ лечение больных в интенсивной фазе составляет 4 месяца поддерживающее фаза - 7 месяцев. По индивидуальной схеме общий курс лечения составляет не менее 12 -14 месяцев.

Таблица 1. Степень проникновения препаратов в спинномозговую жидкость

Препараты	Характер проникновения в СМЖ
Изониазид	В норме - 1/3 концентрации препарата в плазме крови, при менингите - 2/3 концентрации в плазме (до 90%)
Рифампицин	В норме 5,2%, при менингите 26%
Стрептомицин	Незначительное количество, при воспалении несколько лучше (20%)
Канамицин	В норме практически не проникает, при бактериальном менингите от 9 до 68% содержания в плазме
Циклосерин	В норме слабо проникает, при туберкулёзном менингите - 50-80%
Пиразинамид	При менингите концентрация до 100%. Рекомендован ВОЗ при туберкулёзном менингите
Этамбутол	В норме не проникает, при туберкулёзном менингите - 20-54%
Этионамид	Проникает при менингите до 40-100%
Протионамид	Подобен этионамиду
ПАСК	Проникает только при воспалении спинномозговых оболочек
Амикацин	В норме до 20%, при менингите - до 50-90%
Ципрофлоксацин	В норме не превышает 20%, при гнойном менингите - до 92%, при вирусном менингите - 26,6%
Офлоксацин	В норме не превышает 45% содержания в крови, при гнойном менингите - до 28%, при лимфоцитарном - 44% (по данным некоторых исследователей - до 75%)

Таблица 2. Характеристика наиболее эффективных противотуберкулезных препаратов применяемых при туберкулёзном менингите

Противотуберкулезные препараты	Особенность применения препарата при туберкулезном менингите
Изониазид	Общая продолжительность парентерального введения составляет в среднем 4 месяца, из них 1,5-2 месяца (иногда 3 месяца) внутривенно капельно, затем внутримышечно. Затем препарат вводится перорально, Длительность приема 12-14 месяцев. Внутривенный путь введения требует назначения пиридоксина в суточной дозе 5-7 мг на кг веса больного. Глутаминовая кислота назначается в суточной дозе 1,5-3,0 г в два приема после еды.
Рифампицин	Продолжительность в/в назначения не менее 1 месяц. При этом 150 мг рифампицина растворяют в 150 мл 5% раствора глюкозы, дозу 0,3 в 300 мл 5% растворе глюкозы, дозу 0,45 – в 450 мл 5% растворе глюкозы. Скорость инфузии составляет 60-80 капель в минуту. После 1 месяца препарат переводится на пероральный прием на срок 8-10 месяцев.
Стрептомицин	Способ введение –в/м. Общая продолжительность в комбинации с другими препаратами 3-4 месяца.
Этамбутол	Не рекомендуется при отеке головного мозга, застое соска зрительного нерва. Суточная доза назначается в один прием.
Пиразинамид	Продолжительность назначения составляет 8-12 месяцев. Оптимальная суточная доза -20-30 мг/кг веса больного.

4. Исход туберкулезного менингита зависит от эффективности патогенетического лечения:

- нормализация осморегулирующих систем мозга;
- ликвидация гипоксии головного мозга;
- нормализация метаболических процессов мозговой ткани.

Патогенетическому лечению так же входит применение глюкокортикостероидной, дезинтоксикационной, общеукрепляющей стимулирующей терапии.

Глюкокортикостероидная терапия. Туберкулезный менингит является клинической формой туберкулеза при котором обязательно необходимо назначить глюкокортикостероидную терапию. Глюкокортикостероиды, используемые при туберкулезном менингите на фоне специфического лечения, уменьшают экссудативную воспалительную реакцию, улучшают микроциркуляцию в зоне поражения, способствуют нормализации ликвородинамики, предупреждают развитие спаечных процессов, а также блока ликворных путей. Препаратом выбора является преднизалон, метилпреднизалон.

При назначении необходимо учитывать, что естественная выработка глюкокортикоидов надпочечниками осуществляется в суточном режиме, и две трети суточной дозы больной должен принимать в интервале от шести до девяти часов утра, а оставшую дозу больной должен принимать не позднее после обеденных часов⁹ оптимальное время до 13.00 часов дня. Длительность приема кортикостероидов определяется тяжестью состояния больного, и колеблется от 3 до 6 недель. Способ введения преимущественно пероральный, однако, когда больной поступает в состоянии комы, и при нарушения глотания, больному назначается кортикостероиды внутривенно. Продолжительность внутривенного введения гормона определяется индивидуально и в среднем не превышает 7-14 дней, после чего переходят на пероральный путь введения. Начальная доза глюкокортикостероидного препарата определяется индивидуально, в зависимости от возраста, от тяжести состояния, клинической формы, распространённости процесса, наличия сопутствующей патологии. Начинают с 60-80 мг в день (для детей 1-3 мг/кг), продолжают лечение около 6 нед с постепенным снижением дозы. При спинальной форме глюкокортикоиды вводят субарахноидально (гидрокортизон 75-100 мг на введение). Доза препарата постепенно снижается на 5 мг каждую неделю.

Очень важным компонентом в лечении туберкулезного менингита является *дегидратационная терапия*, которая направлена на воздействия на патофизиологические процессы, затрагивающие сосудисто-тканевую систему головного мозга и нормализацию его осмо-регулирующего механизма.

Дегидратационным действием обладают следующие препараты:

1. Ряд гипертонических растворов:
 - 10%раствор хлористого кальция
 - 10% раствор хлорида натрия
 - 1—20% раствор глюкозы
2. Концентрированные растворы плазмы и альбумина(кратковременный эффект)
3. Сосудорасширяющие препараты:
 - Раствор эуфиллина 2,4%
 - Раствор сульфат магnezия 25%
 - Раствор папаверина гидрохлорида 2%
1. Ингибиторы карбоангидразы(ацетазоламид)
2. Раствор глицерина
3. Салуретики (лазикс, фуросемид)
4. Осмодиуретики (истинные и условные).

Наиболее часто в практике применяются осмотические диуретики и салуретики. В Российской Федерации и Казахстане широко применяется ацетолозамид в дозе 250 мг по определенной схеме: три дня подряд - прием, четвертый день –перерыв.

Таблица 3. Характеристика осмотических диуретиков(Бугакова С.Л., 2010)

Препарат	Характеристика и методика использования	Наличия нежелательного эффекта
Мочевина	Условный осмотический диуретик, нетоксичен. Вводится 30% раствор на 10	1.При нарушении функции почек резко повышается уровень остаточного азота

	<p>% глюкозе внутривенно капельно из расчета 0,5-1,5 на кг веса. Суточная доза не более 180 г. Допустимая скорость инфузии 100-140 капель в минуту. Повторное введение возможно через 12-24 часа. Максимальная снижение ликворного давления достигается через 20-30 минут после инфузии.</p>	<p>крови с одновременном подъемом артериального давления. 2.Высоко концентрированные растворы повреждая интиму сосудов вен, могут вызвать флебиты. 3.Длительно хранившиеся растворы могут вызвать гемолиз</p>
Маннитол(Маннит)	<p>Истинный осмотический диуретик. Водится в виде 320% раствора на 5% растворе глюкозы внутривенно из расчета 0,5-1,5 г на кг веса. Суточная доза - не более 180 г. Рекомендуется скорость инфузии в первые минуты 100-140 капель в минуту с последующим снижением до 80 капель в минуту. Максимальное снижение ликворного давления достигается через 39-40 минут после начала инфузии. Развитие феномена отдачи» через 4-5 часов после введения препарата. Из организма выводится достаточно быстро: в одну минуту –около 1% препарата.</p>	<p>Не желательного явления не отмечено, в связи с чем является наиболее безопасным и широко используемым препаратом. При попадании под кожу не вызывает некрозы. При введении концентрированного раствора не раздражает интиму вены.</p>
Трисамин	<p>Истинный осмотический диуретик. Вводится в виде 3,66% раствора внутривенно из расчета 1,5 г на кг веса в сутки.</p>	<p>При передозировке препарата развивается гипогликемия 1.Угнетение дыхательного центра 2.Попадание под кожу вызывает некроз. Данные нежелательные явления <u>значительно ограничивают применения препарата.</u></p>

Очень хороший эффект оказывает назначение глицерина в виде 30% раствора на 20% растворе аскорбината натрия внутривенно. Допустимая скорость ведение препарата 100-200 капель в минуту. Также возможно назначение глицерина перорально, из расчета

0,5-1,5-2,0-2,5 г на кг веса больного. Кратность введения препарата 2-3 раза в сутки. Максимальное снижение ликворного давления достигается при внутривенном пути введения через 20-30 минут; после перорального введения через 60-90 минут. Необходимо учитывать, что внутривенный путь ведения сопровождается феноменом отдачи, наступающим через 4 часа после начала инфузии, в то же время при пероральном приеме глицерина данный феномен отсутствует. Суть феномена отдачи представлена в таблице 4.

Таблица 4 .Схема фармакологического действия осмотических диуретиков при отеке мозга и внутричерепной гипертензии(Бугакова С.Л.,2010)

Условно выделяемые фазы	Сущность фармакологических эффектов
1 фаза гипотензивная	1.Поступление осмотического диуретика в кровяное русло повышает осмотическое давление крови. 2.Жидкость из ткани мозга начинает перемещаться в сосудистое русло. 3. Увеличивается ОЦК. 4. Уменьшение объема жидкости в ткани мозга. 6. Снижение ликворное давление
2 фаза гипотензивного плато	1. Процесс дегидратации=процессу продукции СМЖ. 2. Ликворное давление уранивается с давлением крови в синусах мозга. 3. Дальнейшего снижение ликворного давления не происходит.
3 Фаза гипотензивное плато	1.Концентрация осмотического диуретик в крови <концентрации осмотического диуретика в тканях мозга 2.Жидкость из сосудистого русла начинает перемещается в ткани мозга. 3.Объем жидкости в ткани мозга начинает увеличиваться 4.Снижение ликворного давления –не происходит.
4 Фаза феномен отдачи	1.Осмотический диуретик задерживается в клеточном или межклеточном пространстве ткни мозга. 2.Повышается осмотическое и онкотическое давление в тканях мозга. 3.Дополнительное привлечение жидкости в ткани мозга. 4.Увеличивается объёма жидкости в ткни мозга. 5. Значительное увеличение ликворного давления.

При выборе комбинации препаратов дегидратационного действия необходимо учитывать следующее:

1. Сочетанное применение осмотических диуретиков с салуретиками(лазиксом) позволяет дополнительно увеличивать диуретический эффект на 1,5 раза.
2. Для предупреждения развития феномена отдачи, необходимо за 1-1,5 часа до его проявления назначить глицерин перорально, в момент начало его развития -салуретик (лазикс) внутривенно. Диуретический эффект лазикса при внутривенном введении наступает моментально и держится до 6 часов.
Чтобы избежать чрезмерной дегидратации необходимо контролировать количество вводимой и выделенной жидкости.
3. Диуретический эффект должен осуществляется равномерно в течении суток, однако преимущественно диуретическую нагрузку лучше делать на дневные часы, что регулируется временем назначения препаратов(утор, день, вечер). Так например в утренние часы целесообразно назначение диуретиков а в ночное сульфат магния.
4. Диуретический эффект всегда сопровождаются с процессом вымывания электролитов плазмы, что требует коррекции- введение растворов натрия калия, хлорида натрия, хлорида кальция с учетом определение у пациента электролитного баланса.
5. Продолжительность дегидратационной терапии –индивидуальна и напрямую определяется динамикой признаков повышенного внутричерепного давления. Осложнениями дегидратационной терапии могут быть сгущения крови, ухудшение мозгового кровотока и вклинение мозжечка в большое затылочное отверстие, влекущий за собой моментальную смерть пациента.

С этой целью делают разгрузочные спинномозговые пункции. Рекомендуется первые 2-3 нед лечения диагностические пункции делать 2 раза в неделю, затем, по усмотрению лечащего врача, один раз в неделю, один раз в 2 недели, один раз в месяц. Показана также дезинтоксикационная терапия: введение реополиглюкина, гемодеза и др. Если имеет место быстрое нарастание внутричерепного давления (гидроцефалия) с угрозой потери зрения показана срочная консультация нейрохирурга на предмет хирургического лечения в специализированном центре.

Для устранения гипоксии восстановлению метаболических процессов мозговой ткни и улучшению мозгового кровообращения необходимо применить лекарственную терапию. Основные характеристики данных лекарственных препаратов представлены в таблице 5.

Таблица 5. Фармакологические эффекты рекомендуемых препаратов

Лекарственный препарат	Фармакологический эффект			Рекомендуемый режим
	УГ	ВМ	УМК	
Реополиглюкин	+		+	500 мл 10% раствора декстрана внутривенно,капельно до 10-15 инфузий.
Актовигин	+	+		На первых этапах препарат вводится по 800-1000 мг(20-245 мл) в 200 мл 5% растворе глюкозы или изотонического раствора хлорида натрия в/в капельно,1 раз в сутки. Средняя скорость инфузии -2 мл в минуту. Оптимальный метод введения интермиттирующий(до 3 раз в неделю). В ряде случаев допускается ежедневное введение препарата на протяжении 2-3 недель.

				В последующем препарат вводится в/в(одномоментно медленно) по 400 мг интермиттирующим методом в течении 3-4 недель.
Цераксон			+	В первые дни лечения вводится до 1000-2000 мг в сутки/в.В последующим: в/м до 500-1000 мг в сутки. Курс лечения-45дней. Рекомендуется к более широкому применению при выраженных признаках отека головного мозга в виду того его противоточного действия.
Солкосерил	+	+	+	Начальная доза составляет 10-20 мл в/в или виде инфузий. В последующим доза уменьшается до 5 мл в/в или 2-5 мл/м. Для В\вв инфузий в качестве растворителя используются 250 мл изотонического раствора хлорида натрия или 5%раствор глюкозы. Препарат может быть рекомендован к более широкому применению с связи с тем, что обладает выраженным эффектом снижения внутричерепного давления.
Трентал (пентоксифиллин)	+		+	0,1 г(чтосоответствует 1 ампуле-5 мл 2%раствора) водится в 250-500 мл 5% глюкозе или изотонического раствора в/в капельно в течении 90-180минут. Возможен прием препарата(с первых дней лечения или после курса в/в инфузий) перорально: по 0,1 г (1 таблетка)2-3 раза в день общая продолжительность до 3-5 недель.
Винпоцетин (Кавинтон)	+	+	+	Первоначально водится в/в капельно, медленно, по 10-20 мг в 500мл изотоническом растворе хлорида натрия 1-2 раза в течении сутки. В последующем эффективен пероральный прием препарата по 5-10 мг 2-3 раза в сутки в течении (в среднем) 2 месяцев.
Ницерголин (Сермион)	+	+	+	С первых дней наиболее рационален парентеральный путь введения. В\В капельно перапат водится по 4-8 мг в 100 мл физиологическом растворе или 5% растворе глюкозы. В\М по 2-4 мг до 2 раз в сутки. Перорально препарат назначается для улучшения клинической симптоматики по 10 мг в виде таблеток 3 раза в сутки.Общая продолжительность лечения составляет 2-3 месяца.
Винкамин (Оксибрал)	+	+	+	При парентеральном введении(В\В или В\М) эффективная доза препарата 15 мг 2 раза в сутки. Внутрь препарат назначается по 10-20 мг 3 раза в сутки.

Пирацетам	+	+	+	На первых этапах более целесообразно парентеральный путь введения: В\В, в/м. Разовая доза препарата и кратность введения в течении суток индивидуальны. Примерная схема по 10 мл 20% раствора(2 г препарата) 2 раза в сутки в/в одномоментно. Курс лечения составляет в среднем 2-3 недели. Вне «острого» периода препарат назначается перорально по 0,2 г 3 раза в сутки на протяжении длительного периода от 2 до 6 месяцев.
Глютаминовая кислота		+		Препарат используется внутрь в следующих дозах: Дети до года 100 мг; от 1 до 2 лет -150 мг; 2-4 лет-250 мг; 5-6 лет-400 мг; 7-9 лет- от 500 мг до 1 г. Старше 10 лет и взрослые-1г. Кратность введения в сутки 2-3 раза. Длительность лечения от 2 до 6 и более месяцев.
Кальция глутаминат (кальциевая соль глютаминовой кислоты)		+		Препарат рекомендуется вводить в/в в виде 10% раствора ежедневно или через день. Используемые дозировки: Дети до 3 лет-2 мл; От 3 до 5 лет -3 мл; От 5 до 10 лет -5 мл. старше 10 лет и взрослым-10 мл. При первой в/в инъекции у детей старше 10 лет и у взрослых вводится не более 3-5 мл раствора, у детей младшего возраста-1 -2 мл меньше указанных дозировок(. Курс лечения 15-20 в/в введений.
Холина альфосцерат (Глиатилин)			+	Рекомендуется при всех формах нарушения сознания. На начальных этапах лечения вводится в/в медленно до 1 г в сутки. В последующим-перорально до 1,2 г в сутки в 3 приема.
Пангамат кальция	+	+		Назначается внутрь в следующих суточных дозировках: Дети до 3 лет-50мг; От 3 до 7 лет-100мг; От 7 до 14 лет-150 мг% Взрослые-100-300мг. Общая продолжительность лечения20-40 дней. Эффективным является повторные курсы лечения с интервалом 2-3 месяца.
Стугерон (циннаризин)			+	Назначается внутрь по 25-50 мг 3 раза в сутки на протяжении нескольких месяцев.
Цитохром С		+		Для в\в капельного введения используется 0,25% раствор препарата по 4-8мл(10-20г) в 200 мл изотоническом растворе хлорида

				натрия или 5% растворе глюкозы. Скорость инфузии 30-40 капель в минуту. Также возможен в/м путь введения препарата по 4-8 мл. Кратность введения 1-2 раза в сутки. Максимальный курс лечения 25 дней. Перед введением Цитохром С предварительно провести тест на биологическую чувствительность с 0,1 мл (0,25 мг) препарата.
Глюкозо-калиево инсулиновая смесь		+		Наиболее целесообразно использование 10-20% раствора глюкозы с добавлением 4% раствора калия хлорида 10 мл инсулина простого из расчета ! ЕД на каждые 4-5 г глюкозы. В стандартной ситуации назначается до 10 инфузий интермиттирующим методом.
Витамин В6		+		В первые 20 дней лечения препарат вводится парентерально в виде 5% раствора в суточной дозе 1-2 мл(0,05-0,1г). В последующем – внутрь в виде таблеток по 0,005-0,02 г 2-3 раза в сутки. Общая продолжительность назначения препарата – до 1-2 месяцев.
Гливегол			+	В виде таблеток внутрь по 200-400 мг 2-3 раза в сутки. Препарат обладает выраженным эффектом на венозное звено микроциркуляторного русла, нормализует сосудистую проницаемость.
Эуфилин			+	Вводится 2,4%раствор по 5-10 мл, в/в, медленно (в течении 4-5 минут) на 40% растворе глюкозы или физиологического раствора. Курс лечения –до 14 дней.
Папаверин гидрохлорид			+	Вводится в/в очень медленно по 1-2 мл 2% раствора. Эффективен также в/м или п/к введения. Курс лечения-до 10 дней. Противопоказан при нарушении атриовентрикулярной проводимости.

Примечание- УГ- устранение гипоксии; ВМ-восстановление метаболических процессов в мозговой ткани; УМК-улучшения мозгового кровообращения.

Рекомендуемые дозы не являются стандартами. Выбор той или иной комбинации препаратов, последовательность их чередования в комплексе лечения, используемые разовые и суточные дозировки, пути введения, общая продолжительность должна осуществляться строго индивидуально, которая определяется следующими факторами:

1. Тяжесть состояние больного.
2. Выраженность клинической симптоматики, ее динамика.
3. Спектр фармакологического действия препаратов.

При двигательных нарушениях (парезы, параличи) назначают прозерин (1 мл 0,05 % раствора внутримышечно ежедневно в течение 12-30 дней, но не раньше 3-4 месячного антибактериального лечения).

К массажу можно приступать после 4-5 мес лечения, к лечебной гимнастике — после санации ликвора (обычно после 6-7 мес.)

При поствоспалительной атрофии зрительного нерва наряду с сосудорасширяющими препаратами (папаверин, ношпа, никотиновая кислота) показаны витамины группы В, гепарин, ферменты, пирогенал, АТФ, ультразвук и т. д. Рационально подобранный лечебно-гигиенический режим играет важнейшую роль в благоприятном исходе болезни. Прежде всего, больной должен находиться на строгом постельном режиме первые 1 -2 мес. После отчётливой тенденции к нормализации состава ликвора, можно разрешить ему посидеть в постели во время приема пищи, затем стоять возле кровати; и только через 3-4 мес разрешить ходить по палате, посещать туалет, столовую. Практика показала, что торопливость и излишняя активность больных в ряде случаев провоцирует обострение болезни.

В дальнейшем на фоне расширения двигательной нагрузки строгое постельное содержание рекомендуется в дни контрольных спинномозговых пункций. Безусловно, больным должно быть обеспечено индивидуальное, достаточно калорийное и витаминизированное питание. После стационара лечение продолжается в санаторных условиях, где необходимо создать пациенту оптимальные условия для реабилитации. На фоне закалывающих процедур и физических упражнений следует постепенно приучать к физической нагрузке. Первые 2-3 года реконвалесцентам проводятся противорецидивные курсы изониазидом и этамбутолом по 2 мес весной и осенью. Длительность наблюдения за больными — не менее 2-3 лет. Фтизиатрами за это время проводятся показанные лечебные и социально-профилактические мероприятия. При наличии осложнений пациент должен быть своевременно освидетельствован комиссией ВТЭК для определения группы инвалидности. Лицам, перенесшим туберкулезный менингит, противопоказаны сельскохозяйственные работы - физический труд в условиях гиперинсоляции и холодных температур.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ



ВЛАДИМИР КИРИЛЛОВИЧ ТАТОЧЕНКО

*Главный специалист Национального
медицинского исследовательского
Центра Здоровья
Детей Федерального государственного автономного
учреждения Министерства здравоохранения*

*Российской Федерации, заслуженный деятель науки
РФ, эксперт ВОЗ,
доктору медицинских наук, профессор*

23 марта 2021 г. исполнилось 90 лет профессору, доктору медицинских наук, заслуженному деятелю науки РФ Таточенко Владимиру Кирилловичу. Вряд ли найдется в нашей стране педиатр, который ни разу не слышал этого имени, не читал его книг. Родился В. К. Таточенко в Москве, с отличием окончил педиатрический факультет 2-го Московского ордена Ленина государственного медицинского института им. Н. И. Пирогова (ныне — РНИМУ им. Н. И. Пирогова) (1954), клиническую ординатуру в НИИ педиатрии АМН СССР (ныне — ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России) (1956) и до сих пор продолжает свой трудовой путь в этом также известном в стране и за ее пределами учреждении. За эти годы Владимир Кириллович работал старшим научным сотрудником туберкулезного (впоследствии — пульмонологического) отделения, в 1976 г. был избран на должность руководителя отделения острых респираторных инфекций с группой бронхолегочных заболеваний, с 1999 г. — заведующий диагностическим отделением. Профессора Таточенко В. К. отличает редкое сочетание черт замечательного клинициста и уникального диагноста, прекрасного организатора здравоохранения, а также знание нескольких иностранных языков, что позволило ему одновременно долгие годы руководить отделом международного здравоохранения НИИ социальной гигиены им. Н. А. Семашко (1968–1986 гг.), работать медицинским специалистом Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Юго-Восточной Азии (1962–1965), экспертом ВОЗ по охране материнства и детства (1967–1997 гг.). Такая разносторонность нашла отражение и в научных исследованиях В. К. Таточенко: его

кандидатская диссертация (1960) посвящена изучению бронхолегочного туберкулеза у детей, а докторская — здоровью детского населения и проблемам здравоохранения Индии (1968). Его работы в области пульмонологии, изучения синдрома мальабсорбции, муковисцидоза по праву считаются пионерскими. Существенный вклад В. К. Таточенко внес в изучение инфекционных заболеваний и разработку вакцинопрофилактики, совершенствовал и расширил Национальный прививочный календарь, что позволило повысить охват вакцинацией детского населения страны, остановить эпидемию дифтерии, ликвидировать полиомиелит. И сегодня В. К. Таточенко — признанный эксперт по этим и многим другим вопросам педиатрии. В 1977 г. ему присвоено ученое звание профессора, а в 1993 г. — звание заслуженного деятеля науки РФ. В. К. Таточенко — член Исполкома Союза педиатров России, редколлегии ряда журналов, автор более 500 научных работ. Учениками профессора В. К. Таточенко считают себя не только почти 100 ученых, защитивших под его руководством кандидатские и докторские диссертации, но и тысячи врачей по всей стране и далеко за ее пределами. В настоящее время Владимир Кириллович — Главный специалист ФГАУ Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей Минздрава России. Награжден орденом Почета, многочисленными почетными грамотами и дипломами. И нельзя не сказать о нем как о превосходном лекторе, эрудите, чудесном рассказчике, его потрясающем жизнелюбии и искрометном юморе.

*Коллектив кафедры амбулаторной медицины с физическим воспитанием
Ташкентского Педиатрического медицинского института*

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ (ЛЕКЦИЯ)

Желенина Людмила Александровна
Доктор медицинских наук, профессор
Санкт-Петербургский Государственный педиатрический медицинский
университет МЗ России

В последние годы отмечается тенденция к росту числа детей, у которых острые респираторные заболевания сопровождаются бронхиальной обструкцией. Каждый третий ребенок на первом году жизни переносит острый бронхиолит или обструктивный бронхит. Обструкция в переводе с латинского языка обозначает заграждение, препятствие. С биологической точки зрения бронхообструкция имеет защитно-приспособительный характер, препятствуя проникновению различных инородных агентов в дыхательные пути.

Бронхообструктивный синдром (БОС), или синдром бронхиальной обструкции, – это симптомокомплекс, связанный с нарушением бронхиальной проходимости функционального или органического происхождения. Согласно определению медицинской энциклопедии, термин «синдром» (syndromom, греч .syndromē стечение, скопление, совместный бег) — это устойчивая совокупность ряда симптомов с единым патогенезом. (Большая медицинская энциклопедия, 1980).

Не являясь самостоятельной нозологической формой, БОС может сопутствовать многим патологическим состояниям.

Клинические проявления БОС складываются из удлинения выдоха, появления свистящего дыхания, приступов удушья, участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, малопродуктивного кашля. При выраженной обструкции может появиться увеличение частоты дыхания, развитие усталости дыхательных мышц и снижение парциального напряжения кислорода крови.

В англоязычной литературе это состояние определяется у детей младше шестилетнего возраста как «virus-induced wheezing» — вирус-индуцированная одышка или «wheezing-associated respiratory infection» — одышка, ассоциированная с респираторной инфекцией (wheezing – это свистящее дыхание: свистящие звуки, дистантные или выслушиваемые при аускультации, являются основным клиническим симптомом БОС).

Рецидивирование бронхиальной обструкции у детей, перенесших острый бронхиолит на первом году жизни, в 40% случаев сопровождается изменением реактивности дыхательных путей, с развитием бронхиальной астмы в дошкольном и школьном возрасте.

Формирование стойкой гиперреактивности бронхов связывают с перенесенными РС- и риновирусными инфекциями (С и D серотипы) в первую очередь, а так же с другими возбудителями: адено- и бокавирусом, вирусами парагриппа, микоплазмой пневмонии, хламидией пневмонии и пр.

Гиперреактивность бронхов, развившаяся вследствие перенесенной ОРВИ нижних дыхательных путей, является наиболее частой причиной рецидивирующего течения БОС в периоде раннего детства. Гиперреактивность дыхательных путей является ведущим компонентом патогенеза бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких.

Почти у половины госпитализированных детей раннего возраста БОС является дебютом бронхиальной астмы (БА).

У маленьких детей эпизоды БОС могут быть вызваны аспирацией, обусловленной нарушением глотания, врожденными аномалиями носоглотки, трахеобронхиальной фистулой, гастроэзофагеальным рефлюксом и т. д.

Рецидивирующие пневмотропные инфекции в детском возрасте могут служить фактором риска развития хронической обструктивной болезни легких, которая остается

одной из важнейших причин заболеваемости и смертности в мире и выявляется у 10% взрослого населения

В настоящее время отсутствуют статистические данные о распространенности обструктивной патологии у детей при различной бронхолегочной патологии, однако наибольшая частота БОС отмечается у детей дошкольного возраста, что связано с анатомо-физиологическими особенностями организма в этот период.

Согласно популяционным исследованиям, каждый третий ребенок имел, по крайней мере, один эпизод БОС в возрасте до 3 лет. Распространенность БОС за последние годы возросла с 9,7 до 16,1%. У детей с инфекциями нижних дыхательных путей БОС встречается примерно в 40% случаев, свыше 50% из них имеют повторные эпизоды.

У каждого второго ребенка с отягощенным семейным анамнезом по аллергии бронхиальная обструкция сопровождает течение ОРЗ. Такая же тенденция отмечена у детей, болеющих респираторными инфекциями более 6 раз в году.

Частота развития бронхообструкции зависит не только от возраста обследуемых групп детей, но и от множества других факторов: экологических, эпидемиологических, социально-бытовых и др. Бронхиальная обструкция не всегда фиксируется в заключительном диагнозе и в этом случае не подлежит статистическому учету.

На развитие бронхиальной обструкции влияют факторы преморбидного фона: недоношенность, патология респираторного тракта в период новорожденности, курение матери во время беременности, наследственная предрасположенность к атопии, перинатальная патология центральной нервной системы, гиперреактивность бронхов, рахит, гипотрофия, гиперплазия тимуса, раннее искусственное вскармливание, перенесенное респираторное заболевание в возрасте 6- 12 месяцев.

Рахит у детей второго полугодия жизни может способствовать формированию бронхиальной обструкции на фоне ОРЗ. Так по данным детской городской больницы Святой Ольги Санкт-Петербурга - у 87% детей с «цветущим» рахитом инфекция НДП сопровождалась бронхообструкцией. Немаловажным фактором в формировании бронхиальной обструкции может быть и остеопения недоношенных детей, которая, также как и рахит, может быть причиной нарушения тонуса гладкой мускулатуры мелких бронхов (дистония) и дисторсии грудной клетки.

У детей раннего возраста к развитию бронхиальной обструкции предрасполагают возрастные морфофункциональные особенности респираторной системы: гипертрофия бронхиальных желез, секреция преимущественно вязкой мокроты с высоким содержанием сиаловой кислоты, относительная узость дыхательных путей, податливость бронхиальных стенок и грудной клетки, недостаточность местного иммунитета, особенности строения диафрагмы.

У детей отек слизистой оболочки на 1мм вызывает повышение сопротивления току воздуха на 50%, тогда как у взрослых только на 17%. К развитию БОС у детей раннего возраста предрасполагают так же длительный сон, горизонтальное положение, частый плач.

Пассивное курение в семье важный провоцирующий фактор развития бронхиальной обструкции. Под влиянием табачного дыма происходит гипертрофия бронхиальных слизистых желез, нарушается мукоцилиарный клиренс, замедляется продвижение слизи. Пассивное курение способствует деструкции эпителия бронхов. Табачный дым является ингибитором хемотаксиса нейтрофилов, приводит к уменьшению фагоцитарной активности альвеолярных макрофагов. Длительное воздействие табачного дыма снижает активность Т-лимфоцитов, угнетает синтез антител основных классов, стимулирует синтез иммуноглобулинов Е, повышает активность блуждающего нерва. Особенно ранимыми считаются дети первого года жизни и плоды. Курение матери во время беременности - важный фактор формирования гиперреактивности бронхов у ребенка.

Иммунологические особенности детей раннего возраста также определяют высокую частоту формирования БОС: несовершенство иммунологических механизмов, значительное снижение образования интерферона гамма (ИФГ) в дыхательных путях,

уровней сывороточного и секреторного IgA, снижение функциональной активности Т-системы иммунитета. Известно, что высокий уровень ИФГ является, не только фактором профилактики развития бронхиальной обструкции на фоне ОРЗ, но предупреждает развитие БА.

Бронхиальная обструкция часто выявляется при заболеваниях органов дыхания, в том числе и наследственных, заболеваниях с нарушением мукоцилиарного клиренса, аспирации инородных тел, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, заболеваниях сердечно-сосудистой системы и пр.

Среди заболеваний органов дыхания наиболее часто бронхиальная обструкция возникает при инфекционном бронхите и бронхолите, облитерирующем бронхолите, бронхиальной астме, при бронхолегочной дисплазии, врожденных аномалиях бронхов, наследственных заболеваниях (первичная цилиарная дискинезия, муковисцидоз и т.д.)

В большинстве случаев при острой патологии респираторного тракта бронхиальная обструкция является полностью или частично обратимой на фоне терапии.

Необратимые, т.е. органические причины обструкции включают в себя: сужение и расширение просвета трахеи, бронхов; изменение структуры стенок гортани, трахеи, бронхов. Бронхиальная обструкция необратима при врожденных пороках, приводящих к стенозу дыхательных путей при муковисцидозе, облитерирующем бронхолите и организирующейся пневмонии, первичной цилиарной дискинезии, синдроме Зиветра-Картагенера и др.

Обратимые механизмы бронхиальной обструкции доминируют при остром инфекционном бронхите, остром обструктивном бронхите, бронхолите, бронхиальной астме, ОРЗ на фоне «цветущего рахита», остеопении недоношенных.

Среди функциональных причин обструкции выделяют:

- спазм гладкой мускулатуры бронхов
- отек слизистой оболочки бронхов
- обтурацию просвета бронхов секретом (инородным телом, опухолью)
- дистонию (маляция) бронхов (податливость стенки, приводящую к инспираторному коллапсу)
- дисторсию грудной клетки
- дискинезию реснитчатого эпителия

У маленьких детей причиной бронхиальной обструкции может стать микроаспирация, обусловленная нарушением глотания, врожденными аномалиями носоглотки, гастроэзофагеальным рефлюксом.

Наиболее частыми причинами рецидивирующей бронхиальной обструкции у детей первого года жизни могут быть пороки развития трахеи и бронхов, трахеобронхиальный свищ, муковисцидоз, бронхопульмональная дисплазия, приведшая к формированию облитерирующего бронхолита, иммунодефицитные состояния, внутриутробные инфекции, воздействие продуктов табакокурения.

На втором и третьем году жизни клинические проявления бронхиальной обструкции могут впервые возникнуть у детей с бронхиальной астмой (БА), при аспирации инородного тела, у детей с тимомегалией, при миграции круглых гельминтов, облитерирующем бронхолите, у больных с врожденными и наследственными заболеваниями органов дыхания, у детей с пороками сердца, протекающими с легочной гипертензией, и др.

Особое место среди причин бронхиальной обструкции органического генеза (механическое сужение трахеи и бронхов) занимают пороки сердца и сосудов: двойная дуга аорты, правосторонняя дуга аорты, легочный венозный застой (аномальный дренаж легочных вен, трехкамерное сердце, стеноз митрального клапана).

ОРИ – самая частая причина развития бронхиальной обструкции у детей первых лет жизни (до 65% всех случаев БОС — обструктивный бронхит, бронхолит).

Из этиологических факторов ОРИ наиболее важную роль играют вирусы, реже – вирусно-бактериальные ассоциации.

Основными возбудителями вирус-индуцированной одышки у детей являются респираторно-синцитиальный вирус — RSV, риновирусы С- и D-серотипов аденовирус — AdV, риновирус — HRV, человеческий метапневмовирус — HMPV, коронавирусы — HCoV-NL63, HCoV-229E, HCoV-OC43, бокавирус— Hb0V.

Кроме того, в развитии БОС у детей первых 3 лет жизни принимают участие хламидийная и микоплазменная инфекции, а цитомегаловирусная и герпетическая инфекции при персистирующем течении.

В последние годы, начиная с 2007-2009гг., когда были выделены серотипы С- и D риновируса (*Rhinovirus*), изучается их роль в формировании бронхообструкции у детей и формировании БА в последующем. Было показано, что перенесенный «атопиком» на первом году жизни риновирусный бронхит в 52% случаев приводит к формированию БА в раннем школьном возрасте. Наиболее высокая заболеваемость риновирусным бронхиолитом отмечается на первом году жизни и поражает детей, начиная с 4 месяцев, в то время как наиболее высокая заболеваемость РС-инфекцией наблюдается у детей с 6 месяцев жизни. К 1-2 годам большинство детей уже инфицированы РС-вирусом. Наблюдается реинфекция этим вирусом у школьников и подростков.

Вирусы парагриппа типа 3 тоже инфицируют детей в первые месяцы жизни, вызывая бронхиолиты и пневмонии у трети заболевших. Открытый недавно новый парамиксовирус, вызывающий ОРВИ – метапневмовирус – поражает чаще маленьких детей. Клиника сходна с заболеванием, вызываемым РС-вирусом. Среди госпитализированных в Финляндии детей метапневмовирус был выделен у каждого третьего ребенка, и в 21% случаев при пневмонии.

Больные с атопическими заболеваниями, или из группы высокого риска их развития, генетически предрасположены к персистирующему течению некоторых вирусных и атипичных (внутриклеточных) инфекций.

У детей старше 3 лет и подростков с острыми и рецидивирующими респираторными заболеваниями с клиникой бронхообструкции риновирус выявляется в 60% случаев, *Mycoplasma pneumoniae* – в 10-40%, а *Chlamydia pneumoniae* – в 27-58% наблюдений.

В генезе бронхиальной обструкции при ОРЗ основное значение имеет отёк слизистой оболочки, воспалительная инфильтрация и гиперсекреция, дистония бронхиальной стенки. В меньшей степени выражен механизм бронхоспазма, обусловленный повышенной чувствительностью рецепторов холинергического звена вегетативной нервной системы (первичная или вторичная гиперактивность), либо дисбалансом β -2-адренорецепторов

Все заболевания у детей, протекающие с синдромом бронхиальной обструкции, можно сгруппировать по доминирующему патогенетическому механизму:

1. Связь с аллергией: бронхиальная астма, аллергическая реакция на медикаменты, синдром Лёффлера.
2. Связь с инфекцией: ОРВИ, бронхит, острый обструктивный бронхит, бронхиолит, облитерирующий бронхиолит, рецидивирующий и хронический бронхит, бронхит при коклюше.
3. Связь с патологией периода новорожденности: синдром дыхательных расстройств, бронхолегочная дисплазия, аспирация околоплодных вод, мекония, трахеоэзофагальная фистула, грыжа пищевода
4. Связь с наследственными и врожденными заболеваниями: муковисцидоз, дефицит альфа-1-антитрипсина, легочный гемосидероз, первичная цилиарная дискинезия (синдром Картагенера), синдром Вильямса-Кэмпбелла, лобарная эмфизема, первичные иммунодефицитные состояния, врожденные пороки сердца и сосудов, гастроэзофагальный рефлюкс
5. Связь с другими заболеваниями: инородные тела дыхательных путей, опухоли, интерстициальные заболевания легких

Заключение

Бронхообструктивный синдром у детей раннего возраста гетерогенен и возникает как при бронхиальной астме, так и при другой патологии и индивидуальных особенностях реактивности, что требует динамического наблюдения для верификации диагноза. В повседневной практической деятельности педиатр должен иметь в виду, что у каждого ребенка с эпизодами бронхиальной обструкции в раннем возрасте необходимо выяснить основные патогенетические механизмы для оказания эффективной медицинской помощи.

Список использованной литературы

1. Бронхообструктивный синдром у детей. Учебное пособие для врачей-интернов, клинических ординаторов, врачей-педиатров. Барнаул, 2010. (Серошкин В.Н., Фёдоров А.В., Пономарёва И.А.)
2. Практическая пульмонология детского возраста: справочник / под ред. В.К. Таточенко. – 3-е изд. – М., 2006. – с. 24-25, 85.
3. Зайцева О.В. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста / под ред. Самсыгиной Г.А. – М., 2006. – с. 142-182.
4. Бронхиальная астма у детей: руководство для врачей / под ред. С.Ю. Каганова. – М.: Медицина, 1999. – с. 367
5. Kovacevic S., Nikolic S. Risk factors associated with wheezing illness in young children / Abs. 10 Congress ERS, 2000, P. 486.
6. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» – М., 2008. – 108 с.
7. Яковлев В.М., Нечаева Г.И. Кардиореспираторные синдромы при дисплазии соединительной ткани. – Омск: ОГМА, 1994.
8. Гавалов С.М., Зеленская В.В. Диморфогенез соединительной ткани и его влияние на течение некоторых хронических заболеваний у детей / Консилиум, 2000, №1, с. 27-32.
9. Нечаева Г.И., Викторова И.А., Друк И.В. с соавт. Дифференциальная диагностика хронической обструктивной болезни легких при дисплазии соединительной ткани. / Тезисы докладов X Национального конгресса по болезням органов дыхания. – М., 2000: 338, 1250.
10. Немцов В.И., Щемелина Т.И. Роль воспалительных изменений бронхов в развитии и клинической реализации их гиперчувствительности и гиперреактивности / Кн: Федосеев Г.Б. (ред.) механизмы воспаления бронхов и легких и противовоспалительная терапия. СПб., 1998, с. 141-156.
11. Скиба В.П. Трахеобронхиальная дискинезия (экспираторный пролапс мембранозной стенки трахеи и бронхов) / Пульмонология, 1996, №2, с. 54-57
12. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии: клиника, диагностика, лечение, диспансеризация / СПб., Невский диалект, 2000.
13. Суменко В.В. Недифференцированный синдром соединительнотканной дисплазии в популяции детей и подростков / Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Оренбург, 2000. – 40 с.
14. Гавалов С.М., Зеленская В.В. Особенности клинических проявлений и течения различных форм бронхолегочной патологии у детей с малыми формами дисплазии соединительной ткани / Педиатрия, 1999, №1, с. 49-52.
15. Демин В.Ф., Ключников С.О., Ключников М.А. Значение соединительнотканых дисплазий в патологии детского возраста / Вопросы современной педиатрии, 2005, т. 4, №1, с. 50-56.

16. Коровина О.В., Гаспарян Э.Г., Ласкин Г.М. Бронхообструктивный синдром как «маска» гипотиреоза / Тез. Докл. 6 нац. Конгресса по бол. орг. дых. – М., 1996. – №2144.
17. Котлуков В.К., Блохин Б.М., Румянцев А.Г., Делягин В.М., Мельникова М.А. Синдром бронхиальной обструкции у детей раннего возраста с респираторными инфекциями различной этиологии: особенности клинических проявлений и иммунного ответа / Педиатрия №3, 2006, с. 14-21.
18. Котлуков В.К., Бычков В.А., Кузьменко Л.Г., Блохин Б.М. Упорно рецидивирующая обструкция бронхов у часто болеющих детей раннего возраста без атопии / Педиатрия №5, 2006, с. 42-47.
19. Кухтинова Н.В. Респираторный хламидофиллез. Гл. 5 в кн. «Хламидиоз ↔ дисбиоз, интегральные взаимоотношения» / Под ред. Гавалова С.М. – Новосибирск, 2003. – с. 99-142.
20. Харламова Ф.С., Легкова Т.П., Фельдфикс Л.И., Гриненко Н.А., Чернова Е.В., Чувилов Г.Н., Учайкин В.Ф. Иммунокорректирующая и противовирусная терапия персистирующей герпетической инфекции у детей с рецидивирующим крупом и обструктивным бронхитом / Педиатрия №4, 2007, с. 73-78.
21. Муковисцидоз (Современные достижения и актуальные проблемы) / Под ред. Капанова Н.И., Каширской Н.Ю. – М., 2005. – 104 с.
22. Зайцева О.В. Бронхиальная астма у детей (факторы риска, принципы первичной и вторичной профилактики) / Дисс. докт. мед. наук. М., 2001. – с. 324.
23. Зайцева О.В. Бронхообструктивный синдром у детей / Педиатрия, 2005, № 4. – с. 94-104.
24. Мизерницкий Ю.Л. Бронхообструктивный синдром при ОРВИ у детей раннего возраста: дифференциальный диагноз в педиатрической практике / Пульмонология детского возраста: проблемы и решения : сборник материалов детского научно-практического пульмонологического центра Минздрава РФ. – М. : Иваново, 2002, вып. 2. – с. 102-109.
25. Шияев Р.Р., Копилова Е.Б., Смирнова Т.Л., Петрова О.А., Заводина А.И. Обструктивный бронхит у детей раннего возраста с перинатальным поражением ЦНС / Рос. педиатр. журнал, 2004, № 3. – с. 46-47.
26. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика / Научно-практическая программа Союза педиатров России. – М. : Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002. – с. 10-12, 30-31.
27. Куличенко Т.В., Климанская Е.В., Лукина О.Ф., Балыдина Г.Н. Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы у детей раннего возраста // Русский вестник перинатологии и педиатрии. 2000. Т. 45, № 6. С. 25–301.
28. Зайцева О.В. Бронхообструктивный синдром у детей. Вопросы патогенеза, диагностики и лечения: пособие для врачей / О.В. Зайцева. М., 2005. – 48 с.
29. Овсянников Д.Ю., Кузьменко Л.Г. с соавт. Роль инфекционных агентов в развитии бронхолегочной дисплазии и ее обострений / Детские инфекции, 2005, №2. – с. 19-23
30. Овсянников Д.Ю., Петрук Н.И., Кузьменко Л.Г. Бронхолегочная дисплазия у детей / Педиатрия, 2004, №1. – с. 91-94.
31. Богданова А.В., Старевская С.Е., Попов С.Д. Хроническая обструктивная болезнь легких у детей / Хроническая обструктивная патология легких у взрослых и детей : руководство / под ред. Кокосова А.Н. – СПб. : СпецЛит, 2004. – с. 263-284.
32. Бойцова Е.В. Облитерирующий бронхиолит у детей / Хроническая обструктивная патология легких у взрослых и детей : руководство / под ред. Кокосова А.Н. – СПб. : СпецЛит, 2004. – с. 285-302.
33. Бойцова Е.В. Новые методы диагностики хронического бронхиолита у детей / Рос. вестник перинатологии и педиатрии, 2001, №3. – с. 36-40.

34. Лысенко А.Я., Константинова Т.Н., Авдюхина Т.И. Токсокароз : учебное пособие. – Российская медицинская академия последипломного образования. – М., 1996. – 40 с.
35. Туберкулез у детей и подростков : учебное пособие / под ред. Л.Б. Худзик, Е.Я. Потаповой, Е.Н. Александровой. – М., 2004. – с. 141-145, 223-224.
36. Руководство по фармакотерапии в педиатрии и детской хирургии под общей редакцией Царегородцева А.Д. и Таболина В.А./Т.1 «Фармакотерапия в педиатрической пульмонологии». – М.: Медпрактика-М, 2002. – 512 с.
37. Аллергология и иммунология: клинические рекомендации /под общей редакцией Баранова А.А., Хайтова Р.М. – М. : Союз педиатров России, 2008. – с. 132-136.
38. Орлов А.В., Симонова О.И., Рославцева Е.А, Шадрин Д.И. Муковисцидоз.- Спб.- 2014.-159с.
39. Bartlett J.G. (2001). Management of respiratory tract infection, 3rd Ed. Philadelphia (2001) 178–182pp.
40. Respiratory medicine\Paolo Palange, Anita Simonds. 1st. Ed -Hermes.-2010.-482p.
41. Иванова Н.А. Рецидивирующая обструкция бронхов и бронхиальная астма у детей первых пяти лет жизни. Рос. Вестн. Перинатол. и педиатр. 2016; 61: 5: 64–69. DOI: 10.21508/1027–4065–2016–61–5–64–69

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАТЯЖНОГО И ХРОНИЧЕСКОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ (ЛЕКЦИЯ)

Мизерницкий Юрий Леонидович¹, Мельникова Ирина Михайловна²

¹Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделения хронических воспалительных и аллергических болезней легких Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтищева Российского национального исследовательского медицинского университета ФГАОУ ВО им. Н.И. Пирогова Минздрава России, e-mail: yulmiz@mail.ru ORCID: 0000-0002-0740-1718

²Доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой педиатрии №1 ФГБОУ ВО Ярославского государственного медицинского университета Минздрава России, e-mail: imyar@mail.ru ORCID: 0000-0002-3621-8875

Кашель входит в пятерку основных поводов для обращения пациентов за медицинской помощью, а лекарства «от кашля» являются едва ли не самыми широко назначаемыми [1-6]. Длительный (более 4-х недель) кашель – причина весомых финансовых затрат на медицинское обслуживание и неспецифическое лечение, которое в большинстве случаев мало эффективно. В начале 2021г. количество цитирований «cough» (перевод с англ. «кашель») в системе PubMed составило более 64000.

Диагностический поиск при кашле, особенно в детском возрасте, нередко представляет трудности, т.к. среди его причин, наряду с респираторными, может выступать множество внелегочных заболеваний, что значительно усложняет диагностику, особенно на поликлиническом этапе. В помощь практическому врачу многими международными и национальными респираторными обществами, в частности, в Европе (ERS), США (ACCP), Великобритании (BTS), Австралии (CICADA), Австрии, Бельгии, Бразилии, Германии, Китае, Южной Корее, Японии и других странах разработаны специальные клинические рекомендации по ведению пациентов с кашлем [7]. Безусловно, необходимы дальнейшие исследования в этом направлении, чтобы улучшить доказательную базу для совершенствования созданных и разработки клинических рекомендаций, адресованных широкой врачебной аудитории, включая врачей-педиатров первичного звена. Проект таких

клинических рекомендаций был разработан и нами по поручению Российского педиатрического респираторного общества [1,8].

Кашель – это рефлекторный защитный акт, заключающийся в толчкообразном форсированном выдохе при мгновенном открытии замкнутой голосовой щели в результате предварительного резкого повышения внутригрудного давления и сопровождающийся характерным звуком. Ключевая роль рефлекса состоит в очищении и восстановлении проходимости дыхательных путей. Это безусловный рефлекс с элементами сознательного контроля.

Кашель – сложный механизм, в работе которого принимают участие множество систем организма: нервная, иммунная, эндокринная и собственно дыхательная. Нарушение в работе хотя бы одной из них влечет за собой каскад изменений, приводящий к патологическому кашлю. Поэтому детальная оценка кашля наряду с уточнением анамнестических данных и результатов клинического обследования позволяют установить верный диагноз у 98-100% пациентов, при этом эффективная терапия может быть проведена более чем у 80% из них [5].

Международный классификатор болезней 10 пересмотра относит кашель к рубрикам: R05 – кашель, R04.2 – кашель с кровью, F45.3 – психогенный кашель. Однако единой общепринятой классификации кашля пока не существует. Как правило, его классифицируют по отдельным клиническим параметрам, помогающим установить диагноз.

При оценке кашля необходимо обращать внимание на его особенности: частоту; количество кашлевых толчков; ритм; тембр; звучность; характер; интенсивность; периодичность; болезненность; продуктивность; характер мокроты; время появления; положение тела в момент кашля; продолжительность в течение дня; длительность; наличие факторов, провоцирующих кашель; присутствие других симптомов [1,9,10].

Неэффективный кашель - это кашель, не выполняющий в достаточной мере свою дренажную функцию, что может способствовать скоплению слизи в бронхах, активизации бактериальной инфекции, ухудшению бронхиальной проходимости, развитию ателектазов.

При наличии мокроты следует оценить ее объем, характер (слизистая, гнойная, стекловидная и др.), запах, цвет, наличие крови, патологических примесей, а также результаты лабораторных исследований бронхиального секрета (микробиологических, цитологических, биохимических и др.), что может быть принципиально важным для уточнения диагноза [1,11].

При дифференциальной диагностике заболеваний, сопровождающихся кашлем, очень важно различать его временные характеристики. Кашель длительностью менее 4-х недель следует считать *острым*, от 4 до 8 недель - *затяжным*, а более 8 недель – *хроническим*.

Острый кашель - недавно остро начавшийся кашель, сохраняющийся до 3 недель. В течение 3-4 недель устраняются наиболее простые и частые инфекционные причины кашля.

Хронический кашель нацеливает на дополнительное углубленное обследование детей для выявления возможной хронической патологии.

Затяжной кашель предусматривает промежуточный период активного наблюдения 4-8 недель (так называемая «серая» зона, чтобы определиться с необходимостью углублённого обследования).

При наличии кашля следует обращать внимание на клинические симптомы, синдромы, анамнестические данные (т.наз. «тревожные признаки»), тщательный анализ которых нередко позволяет распознать его причину. К таким «тревожным признакам» относят [1,12-14]:

- начало в периоде новорожденности, в грудном возрасте;
- одышка, особенно в покое или в ночное время, цианоз;
- внезапное начало кашля;

- продолжительный неослабевающий или нарастающий кашель (прогрессирующий кашель);
- повторные эпизоды хронического влажного кашля, отделение гнойной мокроты; кровохарканье;
- лихорадка, нарушение самочувствия, потливость, снижение массы тела, замедление роста;
- трудности при приеме пищи (затруднение глотания, поперхивание, сопровождающиеся кашлем и рвотой);
- повторные пневмонии (особенно одной локализации);
- стридор и другие респираторные шумы;
- патологические клинические респираторные симптомы при осмотре;
- патологические изменения при лабораторных, рентгенологических и других инструментальных методах обследования.

Нередко встречается кашель без каких-либо других явных клинических симптомов, который в ряде публикаций обозначается как изолированный (неспецифический) кашель. При этом углубленный диагностический поиск может выявить скрытый бронхообструктивный синдром (кашлевой вариант бронхиальной астмы), постинфекционный кашель, другую патологию [3].

Сильный кашель нередко бывает причиной серьезных осложнений, таких как эмфизема, пневмоторакс, нарушения ритма сердца, обморочный синдром, формирование диафрагмальной грыжи, недержание мочи, перелом ребер и др. [2,10].

Как правило, *острый кашель* – имеет благоприятное течение и самоизлечивающееся состояние. Наиболее частой причиной острого кашля являются ОРВИ верхних (острый ринит, синусит, аденоидит, фарингит, тонзиллит, ларингит) и нижних дыхательных путей (острый трахеит, бронхолит, простой бронхит, обструктивный бронхит, пневмония). В начале ОРВИ кашель, как правило, сухой, но в последующем он спонтанно или под влиянием терапии, стимулирующей секрецию, сменяется влажным, что уже само по себе приносит облегчение ребенку. У большинства детей кашель проходит за 14 дней, однако, в некоторых случаях кашель сохраняется в течение 3-4 недель.

Если кашель не уменьшается в течение третьей недели, усиливается по частоте и интенсивности («неуклонно прогрессирующий кашель»), имеются другиестораживающие симптомы (продолжительная лихорадка, одышка) рекомендуется более раннее обследование [14].

Детям с неожиданно появившимся и резистентным к терапии кашлем, для исключения аспирации в дыхательные пути инородных тел должна быть проведена экстренная бронхоскопия [15-17].

Частота повторных эпизодов острых респираторных вирусных инфекций, сопровождающихся кашлем, является основанием для дальнейших исследований по определению механизмов кашлевой гиперчувствительности, эффективного подбора рационального лечения [18].

Большинство заболеваний, сопровождающихся *затяжным кашлем* (от 4 до 8 недель), связаны с острыми вирусными и коклюшеподобными инфекциями. В связи с этим следует провести наблюдение (длительностью до 8 недель) для того, чтобы решить, показаны ли дальнейшие углубленные исследования.

Если кашель уменьшается, и ребенок в целом чувствует себя хорошо, то дальнейшее обследование может не понадобиться, однако рекомендуется продолжить наблюдение за пациентом в течение 6-8 недель, чтобы убедиться, что кашель полностью исчез. Если же кашель прогрессирует или есть подозрения на хронические заболевания легких, аспирацию инородного тела и т.д., то рекомендуется обследование до указанного срока.

Рядом исследований доказана роль инфекции в формировании неспецифической гиперреактивности бронхов после перенесенных острых заболеваний нижних дыхательных путей и, как следствие, постинфекционного кашля [19-20]. Постинфекционный кашель

чаще сухой или с небольшим количеством слизистой мокроты, длительностью до 8 недель. При этом патологические изменения на рентгенограмме органов грудной клетки не определяются, а показатели функции внешнего дыхания легких могут оставаться в пределах должных величин. Для исключения других причин затяжного кашля может потребоваться период наблюдения с регулярной оценкой симптомов [3]. Однако самопроизвольное разрешение кашля в течение 8 недель от начала острого респираторного заболевания подтверждает его постинфекционный генез.

У части больных причиной длительного кашля может быть латентно персистирующий инфекционный процесс, а также коклюш, клиническая картина которого может быть стертой, особенно у вакцинированных лиц, а также пациентов, получающих антибактериальную терапию [21-23]. Согласно проведенному нами обследованию в поликлинических и стационарных условиях 109 детей с затяжным кашлем (от 4 до 8 недель) в возрасте от 2 до 17 лет в клинической структуре преобладали заболевания инфекционного генеза (острые или обострение хронических заболеваний ЛОР-органов; ОРИ нижних дыхательных путей; постинфекционный кашель) [24]. В данной группе почти у 1/3 детей (у 29%) были диагностированы аллергические заболевания респираторного тракта, из них у 21% пациентов выявлена бронхиальная астма легкой степени, у 8% - аллергический ринит в периоде обострения.

Нередко длительный кашель более 4 недель является следствием перенесенного острого или обострения хронического заболевания ЛОР-органов, или так называемого «синдрома постназального затекания слизи» [25]. Его причиной может быть острый и хронический ринит (аллергический, вазомоторный, медикаментозный), риносинусит, носовые полипы и др. Частота встречаемости данной причины длительного кашля варьирует от 18,6% до 30%. При этом характерен ночной или утренний после сна кашель, затруднение носового дыхания, наличие выделений из носовых ходов, стекание слизи по задней стенке глотки, а также ее зернистость [4].

Перечень заболеваний и патологических состояний, которые требуют диагностики при *хроническом кашле* в детском возрасте, чрезвычайно широк. Хронический кашель характерен для хронических заболеваний легких, причем его степень выраженности, свойства, специфичность обусловлены генезом патологии (инфекционный, аллергический, врожденный, наследственный и др.). Поэтому при длительном кашле у ребенка более 8 недель необходимы тщательный анализ анамнестических данных, комплексная оценка всех клинических симптомов, особенно тревожных [14].

Бронхиальная астма (БА) является одной из ведущих причин затяжного и хронического кашля. При этом следует помнить, что хронический сухой или малопродуктивный кашель с трудноотделяемой, вязкой мокротой слизистого характера, может быть на начальных стадиях изолированным ее проявлением [1,26,27]. Кашлевой вариант БА характеризуется небольшой вариабельностью бронхиальной обструкции (или ее полным отсутствием) и отрицательной пробой с бронхолитиком, хотя бронхиальная гиперреактивность может быть подтверждена в бронхопровокационном тесте с метахолином, физической нагрузкой. При этом варианте БА, особенно у детей раннего возраста, положительный эффект от эмпирического назначения ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) на срок от 2 до 4 недель будет определяюще важным для подтверждения диагноза БА [1,4,5].

При хроническом кашле с гнойной мокротой необходимо исключить хронические инфекционно-воспалительные заболевания легких, как приобретенные, так и формирующиеся на основе врожденной и наследственной патологии (облитерирующий бронхолит, гипоплазия, муковисцидоз и др.) [28-31].

Причиной затяжного и, порой, хронического кашля может быть своевременно не диагностированная аспирация в дыхательные пути инородного тела. Несмотря на типичную картину и анамнестические данные, до сих пор ранняя диагностика этого состояния на практике вызывает затруднения [32]. В ходе исследования, проведенного В.П.

Сорогиним и соавторами (2013) выявлено, что только у 32% детей раннего возраста инородные тела выявлялись в первые сутки. У большей части пациентов (51,6%) они были выявлены в срок позднее месяца и основным симптомом у этой группы детей был кашель [16]. Возникновение кашля при смене положения тела может быть связано с передвигающимся в дыхательных путях инородным телом – так называемое баллотирующее инородное тело. Аспирация инородного тела может симулировать клиническую картину бронхиальной астмы, что очень важно при проведении дифференциального диагноза [15]. Отмечено, что при продвижении инородного тела в более мелкие бронхи кашель может прекратиться [17]. Следует иметь в виду, что отсутствие изменений на рентгенограмме легких не может полностью исключить данную патологию, т.к. инородные тела органического происхождения рентгенологически не определяются.

Еще одной причиной кашля может быть гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). К особенностям кашля при ГЭРБ относят: связь с приемом определенных продуктов, со сменой положения тела, отсутствие в ночное время, возникновение после приема пищи. Однако роль ГЭРБ в развитии затяжного и хронического кашля у детей до настоящего времени дискуссионна [33]. Существует мнение, что повышение внутрибрюшного давления во время кашля может способствовать забросу желудочного содержимого в пищевод, тем самым кашель будет скорее причиной гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), чем следствием, что требует дальнейшего изучения. Рядом авторов проведены убедительные исследования, в которых установлена роль ГЭР не только как триггера в патогенезе БА у детей, но и как фактора, отягощающего ее течение [34]. Возможно проведение диагностики на основании результатов эмпирического лечения ГЭРБ у больных со следующими признаками: 1) кашель, возникающий во время или после приема пищи; 2) типичные симптомы ГЭР (изжога, отрыжка кислым, наличие боли в эпигастральной области у детей старшего возраста; срыгивания, дистоническое положение шеи у детей грудного возраста) [34]. Несмотря на все дискуссии, успех эмпирической терапии ГЭРБ может подтвердить ее роль в генезе затяжного/ хронического кашля у ребенка [35].

Менее распространенной, но не менее значимой причиной хронического кашля является туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (наиболее распространенная локальная форма первичного туберкулеза у детей), для которого характерен битональный, коклюшеподобный кашель, чаще в ночное время, осиплость голоса, признаки хронической интоксикации и соответствующие изменения на рентгенограмме легких [28].

Психогенный кашель представляет собой диагноз исключения. Он чаще наблюдается у детей старше 5 лет (3-10% от общего числа детей с хроническим кашлем), с преобладанием в подростковом возрасте у девочек, может сопровождаться гипервентиляцией [36]. Возникновение психогенного кашля чаще всего происходит на фоне неблагоприятной обстановки в семье; стрессов, связанных с потерей близких, посещением детского сада, школы; школьных экзаменов; конфликтов со сверстниками и др. Среди прочих причин можно отметить увлечение детей фильмами ужасов и компьютерными играми. Нередко до установления причины кашля пациенты длительно и безуспешно получают неадекватную фармакотерапию [1]. Психогенный кашель, как правило, сухой, резкий, необычный, с металлическим оттенком, часто его описывают как звук, издаваемый лающей собакой, автомобильной сиреной, крик диких гусей. Реже встречается громкий демонстративный кашель с нарочитым выделением мокроты как эквивалент истерической реакции. С учетом многообразия клинических проявлений психогенного кашля, требуется проведение тщательного углубленного обследования с привлечением врачей-специалистов (невролог, психиатр), а иногда и назначение пробного лечения.

Звуковые феномены при некоторых неврологических заболеваниях, в частности синдроме Туретта, также могут напоминать кашель.

Среди причин длительного кашля могут быть и такие редкие заболевания, как первичные иммунодефициты, заболевания сердечно-сосудистой системы, гельминтозы, эктопия слюнной железы в область языка, гиперсаливация, онкогематологические заболевания и др. [37]. Кроме того, хронический кашель может явиться побочным эффектом от приема некоторых лекарственных средств (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента) [35,38].

Имеются данные о том, что у 25% пациентов с затяжным и хроническим кашлем диагностируют два и более заболевания, каждое из которых может обусловить появление или усугубить течение этого симптома [39].

Следует отметить, что воздействие аэрополлютантов (табачного дыма, техногенных выбросов, смога и др.) повышает восприимчивость дыхательной системы к инфекционным агентам, аллергенам, усиливает кашель и увеличивает его длительность. Согласно результатам различных исследований, пассивное курение в детском возрасте оказывает влияние на течение многих заболеваний, в том числе бронхолегочной патологии, приводя к развитию бронхиальной гиперреактивности [1].

Хроническому течению кашля, его упорно рецидивирующему характеру способствуют: неблагоприятные условия проживания (высокая антигенная нагрузка, скученность и др.); частые острые респираторные заболевания; наличие коморбидной патологии; отсутствие или недостаточная эффективность этиопатогенетической, базисной терапии; низкий комплаенс с пациентом и его родителями [24,40].

Ввиду вариабельности клинических характеристик затяжного и хронического кашля всем детям должна проводиться углубленная дифференциальная диагностика с использованием диагностических алгоритмов [41].

Анализ патогенетических механизмов, клинических и функциональных особенностей затяжного и хронического кашля в большой группе пациентов 2–17 лет позволил нам (с учетом результатов катамнеза) усовершенствовать алгоритмы его дифференциальной диагностики для своевременного определения направлений дифференцированного лечения (рис. 1, 2) [7,24].

Всем пациентам с затяжным и хроническим кашлем наряду с проведением общеклинического лабораторно-инструментального обследования (общий анализ крови; анализ кала на гельминты, простейшие и др.) показана рентгенография органов грудной клетки. По показаниям - определение уровня общего и специфических IgE в крови; оценка функционального состояния органов дыхания; консультации специалистов (пульмонолога, аллерголога, оториноларинголога, гастроэнтеролога, фтизиатра и др.). При диагностических затруднениях показано обследование в условиях диагностического центра или специализированного отделения стационара (аллергологического, пульмонологического и др.).

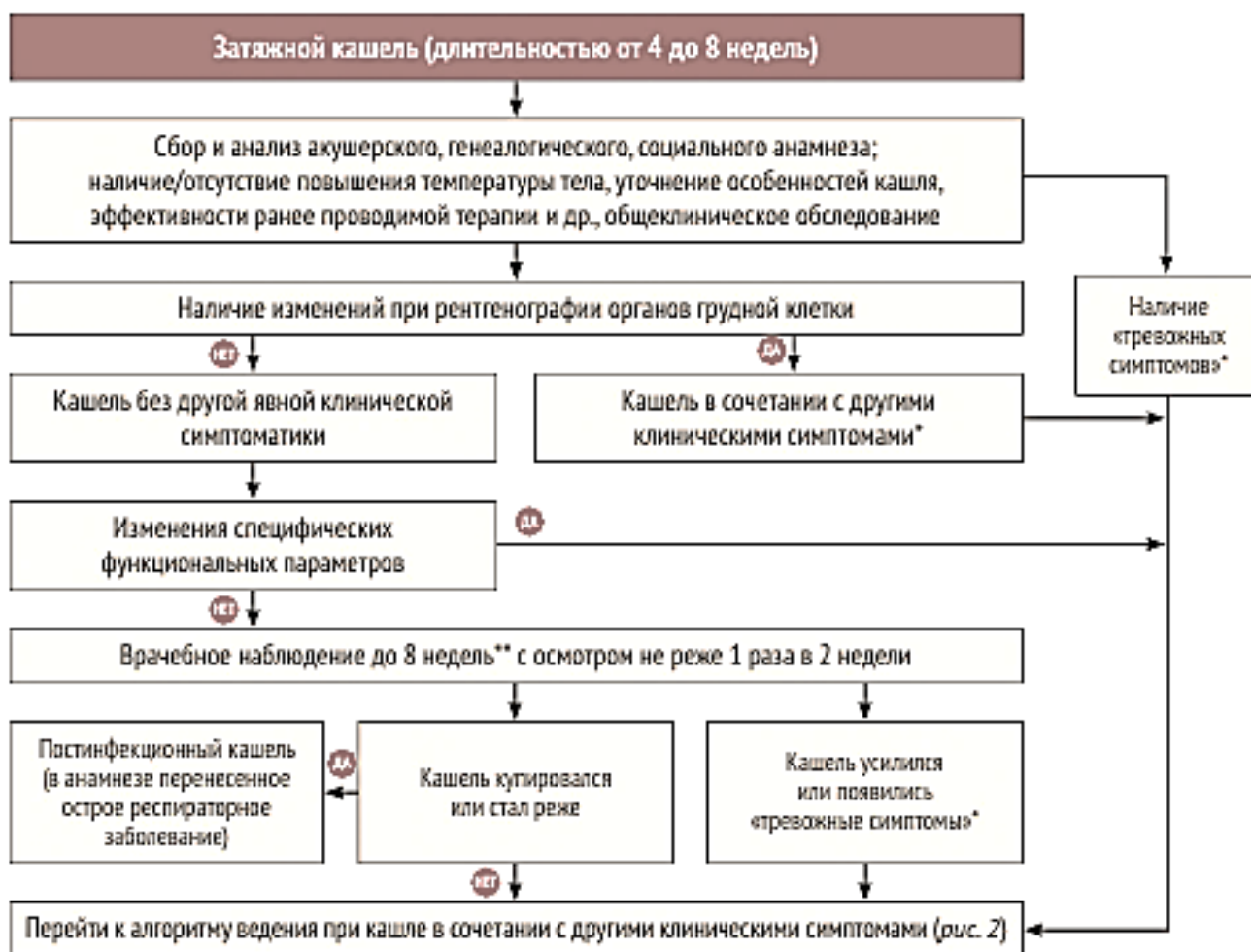


Рисунок 1. Алгоритм дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающихся затяжным кашлем без других явных клинических симптомов у детей. *тревожные симптомы (см.выше)

**При наличии данных за коклюшную, микоплазменную, хламидийную инфекцию – назначение этиотропной и симптоматической терапии, при необходимости госпитализация в специализированное отделение для дальнейшего лечения.

На основании выявленных клинических и функциональных особенностей у детей с затяжным и хроническим кашлем нами были разработаны научно обоснованные алгоритмы дифференциальной диагностики при затяжном и хроническом кашле у детей от 2 до 17 лет (рис. 1,2).

При затяжном кашле с отсутствием «тревожных симптомов», явной клинической симптоматики требуется период наблюдения (до 8 нед,) для того, чтобы решить вопрос о необходимости обследования. В случае если кашель сохраняется или усиливается, выявляются те или иные «тревожные симптомы», то углубленное обследование пациента углубленное обследование пациента может потребоваться и раньше указанного срока (рис. 2).

Для своевременной диагностики кашлевого варианта БА у детей с затяжным или хроническим кашлем без другой явной клинической симптоматики наряду с углубленным клиническим обследованием, при наличии соответствующих медицинских ресурсов может быть показано дополнительное исследование специальных функциональных и иных показателей [24,43].

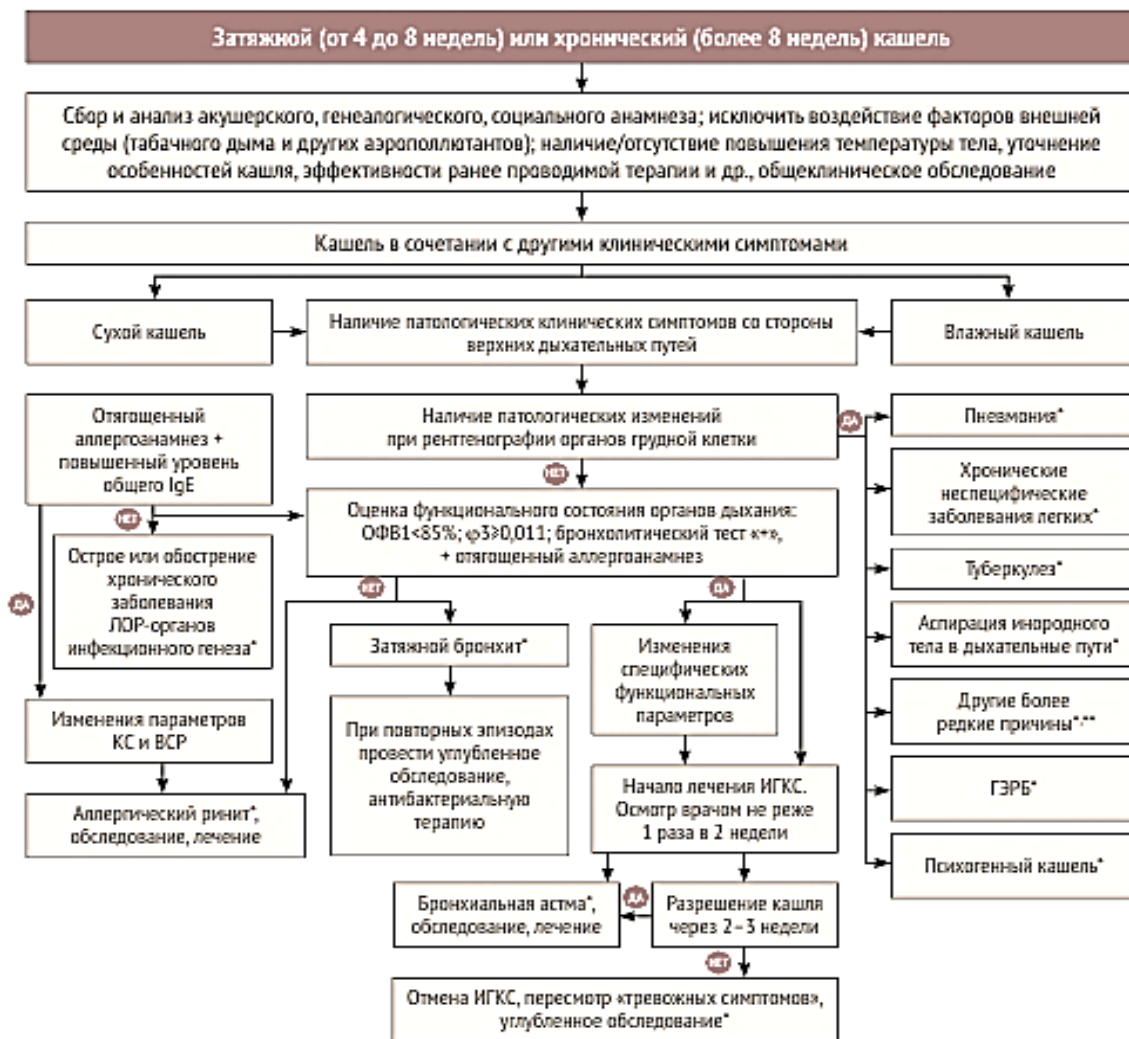


Рисунок 2. Алгоритм дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающихся затяжным и хроническим кашлем в сочетании с явной клинической симптоматикой у детей.

* При необходимости консультации специалистов (пульмонолога, аллерголога, оториноларинголога, гастроэнтеролога, фтизиатра и др.), обследование и лечение в условиях диагностического центра или специализированного отделения.

** Кашель вследствие гиперсаливации, хронической сердечно-сосудистой патологии и др.

При кашле длительностью более 4 недель в сочетании с другими клиническими симптомами и патологическими изменениями при рентгенографии органов грудной клетки необходимо дифференцировать пневмонию; хронические инфекционно-воспалительные заболевания легких; туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, аспирацию в дыхательные пути инородного тела и т.д. (рис. 2).

При отсутствии изменений на рентгенограмме органов грудной клетки детям с затяжным и хроническим кашлем, в сочетании с другими патологическими симптомами со стороны респираторного тракта показано исследование функциональных параметров дыхательной системы: пациентам до 7 лет - при помощи компьютерной бронхофонографии, с 7 лет – также и компьютерной спирометрии [44].

При признаках обратимой бронхиальной обструкции по результатам осмотра и оценки функциональных параметров дыхательной системы (ОФВ1<85%; коэффициент акустического компонента работы дыхания в высокочастотном диапазоне ($\phi 3$) $\geq 0,011$ усл. ед.; положит. бронхолитический тест) в совокупности с отягощенным аллергологическим анамнезом и изменением соответствующих показателей возможно предположить диагноз

БА. При отсутствии медицинских ресурсов для дальнейшего обследования, врачебной комиссией с обязательным участием аллерголога и/или пульмонолога может быть эмпирически назначено лечение (ингаляционные глюкокортикостероиды на 3 мес и более) с контролем и переоценкой симптомов каждые 2 недели. Положительный эффект от лечения будет являться подтверждением аллергического заболевания. При неэффективности терапии следует провести углубленное обследование [1,24].

Сочетание клинических признаков ОРИ нижних дыхательных путей с нормальными значениями функциональных параметров дыхательной системы у ребенка с кашлем более 4 недель может свидетельствовать о затяжном течении бактериального бронхита. В данном случае при соответствующих изменениях лабораторных показателей будет показан курс антибактериальной терапии. При ее неэффективности, а также при повторных эпизодах бронхита пациенту необходимо провести углубленное обследование.

При исключении наиболее частых причин затяжного и хронического кашля необходим пересмотр клинических симптомов, выявление «тревожных симптомов». А при их отсутствии следует продолжить диагностический поиск среди менее распространенных и редких заболеваний, таких как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, психогенный кашель и др. (рис.2). В случаях частичного улучшения на фоне назначенного лечения необходимы диагностика и последующая терапия кашля вследствие иных причин.

Таким образом, нами суммированы основные причины и приведены клинические особенности кашля при различных заболеваниях. Несомненно, врачи всегда должны работать над определением четкого диагноза, учитывая распространенные и редкие заболевания. Разработанные и предложенные нами научно обоснованные алгоритмы дифференциального диагноза при заболеваниях, сопровождающихся затяжным и хроническим кашлем в детском возрасте, позволяют своевременно определить его причины и целенаправленную патогенетическую терапию заболевания, вызвавшего кашель.

Список использованной литературы

1. Мизерницкий Ю.Л., Мельникова И.М. Кашель и его терапия у детей. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2020, 244 с. ISBN 978-5-98803-437-7
2. Чучалин А.Г., Абросимов В.Н. Кашель. 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 152 с.
3. Chang AB, Oppenheimer JJ, Rubin BK, Weinberger M, Irwin RS; CHEST Expert Cough Panel. Chronic Cough Related to Acute Viral Bronchiolitis in Children: CHEST Expert Panel Report. *Chest*. 2018;154(2):378-382. doi:10.1016/j.chest.2018.04.019
4. Usta G.B., Asilsoy S., Durmaz C. The assessment and management of chronic cough in children according to the British Thoracic Society guidelines: descriptive, prospective, clinical trial. // *Clin. Respir. J.* 2014; 8 (3): 330-337.
5. Morice A.H., Fontana G.A., Belvisi M.G., et al. ERS guidelines on the assessment of cough. // *Eur. Respir. J.* 2007; 29 (6): 1256-1276.
6. Мизерницкий Ю.Л., Мельникова И.М. Муколитическая и отхаркивающая фармакотерапия при заболеваниях легких у детей. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2013, 120 с. ISBN 978-5-98803-300-4
7. Мизерницкий Ю.Л., Мельникова И.М. Затяжной и длительный кашель у детей: алгоритмы дифференциальной диагностики и дифференцированной терапии // *Медицинский Совет*; 2019; 17: 58-75. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-17-58-75>
8. Мизерницкий Ю.Л., Мельникова И.М., Удальцова Е.В. Дифференциальная диагностика затяжного и длительного кашля у детей. // *Consilium medicum (Болезни органов дыхания)*, 2017; 19 (11.1): 7-16.

9. Лебеденко А.А. Кашель у детей. Единство теории и практики. Ростов-на-Дону: ООО «Медиа-Полис», 2014. – 208с;
10. Синопальников А.И., Клячкина И.Л. Кашель. М.: ООО «Медицинское информационное агенство». 2013. 168с.
11. Жаков Я.И., Мизерницкий Ю.Л., Минина Е.Е., Рыбакова О.Г. Клиническое значение исследования цитоиммунологических показателей индуцированной мокроты при бронхиальной астме у детей в возрасте до 5 лет. // *Вопр. практ. пед.* 2010; 5 (1): 8-12.
12. Gibson P, Wang G, McGarvey L et al. Treatment of Unexplained Chronic Cough: CHEST Guideline and Expert Panel Report. // *Chest*, 2016; 149(1): 27-44.
13. Chin K.R., Jung J.Y., Lee S.W. et al. The Korean Cough Guideline: Recommendation and Summary Statement. // *Tuberc. Respir. Dis. (Seoul)*. 2016; 79(1): 14-21.
14. Shields MD, Bush A, Everard ML et al. Recommendations for the assessment and management of cough in children. // *Thorax* 2008; 63(Suppl III): iii 1-15.)
15. Мизерницкий Ю.Л. Инородное тело бронха, симулирующее бронхиальную астму. // *Пульмонология детского возраста: проблемы и решения.* // М.: Медпрактика-М, 2010; Вып.10: 170-174.
16. Сорогин В.П., Кузнецова Н.Е., Ефремова И.В. Инородные тела дыхательных путей у детей раннего возраста: особенности клиники в зависимости от преморбидного фона. // *Пульмонология детского возраста: проблемы и решения.* – М.: Медпрактика-М, 2013; Вып.13: 39-44.
17. Таточенко В.К. Дифференциальная диагностика кашля у детей и его лечение. // *Лечащий врач.* 2008; 3. 15-19.
18. Morice A., Kardos P. Comprehensive evidence-based review on European antitussives. // *BMJ Open Respir Res.*, 2016; 3(1): e000137
19. Мизерницкий Ю.Л., Цыпленкова С.Э. Бронхиальная гиперреактивность. / В кн: *Функциональные состояния и заболевания в педиатрии* /под ред. А.Д.Царегородцева, В.В.Длина. - М: Оверлей, 2011; Гл.17: 332-353
20. Ishida T., Yokoyama T., Iwasaku M. et al. Clinical investigation of postinfectious cough among adult patients with prolonged cough. // *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi.* 2010; 48(3): 179-185.
21. Казачков М. Этиология и дифференциальный диагноз хронического кашля у детей. // *Рос. вестн. перинат. и педиатрии.* 2013; 58(3): 54-61.
22. Волков К.С., Нисевич Л.Л., Намазова-Баранова Л.С. и др. Кашель у детей: особенности диагностики и подходы к терапии. // *Вопр. совр. педиатрии.* 2013; 1: 88-92.
23. Li W, Ban C, Zhang J, Hu Y, Han B, Han B. Correlation study of cough variant asthma and mycoplasma pneumonia infection in children. // *Pak J Pharm Sci.* 2017; 30(3(Special)): 1099-1102.
24. Мельникова И.М., Удальцова Е.В., Мизерницкий Ю.Л. Алгоритмы дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающихся затяжным и хроническим кашлем у детей. // *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского* 2018; 97: 2: 8-18. doi: 10.24110/0031-403X-2018-97-2-8-18
25. Cash H, Trosman S, Abelson T, Yellon R, Anne S. Chronic Cough in Children. // *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015;141(5):417–423. doi:10.1001/jamaoto.2015.0257
26. Karabel M., Kelekçi S., Karabel D., Gürkan M.F. The evaluation of children with prolonged cough accompanied by American College of Chest Physicians guidelines. // *Clin. Respir. J.* 2014; 8(2): 152-159.
27. Lu Q. Clinical Research Coordination Group of the Causes Constituents Ratio of Chronic Cough in Chinese Children. // *Zhonghua Er Ke Za Zhi.* 2012; 50(2): 83-92.

28. Хронические заболевания легких у детей. / под ред. Н.Н. Розиновой, Ю.Л. Мизерницкого. М: «Практика», 2011. – 224 с.
29. Муковисцидоз / под ред. Н.И.Капранова, Н.Ю.Каширской. – М: Медпрактика-М, 2014. – 672 с.
30. Богорад А.Е., Дьякова С.Э., Мизерницкий Ю.Л. Первичная цилиарная дискинезия: современные подходы к диагностике и терапии. //Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. 2019; 64(5): 123-133. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2019-64-5-123-133>
31. Розина Н.Н., Мизерницкий Ю.Л. Орфаные заболевания легких у детей. М.: ИД «Медпрактика-М», 2015. - 240 с. ISBN 978-5-98803-347-9
32. Переновска П. Инородные тела дыхательных путей у детей. // Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. 2018; Вып.18: 28-33.
33. de Benedictis FM, Bush A. Respiratory manifestations of gastro-oesophageal reflux in children. Arch Dis Child. 2018; 103(3): 292-296. doi:10.1136/archdischild-2017-312890
34. Каган Ю.М., Мизерницкий Ю.Л., Хавкин А.И. Влияние гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на течение бронхиальной астмы у детей. //Аллергология, 2006; 1: 29-32.
35. Asthma Workgroup, Chinese Society, Respiratory, Diseases (CSR), Chinese Medical, Association. The Chinese national guidelines on diagnosis and management of cough (December 2010). // Chin Med J (Engl). 2011; 124(20): 3207-3219.
36. Удальцова Е.В., Мельникова И.М., Мизерницкий Ю.Л., Григорьева Е.А. Клинические аспекты затяжного и хронического кашля психогенного генеза у детей. // Уральский медицинский журнал, 2017; 5(149): 40-44.
37. Ilarslan NEC, Gunay F, Haskologlu ZS, Bal SK, Tezcaner ZC et al. Evaluation of children with chronic cough including obstructive sleep apnea: a single-center experience. //Eur J Pediatr. 2019; 178(2): 189-197. doi: 10.1007/s00431-018-3276-x.
38. Гришило А.П. Проблема кашля в общетерапевтической практике. // Астма та алергія. 2014; 3: 52-59.
39. Никитин В.А., Васильева Л.В. Клинические варианты и рецепторно-рефлекторные механизмы кашля. // Туберкулез и болезни легких. 2016; 1: 4-9.
40. Геппе Н.А., Малахов А.Б., Зайцева О.В. и др. Спорные и нерешенные вопросы в терапии кашля у детей в амбулаторной практике. //Леч. врач. 2018; 3: 61-66.
41. O'Grady KF, Grimwood K, Torzillo PJ, Rablin S, Lovie-Toon Y, et al. Effectiveness of a chronic cough management algorithm at the transitional stage from acute to chronic cough in children: a multicenter, nested, single-blind, randomised controlled trial. //Lancet Child Adolesc Health. 2019; 3(12): 889-898. doi: 10.1016/S2352-4642(19)30327-X4.
42. Shields MD, Doherty GM. Chronic cough in children. //Paediatr Respir Rev. 2013; 14(2): 100-138. doi:10.1016/j.prrv.2012.05.002.
43. Мизерницкий Ю.Л., Мельникова И.М., Удальцова Е.В. Состояние капиллярного русла у детей с аллергическими заболеваниями респираторного тракта по данным компьютерной капилляроскопии ногтевого ложа. //Регионарное кровообращение и микроциркуляция. 2020; 19(2): 51-58. <https://doi.org/10.24884/1682-6655-2020-19-2-51-58>.
44. Мизерницкий Ю.Л., Цыпленкова С.Э., Мельникова И.М. Современные методы оценки функционального состояния бронхолегочной системы у детей. М.: ИД «Медпрактика-М», 2012. – 176 с.

ОПЫТ БЕЗАНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кузнецова Татьяна Анатольевна,
доктор медицинских наук, профессор

Черкасова Евгения Николаевна,

к.м.н., зав. отд. аллерго – пульмонологии Научно клинического медицинского
центра помощи матерям и детям им. З.И.Круглой (Дет. Обл. Клин. больница)

Сухорукова Диана Николаевна,
педиатр детской поликлиники №4 г. Орла

Актуальность: Развитие устойчивости к антибиотикам патогенов, вызывающих внебольничные инфекции, в значительной степени связано с нерациональным их использованием в педиатрической практике [1]. Особое значение имеет чрезмерное употребление антибиотиков (АБ) для лечения острых респираторных заболеваний (ОРЗ), в их числе острый тонзиллит (ОТ), острый бронхит (ОБ).

Цель исследования. Изучить существующую практику лечения детей с тонзиллитом, бронхиолитом и бронхитом в амбулаторных условиях; минимизировать назначения АБ. Оценить эффективность использования ингаляций 0,9% и 3% солевых растворов при бронхиолите и бронхите у детей в сравнении с существующей практикой их лечения.

Оптимизация лечения ОТ, ОБ в течение 3 лет наблюдения) проводилась двумя соавторами в качестве участковых педиатров (около 1000 детей на каждом участке) в двух поликлиниках г. Орла

По данным американских авторов, треть случаев обращения к педиатру по поводу ОРЗ, а по нашим данным – каждый 2-й случай, обусловлен ОТ, при котором использование АБ оправдано только при БГСА-этиологии. Однако, необоснованное использование АБ - в России в 85-100% всех случаев тонзиллита; В США - 53% [2] - отражает опасение некоторых педиатров пропустить случаи ОТ, вызванные бета-гемолитическим стрептококком группы А (GABHS) с вероятностью местного нагноения и такими осложнениями, как ревматизм, гломерулонефрит и др.

Этиология острых тонзиллитов

70 - 90% ВИРУСЫ <ul style="list-style-type: none">• Аденовирусы• Вирус Эпштейна-Барр• RS-вирус, риновирус• Энтеровирусы• Герпес 1,2 типа• Другие	10 - 30% БАКТЕРИИ <ul style="list-style-type: none">• <u><i>Streptococcus pyogenes</i> (БГСА)</u>• <i>Corynebacterium diphtheria</i>• <i>Mycoplasma pneumoniae</i>• <i>Chlamydia pneumoniae</i><ul style="list-style-type: none">• <i>Chlamydia psittaci</i>• <i>Arcanobacterium haemolyticum</i><ul style="list-style-type: none">• <i>Neisseria gonorrhoeae</i>• Симбиоз <i>B. fusiformis</i> и <i>Spirochacta buccalis</i><ul style="list-style-type: none">• Другие
--	---

Опрос педиатров об отношении к АБ показал, что следование традициям лечебного учреждения более характерно для педиатров со стажем работы менее 5 лет (93%) в связи с их относительной несамостоятельностью; для врачей со стажем более 15 лет (88%) такая

практика определяется стереотипом. Опасение выговоров за «недостаточно интенсивную терапию» без АБ определяло тактику лечения 93% врачей до 5-летнего стажа и 61% - при 5-10 летней практике. Частота этого мотива уменьшается до 7% с продолжительностью практики.

Респондентов спрашивали о симптомах ОТ, при которых ими назначались АБ. Педиатры любой стажировки считали ОТ бактериальным, если у пациентов были:

- гиперемированный зев с фолликулами, наложениями на миндалинах плюс $T 39^{\circ}\text{C}$ (практически все врачи);
- T выше $37,5^{\circ}\text{C}$ (более половины респондентов);
- ОТ с конъюнктивитом (около трети);
- ОТ с афтозным стоматитом (71% - 100% респондентов).

Единственная значимая разница зафиксирована относительно пациентов с субфебрилитетом в течение 1-2 дней: в больницах дети в два раза чаще получают АБ по этому поводу. Отмечены некоторые региональные отличия по конъюнктивиту, который считают признаком бактериальной инфекции 78% педиатров Архангельска и Дальнего Востока и только 7,5% - в Орловской области ($P = 0,001$).

Анкетирование матерей выявило, что из 107 опрошенных более 80%, вне зависимости от возраста и образовательного ценза, поводом к применению АБ являются наложения на миндалинах, а также катаральные симптомы (насморк, кашель, чихание) в сочетании с температурой выше 38°C . Однако, такие признаки, как отказ ребенка от еды, питья, отсутствие глазного контакта, вялость, сонливость, раздражительность только 8% матерей адекватно оценивают как критерий тяжести заболевания. То есть, если врач не назначает антибиотик при ОТ, его будет использовать мать в лечении ребенка самостоятельно.

Таким образом, какими бы не были мотивы, по которым педиатры не следуют рекомендациям, ограничивающим применение АБ, очевидно, что это обусловлено отсутствием удобного **экспресс-теста** на выявление БГСА.

С целью реализации алгоритма диагностики и лечения ОТ нами была апробирована экспресс-диагностика БГСА с помощью Streptatest, который мы применяли в течение 2 лет при наличии симптомов острого тонзилло-фарингита.

В наше исследование были включены дети, проживающие в условиях одного педиатрического участка детской поликлиники города Орла. Лечение и диагностика ОТ у детей проводилась на основании «Клинических рекомендаций по диагностике и лечению острого тонзиллита», предложенных Союзом педиатров России в 2016г. В результате данных, полученных с помощью Streptatest, рассчитана популяционная частота острого тонзиллита БГСА – этиологии (включая скарлатину): - за первый год исследования составила - 7,4 на 1000 детей в возрасте от 0 до 18 лет; - за второй год исследования - 7,3 на 1000 детей в возрасте от 0 до 18 лет.

Одним из этапов нашего исследования было определение диагностической значимости клинической шкалы W. McIsaac для выделения группы больных ОТ БГСА-этиологии. Анализ результатов выявил высокую чувствительность шкалы, которая составила более 90%, специфичность – только 22,2%.

Таким образом, в связи с низкой специфичностью клинической шкалы W.McIsaac данный метод диагностики нецелесообразно использовать в дифференциальной диагностике вирусного и БГСА-тонзиллита, однако высокая чувствительность шкалы позволила выделить группу детей, нуждающихся в дальнейшей экспресс-диагностике тонзиллита с помощью Streptatest.

Уточнение этиологического фактора ОТ определило тактику лечения. АБ назначались только пациентам с положительным тестом, родителям детей с отрицательным результатом на БГСА объяснялась адекватность использования только симптоматического лечения.

В качестве эрадикационной терапии БГСА назначался амоксициллин 50 мг/кг/сут, за исключением одного случая, когда из-за непереносимости этого АБ больному был

назначен цефалексин 50мг/кг/сут. Курс АБ-лечения во всех случаях составлял 10 дней; АБ терапия назначалась так же с учетом сопутствующей патологии: отитом, ИМВП.

Последующее катamnестическое наблюдение за детьми, перенесшими как вирусный, так и БГСА-тонзиллит в течение 2-х лет показало отсутствие рецидивов стрептококковой инфекции и возможные отдаленные осложнения перенесенного тонзиллита.

Таким образом, внедрение алгоритма диагностики и лечения острого тонзиллита у детей, в основе которого лежит использование Streptatest, позволило выявлять больных БГСА-тонзиллитом, обоснованно назначать АБ терапию только в 9% случаев ОТ и проводить полноценную эрадикацию БГСА. Экспресс-диагностика БГСА должна стать стандартным исследовательским инструментом участкового педиатра, позволяющим назначить адекватное лечение при БГСА-инфекции и избежать ненужной антибактериальной терапии основной массе больных ОТ при комплаенсе с родителями, разъяснении им возможности, в случае отрицательного теста, ограничиваться симптоматической терапией.

Другой частый повод обращения к педиатру (25-40% от всех визитов) и назначения антибиотиков (85-100%) - острые бронхиты. Визит к врачу ребенка с T° и кашлем в 72% случаев заканчивается назначением антибиотиков амбулаторно и до 100% в стационаре, в основном цефалоспоринов III поколения[3].

Нерациональное назначение АБ при бронхитах отмечается и в др. странах: в Нидерландах - АБ при назначаются в 40%, Польше -68% всех случаев бронхитов. Национальные клинические рекомендации ограничивают назначение антибиотиков при бронхитах случаями: микоплазмоза, хламидийной инфекции[4], сопутствующих бактериальных очагов (отит, тонзиллит, ИМП)[5].

Практика назначения АБ детям с бронхитом врачами

Изучение ситуации с бронхитами (выкопировка данных 1234 историй болезни) показало, что АБ будут назначены

- в стационаре – в 100%
- в амбулаторных условиях – в 86%.

Врачи указывают на следующие причины назначения АБ:

87 %- опасение бактериальных осложнений; с «профилактической целью» (то есть, для самозащиты - «быть в безопасности»);

- 42%- удовлетворяют ожидание родителей;
- 22%- приверженцы традициям (стереотипы) медицинского учреждения, из них 88% со стажем >15 лет ;
- 30 %- подвержены перестраховочным установкам (легче дать АБ, чем не дать), из них 93% педиатров <5 лет стажа

Отношение родителей к АБ

- Около половины матерей добавляли бы АБ к назначениям педиатра при $T > 38^{\circ} C$, кашле и свистящих хрипах; 1/3 матерей предпочитают самостоятельное лечение антибиотиками, если $T > 38^{\circ} C$;
- 70 % -матерей дают антибиотики, основываясь на предыдущих назначениях врача;
- 78 % - считают, что АБ ускоряют выздоровление.

Клинические рекомендации ВОЗ и Союза педиатров России не требуют обязательной госпитализации пациентов с острым бронхитом; лечение в домашних условиях ограничивается теплым питьём, муколитиками; при обструктивном бронхите – ингаляциями бронхолитиков.

В ряде отечественных и зарубежных исследований (США, Канада, Израиль) терапия при бронхитах ограничивается только туалетом носа, гидратацией и ингаляциями 3% солевым раствором[6].

Данных о применении этого метода при бронхите мы не нашли, что и послужило основанием для включения этого компонента в наше исследование, проведенное в детской поликлинике г.Орла. Для преодоления страха родителей перед отказом от АБ разъяснялись возможные побочные эффекты АБ (аллергия, астма, ожирение); матери обучались методам ингаляции и гидратации.

Тактика лечения бронхиолита:

Из 51 ребенка 11 с SaO₂ <93% и/или тяжелым диспноэ были госпитализированы. Все 40 детей, лечившихся амбулаторно, АБ не получали:

19 получали ингаляции **физ. раствором**,
21 - **3% раствором NaCl**.

Бактериальных осложнений не дал ни один ребенок, леченый без АБ, длительность температуры и общих нарушений (в днях) была такой же, как и у детей, получавших АБ, со смежного участка. У детей, получавших 3% раствор NaCl, быстрее ликвидировалось тахипноэ, хрипы и снижение сатурации, чем у получавших АБ;

у детей, получавших 0,9% солевые ингаляции, отмечалось лишь сокращение продолжительности одышки;

ингаляции бронхолитиков (дети со смежного участка) не имели статистически достоверных преимуществ по сравнению с ингаляциями солевых растворов по всем вышеуказанным параметрам.

Таким образом, мы показали, что по крайней мере 80% больных бронхиолитом могут лечиться дома без применения АБ;

Тактика лечения бронхита:

Из 202 эпизодов острого бронхита антибиотики были назначены:

7 детям со средним отитом

3 детям с ИМП;

7 школьникам - с инфекцией *M. pneumoniae* клинически – по быстрому эффекту макролидов. (подтверждена ПЦР у 5)

3 детей с обструктивным бронхитом госпитализированы по инициативе родителей.

Без АБ в домашних условиях лечились 172 ребенка (85%):

0,9 % р-ром NaCl – при простом вирусном бронхите,

3 % NaCl – при наличии обструктивного синдрома.

У леченых без АБ течение бронхита было, как правило, гладким; фебрильная температура, если и имела место, снижалась через 1-2 дня, кашель держался 7-10 дней, выраженная обструкция обычно длилась 2-3 дня.

Таким образом, в условиях педиатрического участка реально выполнять Клинические рекомендации по минимизации применения АБ при бронхитах и бронхиолитах. Наш опыт ингаляционной терапии солевыми растворами позволил показать рост доверия родителей к терапии бронхитов без АБ и ограничить применение АБ при бронхитах только наличием соответствующих показаний (до 15% всех случаев);

Продемонстрировано преимущество ингаляций 3% -ного солевого раствора перед использованием бронхолитика при обструктивных формах бронхитов и бронхиолите

Список использованной литературы

1. Bisno A.L., Kaplan E.L. Appropriate use of antibiotics: pharyngitis. *Ann Intern Med* 2002; 136:489-90.

2. Cohen R., Reinert P., De La Rocque F. et al. Comparison of two dosages of azithromycin for three days versus penicillin V for ten days in acute group A streptococcal tonsillopharyngitis. *Pediatr. Infect. Dis. J.* - 2002. - 21(4). p. 297-303.

3. Albert R.H. Diagnosis and treatment of acute bronchitis. *Am Fam Physician.* 2010; 82(11): 1345-50.

4. Kuchar E, Miśkiewicz K, Szenborn L, Kurpas D Adv Exp Med Biol. "Respiratory tract infections in children in primary healthcare in Poland" 2015;835:53-9.

5. Клинические рекомендации «Острый бронхит у детей». МКБ 10: J20. Профессиональные ассоциации: Союз педиатров России. URL: http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_obr.pdf

6. Kuzik BA, Al-Qadhi SA, Kent S, Flavin MP, Hopman W, Hotte S, Gander S. Nebulized hypertonic saline in the treatment of viral bronchiolitis in infants // J Pediatr. — №151. — 2007. — с 266-270.

ОСТРЫЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ (ЛЕКЦИЯ)

Тахирова Рохатой Норматовна
к.м.н., доцент кафедры Факультетской педиатрии,
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. Несмотря на успехи современной медицины, пневмония остается серьезной проблемой в мире и особенно актуальна для детей раннего возраста. По данным UNICEF (2006), от пневмонии ежегодно умирает 2 млн. детей в возрасте до 5 лет. Особо надо указать что, в настоящая время по всему миру глобальной проблемой является пандемии коронавирус COVID-19, которой приводит быстрое разрушение легочной ткани и летальный исход. Выявленных случаев на сегодняшний день по всему миру этой заболеваний подтверждено более 6,93 млн человек, летальные исходы более 401 тыс. человек.

В международной классификации болезней /МКБ/ 10 пересмотра применительно к пневмонии нет такого понятия как “острая”, поскольку экспертами ВОЗ выделение хронической пневмонии как самостоятельного заболевания не предусмотрено.

Пневмония – острое инфекционное заболевание легких, преимущественно бактериальной этиологии, характеризующееся поражением респираторных отделов с внутриальвеолярной экссудацией (J13 – J18).

Пневмонии у детей первых 5 лет жизни составляют от 5 до 10 случаев на 1000 случаев заболеваемости. 96,1% всех летальных случаев от пневмонии приходится на ранний возраст, а максимальное число неблагоприятных исходов отмечается в период младенчества (102 случая на 100 000 детского населения).

По этиологии пневмонии выделяют бактериальные, вирусные, грибковые, паразитарные, хламидийные, микоплазменные, смешанные (J13 – J18).

В современной классификации пневмонии учитываются условия инфицирования, место возникновения пневмонии. Различают **внебольничную** (домашняя, амбулаторная) пневмония, т.е возникшая вне лечебного учреждения. **Госпитальная** пневмония (нозокомиальная, внутрибольничная) развивается после 48 – 72 часов после госпитализации, или в течение 48 часов после выписки. Выделяют также **аспирационную** пневмонию – при заболеваниях, сопровождающихся рефлюксом, дисфагией, у больных с нарушением сознания; и **вентиляционную** пневмонию, развивающуюся у пациентов ИВЛ: ранняя (в первые 5 суток) и поздняя (после 5 суток ИВЛ).

У новорожденных выделяют внутриутробные (врожденные) и постнатальные (приобретенные) пневмонии, которые также могут быть внебольничными и нозокомиальными.

Анатомо-физиологические особенности бронхо-легочной системы:

1. Высокий метаболизм, большие потребности в кислороде, однако меньшие компенсаторные возможности органов дыхания;
2. Незавершенность дифференцирования тканей;

3. Узкий просвет дыхательных путей, недоразвитие дополнительных пазух носа, отсутствие нижнего носового хода;

4. Склонность к отеку слизистой оболочки из-за большого количества сосудов (вентиляционная недостаточность);

5. Особенности строения гортани (ригидность хрящевого кольца, узкое подсвязочное пространство, выраженный подслизистый слой) → круп;

- Поддатливость трахеи, бронхов, малое количество эластических волокон → сужение просвета → отек слизистой, гиперсекреция бронхиальных желез → обструкция (гиповентиляция-эмфизема-ателектаз);

- Незрелость реснитчатого эпителия → склонность к нарушению эвакуаторной функции трахеобронхиального дерева;

- Легкие полнокровные, мало эластических и много соединительнотканых волокон → рестриктивна ДН (экссудация, ателектаз, эмфизема);

- Горизонтальное размещение ребер, низкая сократительная способность диафрагмы → уменьшает экскурсию легких.

Этиология пневмонии

Этиология пневмонии в зависимости от места возникновения:

Внебольничная: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasmae pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*, респираторные вирусы.

Внутрибольничная: *E. coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* и др.

Внутриутробная пневмония: Вирусы, *Chlamydia trachomatis*, *Streptococcus B*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus*, *E. Coli*.

Пневмонии после ИВЛ: *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasmae pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* и др.

Атипичные (диффузные изменения в легких): SARS-CoV-2 - COVID-19 (Corona Virus Disease 2019); *Ch. Trachomatis*; *Pn. carini* (у недоношенных и ВИЧ)

Патогенез. В возникновении пневмонии имеют значение предрасполагающие факторы:

- неблагоприятные условия среды и быта,
- дефекты ухода и питания,
- морфофункциональная незрелость ребенка раннего возраста,
- недоношенность,
- осложненные роды,
- врожденные дефекты органов дыхания,
- наличие диатезов,
- дефицитные состояния (гипотрофии, гиповитаминозы и др.)
- наличие хронических очагов инфекции и т.д.

Инфекция попадает в легкие бронхогенным путём (аэрогенно), гематогенным путём и по лимфатическим путям. Аэрогенное заражение – попадание в бронхиолы или альвеолы «эмболы», содержащей микробы - частицы мокроты из верхних дыхательных путей. Попадание мокроты облегчается при нарушении мукоцилиарного клиренса под влиянием острых респираторных вирусных инфекций или иной причины, чаще всего переохлаждения. Вирусная инфекция обладает тропностью к эпителиальной ткани респираторного тракта, изменяет функциональную способность реснитчатого эпителия, способствует подавлению функции нейтрофилов, макрофагов, Т-лимфоцитов, все это облегчает развитие воспалительного процесса.

Гематогенные пневмонии наблюдаются при попадании «септического эмбола» по венам большого круга кровообращения из очага инфекции.

Лимфогенное распространение инфекции из бронхиальных лимфоузлов является исключением. Чаще лимфогенный путь инфицирования наблюдается при специфическом

процессе. Однако в литературе описаны случаи развития пневмонии при наличии неспецифического бронхоаденита у часто болеющих людей с ослабленной иммунной реактивностью.

При внедрении инфекции в легочную ткань развиваются воспалительные изменения в бронхоальвеолярной системе, сопровождающиеся выпотом и усиленным слушиванием эпидермиса в альвеолах, отеком интерстициальной ткани нарушением перфузии газов. Перфузию газов снижают обструкция бронхов, образование микроателектазов и विकарной (компенсаторной) эмфиземы в непораженных участках легких в связи со слабым развитием эластической ткани. Общее токсическое воздействие возбудителя усугубляет гипоксемию, так как при этом нарушается центральная и гуморальная регуляция дыхания и кровообращения.

Гипоксемия сопровождается дыхательной недостаточностью, респираторным ацидозом и накоплением углекислоты в крови (гиперкапния), которая раздражает дыхательный центр и вызывает компенсаторную реакцию – одышку (неэффективную у маленького ребенка) и расширение периферической капиллярной сети. Нарастающая гипоксемия и интоксикация приводят к снижению функциональной активности тканевых дыхательных ферментов, истощению запасов витаминов, являющихся коферментами, нарушаются обменные процессы.

Гипоксия (кислородное голодание тканей) возникает при падении парциального давления кислорода в крови ниже критического уровня. Клетки организма ребенка теряют способность усваивать кислород, устанавливается анаэробный тип обмена. В тканях накапливается молочная кислота и другие недоокисленные продукты, к респираторному ацидозу присоединяется метаболический ацидоз. В крови, в том числе и венозной, постепенно повышается уровень не утилизируемого клетками кислорода и снижается содержание углекислоты (гипокапния). Это приводит к компенсаторному спазму капиллярной сети и централизации кровообращения. Вследствие гипоксии, расстройств гемодинамики и микроциркуляции страдают ЦНС, печень и другие органы и системы, чувствительные к токсическому воздействию и кислородному голоданию. Нарушаются все виды обмена, усугубляется дыхательная недостаточность, снижается иммунная реактивность организма, усугубляется тяжесть заболевания и возможность появления осложнений.

Клиническая картина пневмонии.

Клинические критерии диагностики: повышение температуры тела, кашель, физикальные изменения в легких, дыхательная недостаточность.

Заболевание начинается остро с повышения температуры до фебрильных цифр, ухудшения общего состояния, затруднения дыхания.

При пневмонии повышенная температура держится довольно стойко с тенденцией к нарастанию в отличие от лихорадки при ОРВИ, когда температура снижается довольно быстро в течение 2 - 4 дней. Катаральные явления дыхательных путей – частый, но не обязательный спутник пневмонии. Влажный кашель наблюдается у 65%, сухой – у 20% больных. Отсутствие кашля часто является симптомом, свидетельствующим против пневмонии.

Наиболее постоянными ранними признаками пневмонии являются кашель, учащение дыхания, раздувание крыльев носа, втяжение межреберий, изменяется поведение ребенка (возбуждение, беспокойство, нередко апатия), нарушается сон.

Изменения дыхания при пневмонии наблюдается тем чаще, чем обширнее пневмония, но и при массивных процессах выраженной одышки может и не быть. Одышка у больного пневмонией обычно выражена меньше, чем тахикардия, поэтому отношение пульса и дыхания ниже 3:1 наблюдается редко (менее чем у половины детей с массивным воспалительным процессом).

Одышка является основным клиническим критерием для постановки тяжести дыхательной недостаточности. В зависимости от её выраженности при различном физическом напряжении принято различать три степени дыхательной недостаточности.

Клинико-лабораторная характеристика дыхательной недостаточности при острой пневмонии

Степень	Клиническая характеристика
ДН I	Одышка варьирует, без участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания; в покое, как правило, отсутствует. Цианоз периоральный непостоянный, усиливающийся при беспокойстве, исчезающий при дыхании 40-50%-ным кислородом, бледность лица. Артериальное давление нормальное, реже умеренно повышенное. П/Д (отношение пульса к числу дыхания) = 3,5 – 2,5:1; тахикардия. Поведение не нарушено, либо беспокойное.
ДН II	Одышка в покое, постоянная с участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, втяжение уступчивых мест грудной клетки; может быть и с преобладанием вдоха или выдоха, т.е. свистящее дыхание, кряхтящий выдох. П/Д = 2 – 1,5:1; тахикардия. Цианоз периоральный, лица, рук постоянный, не исчезает при дыхании 40-50%-ным кислородом, но отсутствует в кислородной палатке; генерализованная бледность кожи, потливость, бледность ногтевых лож. Артериальное давление повышено. Поведение: вялость, сомнолентность, адинамия, сменяющаяся кратковременными периодами возбуждения; снижение мышечного тонуса.
ДН III	Одышка выраженная (частота дыхания более 150 нормы), аperiodическое дыхание, периодически брадипноэ, десинхронизация дыхания, парадоксальное дыхание. Уменьшение или отсутствие дыхательных шумов на вдохе. П/Д варьирует. Цианоз генерализованный; имеется цианоз слизистых оболочек, губ, не проходит при дыхании 100% кислородом; отмечаются генерализованная бледность и мраморность кожи. Липкий пот. Артериальное давление понижено. Поведение: вялость, сомнолентность, сознание и реакции на боль подавлены; выраженное снижение тонуса скелетных мышц; кома, судороги.

Для пневмонии характерны четкие локальные симптомы изменений в легких, которые, однако, выявляются не всегда. При перкуссии легких укорочение звука отмечается тем чаще, чем массивнее поражение.

Локальные мелкопузырчатые влажные хрипы и крепитации определяются менее чем у половины больных острой пневмонией. Иногда они обнаруживаются в самом начале заболевания, затем исчезают и вновь появляются в процессе рассасывания. У части больных хрипы не выслушиваются на протяжении всей болезни. Влажные хрипы над ограниченным участком легкого делают диагноз пневмонии весьма вероятным.

Изменение дыхания над участком легкого является частым симптомом пневмонии (наблюдается у 70% больных). В большинстве случаев определяется жесткое (с усиленным выдохом) или бронхиальное дыхание, чаще ослабленное, как бы доносящееся издалека; в ряде случаев определяется бронхофония.

Локальные симптомы: притупление легочного звука, влажные и крепитирующие хрипы, изменение дыхания. Один из этих симптомов обнаруживается у большинства больных пневмонией.

Локальные проявления зависят от морфологических изменений в легких. По морфологическим изменениям различают очаговую, очагово-сливную, моно- и

полисегментарную, крупозную и интерстициальную пневмонию. Достоверность морфологических изменений подтверждается рентгенологическим исследованием грудной клетки.

Следует проводить дифференциальную диагностику очагово-сливной и крупозной пневмонии, так как в ряде случаев воспалительный процесс при очагово-сливной пневмонии может распространиться на долю легкого, имитируя крупозную пневмонию.

Очагово-сливная пневмония развивается по клинической симптоматике постепенно с нарастанием явлений интоксикации и локальных проявлений. Данной формой пневмонии чаще болеют дети раннего возраста, с ослабленной иммунной системой.

Крупозной пневмонией страдают дети более старшего возраста, когда хорошо выражена дифференцировка легких на доли. Заболевание протекает по гиперреактивному типу с поражением сразу всей доли, характерно развитие воспалительного процесса по стадиям: прилива, красного «опеченения», серого «опеченения», разрешения. Клиническая картина характеризуется острым началом, ознобом, фебрильной температурой, одышкой. На стороне поражения тупость, усиление голосового дрожания, локальные изменения соответственно доле, где прослушиваются бронхиальное дыхание, крепитации. На рентгенограмме массивное затемнение всей доли легкого одинаковой интенсивности. При очагово-сливной пневмонии затемнение может занимать всю долю легкого, но границы неровные, интенсивность затемнения неоднородная, что говорит о постепенном развитии воспалительного процесса.

Сегментарные пневмонии чаще встречаются у детей 3 – 7 лет, но могут наблюдаться и у детей разных возрастных групп. Чаще поражается один сегмент, но иногда процесс носит полисегментарный характер. Сегментарные пневмонии прогностически менее благоприятны, так как при данной морфологической картине часто развиваются микроателектазы, в таких случаях процесс репарации затягивается до 2 – 3 месяцев. Возможен исход сегментарной пневмонии в фиброателектаз с формированием локальных бронхоэктазов.

Интерстициальная пневмония характеризуется мононуклеарной или плазматической инфильтрацией и пролиферацией интерстиция и межальвеолярной ткани легких. Типично поражение мелких сосудов с развитием ДВС-синдрома. Нередко развиваются микроателектазы, выявляется дефицит сурфактанта. Этой формой пневмонии чаще болеют новорожденные, недоношенные, реже дети более старшего возраста с ослабленной иммунной системой. При рентгенологическом исследовании на фоне выраженной эмфиземы обнаруживаются ячеистый интерстициально-сосудистый рисунок, нежная перибронхиальная инфильтрация.

При тяжелых формах пневмонии, помимо симптомов общей интоксикации, локальных изменений в легких, определяются выраженные нарушения различных органов и систем. Этим обусловлено проявление внелегочных осложнений.

Сердечно-сосудистая недостаточность развивается вследствие сочетанного действия токсинов и продуктов тканевой гипоксии. Происходят нарушения центральной, гуморальной и местной регуляции кровообращения при воздействии на сосудодвигательный центр, кору надпочечников, вегетативную нервную систему, нервную систему сердца и на клетки миокарда, вызывая дистрофические, а иногда и воспалительные изменения. Клиническая картина характеризуется выраженной бледностью в результате централизации кровообращения, холодным потом. Наблюдаются расширение границ сердца, тахикардия, не соответствующая температуре тела, выраженный акроцианоз, приглушение тонов сердца, систолический шум, нарушение ритма сердца, снижается артериальное давление. Развивается сердечно-сосудистая недостаточность смешанного характера, но чаще с преобладанием поражения левого желудочка, когда появляется kloкочущее дыхание, пена в углах рта, цианоз, обилие влажных хрипов в легких, увеличение печени, олигоурия.

Синдром интоксикации ЦНС развивается при поражении токсинами центральной нервной системы, что ведет к возникновению гипертермии, отеку и набуханию мозга, нарушению мозгового кровообращения и гипоксии.

Клинически вначале преобладают процессы психомоторного возбуждения, беспокойства, эйфории, у старших детей – спутанность сознания, дезориентация, галлюцинации. Отмечаются гипертермия, рвота; менингеальные явления присоединяются в последующем. Больной становится вялым, сонливым, снижаются рефлексы, тонус мышц. Появляются подергивания отдельных мышечных групп, затем развиваются клонические и клонико-тонические судороги. Ребенок теряет сознание. При выраженном нейротоксикозе показана спинномозговая пункция, являющаяся не только диагностическим, но и лечебным мероприятием. Спинномозговая жидкость при этом вытекает под давлением, прозрачная, реакция Панди отрицательная, содержание белка несколько снижено, цитоз нормальный.

ДВС-синдром развивается в результате повреждающего действия токсинов на капилляры (их сужение, главным образом в венозном колене), на эндотелий сосудов (распад, сращивание и непосредственный контакт тканевого коллагена с кровью), повреждение циркулирующих лейкоцитов и агрегация тромбоцитов, повышается способность фибриногена к выпадению в осадок (образование фибриногена В). В результате этих изменений в периферических мелких сосудах образуются тромбы, а центральные сосуды обедняются факторами свертывания.

При ДВС-синдроме развивается централизация кровообращения, кожные покровы бледные, «мраморный рисунок». Геморрагические проявления в виде кровотечения из мест инъекций, катетеризации, петехиальной сыпи, кровоизлияний в слизистые оболочки, рвота в виде кофейной гущи, изменение цвета кала (темный) и др. развиваются при явлениях гипокоагуляции и требуют неотложной терапии.

Инфекционно-токсический шок обусловлен токсическим поражением надпочечников с развитием надпочечниковой недостаточности, проявляется вялостью, заторможенностью ребенка, мышечной гипотонией, снижением сухожильных рефлексов, признаками пареза кишечника, резким падением артериального давления. Снижается систолическое давление, пульс слабого наполнения, одышка. Резко выражена бледность кожных покровов. «мраморный рисунок», акроцианоз. Холодные конечности при выраженной гипертермии.

Диспепсический синдром довольно часто наблюдается при пневмонии у детей раннего возраста, является проявлением токсического воздействия на слизистую желудочно-кишечного тракта, снижения ферментативной способности в результате токсикоза. Диспепсический синдром выражен в начале заболевания, на высоте токсикоза. Однако, в ряде случаев сохраняется и при снижении явлений интоксикации или присоединяется в конце лечения, объясняется явлениями дисбактериоза в результате проводимой антибактериальной терапии.

Респираторный дистресс-синдром у детей старшего возраста (РДСВ) – крайне тяжелое проявление дыхательной недостаточности, сопровождающееся развитием не кардиогенного отека легких, нарушений внешнего дыхания и гипоксии. Несмотря на многообразие факторов, приводящих к РДСВ, в его основе лежат повреждения легочных структур, вызывающие несостоятельность транспортировки кислорода в легкие. Другими названиями респираторного дистресс-синдрома являются «шоковое», «влажное», «травматическое» легкое.

Резкое снижение оксигенации и вентиляции организма вызывает кислородную недостаточность сердца и головного мозга и развитие угрожающих для жизни состояний.

При РДСВ летальность в случае

несвоевременно или неадекватно оказанной помощи достигает 60-70%.

Острая фаза РДСВ (до 2-5 суток) – интерстициальный и альвеолярный отек легких, поражение капилляров легких и эпителия альвеол, развитие микроателектазов. В случае благоприятного течения респираторного дистресс-синдрома спустя несколько дней острота

явлений стихает, транссудат рассасывается; в противном случае возможен переход в подострое либо хроническое течение.

Подострая фаза РДСВ – развитие бронхоальвеолярного и интерстициального воспаления.

Хроническая фаза РДСВ – соответствует развитию фиброзирующего альвеолита. Происходит утолщение и уплощение капиллярно-альвеолярных мембран, разрастание в них соединительной ткани, формирование микротромбозов и запустевание сосудистого русла. Исходом хронической фазы респираторного дистресс-синдрома служит развитие легочной гипертензии и хронической дыхательной недостаточности. Выраженный альвеолярный фиброз может возникнуть уже спустя 2-3 недели.

Развитие респираторного дистресс-синдрома у детей старшего возраста характеризуется последовательной сменой стадий, отражающих патологические изменения в легких и типичную картину остро нарастающей дыхательной недостаточности.

I (стадия повреждения) – первые 6 часов со времени воздействия стрессового фактора. Жалобы, как правило, отсутствуют, клинико-рентгенологические изменения не определяются.

II (стадия мнимого благополучия) – от 6 до 12 часов со времени воздействия стрессового фактора. Развиваются нарастающая одышка, цианоз, тахикардия, тахипноэ (учащение дыхания более 20 в мин.), беспокойство пациента, кашель с пенистой мокротой и прожилками крови. Одышка и цианоз не купируются кислородными ингаляциями, содержание кислорода в крови неуклонно падает. Аускультативно в легких – хрипы, крепитация; рентгенологические признаки соответствуют диффузному интерстициальному отеку.

III (стадия дыхательной недостаточности) – спустя 12-24 часа после воздействия стрессового фактора. Клокочущее дыхание с выделением пенистой розовой мокроты, нарастающая гипоксемия и гиперкапния, поверхностное дыхание, увеличение центрального венозного и снижение артериального давления. По всей поверхности легких выслушиваются влажные, множественные хрипы различного калибра. На рентгенограммах определяется слияние очаговых теней. В этой стадии происходит образование гиалиновых мембран, заполнение альвеол фибрином, экссудатом, распадающимися кровяными тельцами, поражение эндотелия капилляров с образованием кровоизлияний и микроателектазов.

IV (терминальная стадия) - метаболический ацидоз, гипоксемия и гиперкапния не устраняются предельно большими объемами интенсивной терапии и ИВЛ. Ложноположительная рентгенологическая динамика (появление очагов просветлений) вызвана разрастанием соединительной ткани, замещающей паренхиму легких. В этом терминальном периоде респираторного дистресс-синдрома развивается полиорганная недостаточность, характеризующаяся:

- гипотонией, выраженной тахикардией, фибрилляцией предсердий, желудочковой тахикардией;
- гипербилирубинемией, гиперферментемией, гипоальбуминемией, гипохолестеринемией;
- ДВС-синдромом, лейкопенией, тромбоцитопенией;
- повышением мочевины и креатинина, олигурией;
- желудочно-кишечными и легочными кровотечениями;
- угнетением сознания, комой.

Легочные осложнения при острой пневмонии в виде плеврита могут развиваться одновременно с поражением легких – синпневмонические плевриты, а также при обратном развитии воспалительного процесса в легких – метапневмонические плевриты.

Легочная деструкция протекает с образованием внутрилегочных полостей. Деструктивные изменения в легких проявляются в различных формах: с образованием

мелкоочаговой множественной деструкции, внутрилегочной деструкции, абсцесса, буллезной формы деструкции.

Пиоторакс (эмпиема плевры) представляет собой скопление в плевральной полости гнойного экссудата. Различают тотальные и ограниченные пиотораксы, среди последних различают паракостальные, медиастенальные, плащевидные и т.д.

Пиопневмоторакс – скопление в плевральной полости воздуха и гноя, всегда является результатом разрыва легочной паренхимы, прорыва очага деструкции в плевральную полость.

Диагностика: *Лабораторная диагностика пневмоний*

Общий анализ крови:

лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг влево характерны для кокковой этиологии
повышение СОЭ – до 20 мм/ч и выше.

Умеренный лейкоцитоз, лейкопения, лимфоцитоз, моноцитоз + ↑ СОЭ (при вирусной пневмонии), нормохромная анемия, ↑ α1 и α2 глобулинов, Ig M, G, положительные ревмопробы (СРБ);

Отсутствие гематологических сдвигов не позволяет исключить пневмонию (вызванную микоплазмой, вирусами, гемофильной палочкой).

Этиологическая диагностика:

Культура крови. Бактериоскопия мокроты по Грамму, Культура мокроты, определение АГ микроорганизмов в моче, ПЦР, Серодиагностика - выявление антител класса Ig M к микоплазмам и хламидиям (на 2-3 неделе болезни) имеет значение для подтверждения атипичной этиологии пневмоний.

Диагностический алгоритм COVID-2019 представлен совокупностью оценки эпидемиологического анамнеза и клинической картины заболевания:

Эпидемиологический анамнез:

- Пребывание в эпидемическом очаге за 14 дней до появления симптомов заболевания

Инструментальная диагностика пневмоний

Рентгенологическое подтверждение является «золотым стандартом» диагностики пневмонии

Очаговая пневмония – один или несколько очагов пневмонической инфильтрации размером 1-2 см

Очагово-сливная пневмония – неоднородная массивная пневмоническая инфильтрация, состоящая из нескольких очагов.

Сегментарная – пневмония, границы которой повторяют анатомические границы одного сегмента

Полисегментарная – нескольких сегментов

Крупозная – доли легкого

Интерстициальная – преобладают изменения в интерстиции легких

По рентгенограмме не определяют этиологию пневмонии

Стандартное определение случая заболевания COVID-19:

- наличие клинических проявлений острой респираторной инфекции, бронхита, пневмонии в сочетании со следующими данными эпидемиологического анамнеза;

- посещение за 14 дней до появления симптомов эпидемиологически неблагополучных по COVID-19 стран и регионов;

- наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, находящимися под наблюдением по инфекции, вызванной новым коронавирусом SARS-Co V-2, которые в последующем заболели;

- наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз COVID-19.

Вероятный случай COVID-19:

- наличие клинических проявлений тяжелой пневмонии, ОРДС, сепсиса в сочетании с данными эпидемиологического анамнеза;

Подтвержденный случай COVID-19:

- Положительный результат лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) вне зависимости от клинических проявлений.

Принципы лечения

1. Антибактериальная терапия проводится ориентируясь на особенности условий инфицирования, предполагаемого возбудителя заболевания, тяжести клинических проявлений.

2. Проводить коррекцию стартовой антибиотикотерапии:

- при отсутствии клинических признаков улучшения в течение 48-72 часов от начала терапии

- в более ранние сроки при нарастании тяжести заболевания

- при развитии тяжелых нежелательных реакций

- При уточнении возбудителя инфекции и его чувствительности к антибиотикам по результатам микробиологического исследования

3. При проведении коротких курсов антибиотикотерапии не назначать антибиотики вместе с антигистаминными или противогрибковыми препаратами, иммуномодуляторами, из-за отсутствия доказательств преимущества их совместного назначения

4. По возможности не использовать жаропонижающие средства вместе с антибиотиками, так как это может скрыть отсутствие антибактериального эффекта и задержать смену препарата

5. Постельный режим и питание соответственно возрасту больного, полноценное, но с включением легко усваиваемых продуктов.

6. Дезинтоксикационная терапия проводится перорально или парентерально в зависимости от тяжести клинических проявлений.

7. Симптоматическая патогенетическая терапия в зависимости от наличия внелегочных проявлений (осложнений)

8. Мукорегуляторные средства, муколитики

9. Физиотерапия

10. Массаж, ЛФК целесообразны сразу после нормализации температуры.

Профилактика острой пневмонии

1. Неспецифическая профилактика: у детей формируется из комплекса мероприятий, предупреждающих возникновение ОРВИ: соблюдение принципов здорового образа жизни (естественное вскармливание как минимум до 6-месячного возраста, своевременное введение прикорма, достаточное пребывание на свежем воздухе, ограничение контактов в период повышенной заболеваемости, использование барьерных средств защиты и пр.).

2. Специфическая профилактика: Специфическая профилактика ВП включает иммунизацию против пневмококковой и гемофильной инфекции, вируса гриппа и COVID-19, а также против коклюша, кори и РС-инфекции.

Список использованной литературы

1. Внебольничная пневмония у детей: распространенность, диагностика, лечение, профилактика. Научно-практическая программа. М.: Оригинал-макет, 2010. 64 с.

2. Рабочая классификация основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей / Геппе Н. А., Розина Н. Н., Волков И. К., Мизерницкий Ю. Л. Российское респираторное общество, 2009. 18 с.

3. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по

диагностике, лечению и профилактике: пособие для врачей / Чучалин А. Г., Синопальников А. И., Козлов Р. С., Тюрин И. Е., Рачина С. А. Москва, 2010. 106 с.

4. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях (форма 1) // URL: <http://www.rospotrebnadzor.ru>. (дата обращения: 09.06.2020).

5. Лютина Е. И., Манеров Ф. К. Заболеваемость и смертность от внебольничной пневмонии у детей и подростков, проживающих в Кузбассе // Педиатрия. 2015. № 2. С. 203–206.

6. ВОЗ. Информационный бюллетень № 331 (ноябрь 2014 г.) // URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/ru/>. (дата обращения: 09.06.2020).

7. Esposito S., Patria M.F., Tagliabue C., et al. CAP in children // European respiratory monograph 63: Community-acquired pneumonia / редакторы: J. Chalmers, M. Pletz, S. Aliberti. 2014. P. 130–139.

8. Rohde G. G. U. The role of viruses in CAP // European respiratory monograph 63: Community-acquired pneumonia / редакторы: J. Chalmers, M. Pletz, S. Aliberti. 2014. P. 74–87.

9. Mayanskiy N., Alyabieva N., Ponomarenko O., et al. Serotype distribution and antibiotic-resistance of paediatric Streptococcus pneumoniae in Moscow. ECCMID 2014. P2173.

10. Протасова И. Н., Перьянова О. В., Ильенкова Н. А. Этиологическая диагностика внебольничной пневмонии у детей (обзор литературы) // Пульмонология. 2014. № 5. С. 78–82.

11. Спичак Т. В., Катосова Л. К., Яцышина С. Б., и соав. Критический взгляд на результаты лабораторной диагностики внебольничной пневмонии микоплазменной этиологии у детей. Педиатрия 2014; 93(3): 46–55.

12. Абдрахманова С. Т., Скучалина Л. Н., Айшауова Р. С. Особенности респираторной патологии у детей с поражением центральной нервной системы // Валеология. 2014. № 4. С. 12–14.

13. Gorbalenya A.B., Baker S.C., Baric R.C., de Groot R.J., Drosten C., Gulyaeva A.A., Haagmans B.L., Lauber C., Leontovich A.M., Neuman B.W., Penzar D., Perlman S., Poon L.L.M., Samborskiy D., Sidorov I.A., Sola I., Ziebuhr J. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses - a statement of the Coronavirus Study Group // BioRxiv. -11.02.2020. DOI: 10.1101/2020.02.07.937862.

14. Муковисцидоз / под ред. Н. И. Капранова, Н. Ю. Каширской. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2014. 672 с. ISBN 978-5-98803-314-1.

15. Проект национального консенсуса «Муковисцидоз: определение, диагностические критерии, терапия». Раздел «Антимикробная терапия» // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2014. Т. 93. № 4. С. 107–123.

16. World Health Organization. MERS situation update, January 2020. [Электронный ресурс] // URL: <http://www.emro.who.int/health-topics/merscov/mers-outbreaks.html> (дата обращения 22.02.2020).

17. Park W.B., Kwon N.J., Choi S.J., Kang C.K., Choe P.G., Kim J.Y., Yun J., Lee G.W., Seong M.W., Kim N.J., Seo J.S., Oh M.D. Virus Isolation from the First Patient with SARS-CoV-2 in Korea // J. Korean Med. Sci. - 2020. -V. 35. -N 7. -P. e84.

18. Lassi Z. S., Das J. K., Haider S. W., et al. Systematic review on antibiotic therapy for pneumonia in children between 2 and 59 months of age // Arch. Dis. Child. 2014. Vol. 99. № 7. P. 687–693.

19. Геппе Н. А., Малахов А. Б., Волков И. К. и соав. К вопросу о дальнейшем развитии научно-практической программы по внебольничной пневмонии у детей // Русский медицинский журнал. 2014. Т. 22. № 3. С. 188–193.

20. Ji W., Wang W., Zhao X., Zai J, Li X. Cross-species transmission of the newly identified coronavirus 2019-nCoV // J. Med. Virol. - 2020. - V. 92. - N 4. - P. 433-440.

21. Jefferson T., Jones M. A., Doshi P., et al. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children // Cochrane Database Syst. Rev., 2014. 548 p.

22. Lam T.T., Shum M.H., Zhu H.C., Tong Y.G., Ni X.B., Liao Y.S., Wei W., Cheung W.Y., Li W.J., Li L.F., Leung G.M., Holmes B.C., Hu Y.L., Guan Y. Identification of 2019-n Co V related coronaviruses in Malayan pangolins in southern China // *BioRxiv.* - 2020. DOI: 10.1101/2020.02.13.945485.
23. Blaising J., Polyak S. J., Pécheur E. I. Arbidol as a broad-spectrum antiviral: an update // *Antiviral Res.* 2014. Vol. 107. P. 84–94.
24. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Временные методические рекомендации. [Электронный ресурс] / / URL: <https://www.rosminzdrav.ru/> (дата обращения: 13.03.2020).
25. Annane D. Corticosteroids and pneumonia: time to change practice // *Lancet.* 2015. Vol. 385. № 9977. P. 1484–1485.
26. Алгоритмы оказания медицинской помощи больным ОРВИ. Никифоров В.В., Суранова Т.Г., Орлова И.В., Кардонова Е.В., Сметанина С.В. Современная поликлиника. Том №2. Медицинский алфавит. №27 (402). 2019. С.6-13
27. Chang C. C., Cheng A. C., Chang A. B. Over-the-counter (OTC) medications to reduce cough as an adjunct to antibiotics for acute pneumonia in children and adults // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014. Vol. 10. № 3. CD006088.
28. https://gospotrebnadzor.ru/region/korono_virus/spec.php (дата обращения: 10.06.2020).
29. Состояние нормативной правовой базы по классификации биологических угроз. Суранова Т.Г., Никифоров В.В. *Ж.Эпидемиология и инфекционные болезни.* 2016. Т. 21. № 4. С. 188-195.
30. Геппе Н. А., Кондюрина Е. Г., Галустян А. Н. Жидкая лекарственная форма Эргоферона — эффективное и безопасное средство лечения острых респираторных инфекций у детей... // *Антибиотики и химиотерапия.* 2014. № 5–6. С. 6–14.
31. Этиология эпидемической вспышки COVID-19 в г. Ухань (провинция Хубэй, Китайская Народная Республика), ассоциированной с вирусом 2019-nCoV (Nidovirales, Coronaviridae, Coronavirinae, Betacoronavirus, подрод Sarbecovirus): уроки эпидемии SARS-CoV. Львов Д.К., Альховский С.В., Колобухина Л.В. *Вопросы вирусологии.* 2020; 65(1). С.6-15.
32. Loo J. D., Conklin L., Fleming-Dutra K. E. et al. Systematic review of the effect of pneumococcal conjugate vaccine dosing schedules on prevention of pneumonia // *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2014. Vol. 33. Suppl. 2. P. 140–151.

ЗДОРОВЬЕ И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

**Курьязова Ш.М., Худайназарова Р.С., Илхомова Х.А.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Республики
Узбекистан, город Ташкент**

В настоящее время на здоровье детей влияет целый комплекс неблагоприятных факторов, среди которых наиболее значимые роли принадлежат различным загрязнителям внешней среды, нерациональному питанию, социальной и экономической нестабильности в семье, что приводит к ухудшению физического здоровья детей и подростков, увеличению распространенности функциональных отклонений и хронических болезней[1]. Основными факторами риска которые, большей степени влияют на здоровье детей и всего населения региона Приаралья являются высыхание Аральского моря. Воздействия факторов окружающей среды Приаралья на здоровье и физическое, и психическое развитие детей, очень важными являются воздействия химических и радиационных факторов этого региона на геном растущего организма. Анализ состояния здоровья и вариантов течения различных форм патологии в современных условиях показал, что при хронической патологии демографическая ситуация проявляется замедленной сменой поколений, отсутствием прироста населения, небольшой средней продолжительностью жизни и измененным патоморфозом[15,16].

По данным гигиенистов в регионе Приаралья содержания ксенобиотиков в почве воде и а атмосфере выше предельно допустимых норм, которые опасны для жизни и здоровья людей (свинец, ртуть, кадмий, хром, их соединения, диоксины, озон и др.)[8]. Общее правило гласит, что чем моложе ребенок, тем более чувствителен его организм к патогенным факторам внешней среды[8,9,10]. Особенности реакций детского организма на действие патогенных факторов следующие: когда чувствительность к действию ксенобиотика в организме ребенка повышается, это приводит к нарушению работы органов и систем в целом развитию вторичной иммунологической недостаточности, накопления солей тяжелых металлов, токсических радикалов, нейротропных пестицидов в организме детей приводит к задержке нервно-психического развития и энцефалопатии, так же позднее развитию нарушения репродуктивной сферы, что проявится синдромами андрогении у девочек, позднего полового созревания мальчиков[5,6].

В настоящее время в физическом развитии подрастающего поколения отмечается такое явление, как «грацилизация» телосложения: уменьшение всех широтных и обхватных размеров тела, особенно поперечного и сагиттального диаметров грудной клетки, а также тазового размера. В последние 20 лет наблюдается увеличение процента школьников, имеющих дефицит массы тела от 7 до 14% мальчиков и 5-13% девочек. Почти в 3 раза увеличилось в популяции количество низкорослых детей – 0,5-4%. Увеличивается процент школьников, отстающих по биологическому возрасту от календарного. Снижаются физиометрические и функциональные показатели. По данным Лысенко А.И. и соавтор(2002) масса тела детей проживающих в экологически неблагоприятном районе ниже, чем у детей, проживающих в более благоприятных условиях(у 60,4% и 89,6% обследованных детей соответственно).

Ухудшение физического развития согласуется с неблагоприятными изменениями психического развития, влечет за собой нарушения опорно-двигательного аппарата, напряженность функций сердечно-сосудистой и иммунной систем[12]. Оценка физического развития детей и подростков является ранним и надежным показателем неблагополучия в здоровье ребенка, а также характеризует социально-экономические и гигиенические условия жизни[5,6].

Графики роста и развития являются важным инструментом в педиатрии. Их значение обусловлено тем, что они помогают определить степень достигнутого соответствия потребностям физиологического роста и развития в важный период детства[15].

Эталон роста относится к группе наиболее часто используемых и ценных инструментов оценки общего благополучия индивида, групп детей и сообществ, в которых они живут.

Отличительной чертой стандартов МИЭР/ВОЗ- 2006 является то, что они включают группу возрастов также по достижению моторных навыков. В прошлом ВОЗ издала рекомендации, касающиеся эталонных кривых для оценки достигнутого роста, но не было подготовлено рекомендаций для оценки моторного развития[2]. Стандарты физического развития разработаны отдельно для мальчиков и девочек потому, что модели роста существенно зависят от пола. В отличие от физического роста, разница в моторном развитии между полами незначительна и не оправдывает подготовку отдельных стандартов для мальчиков и девочек[2].

Физическое, функциональное и нервно-психическое развитие ребенка представляет собой целостный процесс, который складывается из совокупности множества морфологических и функциональных признаков в их динамике и взаимосвязи. На темпы роста и развития детей оказывает воздействие комплекс факторов: биологических, генетических, социальных, экономических, бытовых, алиментарных. Динамическое наблюдение за развитием ребенка не только позволяет выявить индивидуальные особенности физического статуса, созревания, темпа и гармоничности развития, при наличии отклонений данные динамического наблюдения могут быть основанием для решения о проведении дополнительного обследования. Нарушения темпа возникают в результате самых разных хронических заболеваний детского возраста; в зависимости от характера нарушений можно судить о наличии разных интоксикаций, в том числе обусловленных питанием, экологическим неблагополучием, состоянием невротизации и психо-социальной депривации. К основным методам антропометрии относятся измерения роста, массы тела, измерение окружностей головы, середины плеча, толщины кожной складки.

Рост и развитие детского организма обусловлены действием генетических(наследственных, внутренних(эндогенных) и средовых(внешних-экзогенных) факторов[5,6]. В последние предметом серьезной озабоченности стали экологически обусловленные болезни легких у детей. Речь идет о таких загрязняющих веществах в атмосферном воздухе, как пыль, сернистый ангидрид, окись углерода, двуокись азота, а также специфические примеси(бенз(а) пирен, тяжелые металлы, аммиак, формальдегид и др). Эти вещества в атмосфере промышленных городов значительно превышают предельно допустимые концентрации[4]. В местностях, где экологическая обстановка определяется выбросом вредных химических веществ, показатели заболеваемости органов дыхания значительно превышают таковые в контрольных зонах[5,6]. По данным Гришкина И.Г. и соавт.(2005) частота респираторных заболеваний у детей промышленных районов выше, чем в сельской местности. Однако и здесь показатели заболеваний неоднородны. В районах, где высок уровень использования в сельскохозяйственном производстве пестицидов, обладающих свойствами сильных антигенов, заболеваемость дыхательной системы у детей повышена[4]. Патология респираторной системы, как известно, является маркером экологического неблагополучия воздушной среды. Однако не только промышленные и транспортные загрязнения способствуют возникновению респираторной патологии. Важную роль играют бытовые факторы, проживание и пребывание в загрязненных, запыленных, сырых помещениях.

Экологические болезни – не новая патология, а известные ранее заболевания, провоцируемые длительно действующими неблагоприятными внешне средовыми факторами[10]. Prifts K et al(1993) считают, что у детей с бронхиальной астмой

сенсibilизация к пыльцевым аллергенам преобладает в сельской местности. Другие авторы подчеркивают связь между частотой аллергических поражений (поллинозов) и содержанием вредных химических веществ в окружающей среде [2,3,4].

Следует отметить, что для развития бронхиальной астмы у детей как экологически обусловленного заболевания необходимы генетически детерминированное предрасположение, иммуногенетические особенности организма.

Исследования Marsh (1992) показали, что дети больные бронхиальной астмой являются носителями HLA типа A1B8DRB1*0301, ассоциируемого с атопией. У здоровых детей имел место другой набор HLA-антигенов.

Скачковой М.А. (2003) исследовался иммунный статус здоровых детей в условиях промышленного центра. Выявлена связь высокой заболеваемости детей бронхолегочной патологией и содержанием в атмосферном воздухе диоксида серы. Анализ показал, что у 71% детей бронхолегочная патология развилась в возрасте 2-3 года, 26% детей начали болеть уже на первом году жизни. Полученные данные позволили авторам выделить приоритетные поллютанты в формировании патологии органов дыхания: диоксид серы, никель, хром, марганец, токсичные металлы – кадмий и свинец. Анализ показал нарушение баланса микроэлементов: повышение содержания кадмия, марганца, снижение цинка и меди. Чрезвычайно напряженная экологическая ситуация Приаралья привела к значительному ухудшению состояния здоровья населения [1,2]. Основными негативными факторами окружающей среды в регионе являются плохое качество питьевой воды, повышенная запыленность приземного слоя воздуха, засоление и загрязнение химикатами почвы, растений и продуктов питания [13]. Мамбетуллаевой С.М. и соавт. (2001) на основании оценки экзогенных факторов, влияющих на состояние здоровья детского населения в Приаралье установлена достаточно значимая общая доля объясняемой дисперсии, определяющей вклад экзогенных факторов в общую заболеваемость детей – 68,4% (32,6% - водный фактор, 19,4% - воздушный, 16,4% - пестицидная нагрузка). Остальная доля дисперсии (31,6%) обусловлена, вероятно, эндогенными факторами.

В последние годы наряду с ростом инфекционной заболеваемости наметилась тенденция к нарастанию частоты сердечно-сосудистых заболеваний, хронической патологии желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей, заболеваний мочевыводящих путей, что связано, вероятно, с использованием высокоминерализованной воды [8]. Особое внимание среди патологий детского возраста остается бронхолегочная патология. Рост бронхолегочной патологии в регионе Приаралья за последние годы на много 20 лет стабильно растет по данным Шамсиевым Ф.М. и соавт. (1994) проводилось исследование частоты острых и хронических бронхолегочных болезней у детей живущих в Приаралье. Обследовано 208 детей в возрасте 0-3 лет, из которых у 72 диагностирована ОРВИ. У 111- бронхит, у 13- пневмония. Авторами отмечено, что у детей с возрастом частота ХНЗЛ имеет тенденцию к хронизации. Авторы связывают это с неблагоприятными экологическими условиями региона, низкой санитарно-гигиенической культурой, с несовершенством медицинской помощи населению. По нашим исследованиям проведенных в 2008-20013 гг. в регионе Приаралья заболевания частота встречаемости сочетанных патологии органов дыхания имел высокий показатель среди детей грудного и дошкольного возраста, рецидивирующий острый бронхит у детей (34,4%) с экссудативно-катаральным диатезом и атопическим дерматитом, рецидивирующий обструктивный бронхит у (26%) детей с лимфатико-гипопластическим диатезом, хронический рецидивирующий бронхит у 36 (14,4%) детей в сочетании с Лор –патологией (врожденное искривление перегородки носа 2,5%, отит 8,5%, аденоиды 36% и хронический тонзиллит 28,5%) и острые пневмонии с различной этиологией у (25,2%) детей в сочетании с заболеваниями органов пищеварения (функциональные расстройства желудка 38,6%, синдром мальабсорбции 25,5%, синдром раздраженного кишечника 29% и хронический холецистит по данным ультразвуковое исследования составило 6,9%. Среди детей от 7 до 10 лет в структуре заболеваний органов пищеварения наиболее часто

встречается Хронический Гастрит и Хронический Гастродуоденит — 34,4%, Дискинезия желчевыводящих путей 28,8%, Хронические холециститы — 15,2%, ФРЖ — 12%, а Хронический энтероколит — 10%, с сочетанной патологией почек и органов пищеварения распределились следующим образом: у 32% - дисметаболическая нефропатия в сочетании с Хроническим холециститом; у 29% - пиелонефрит в сочетании с патологией пищеварительной системы (45% - ФРЖ, 35% - гастродуоденит); 24% - функциональные расстройства желудка в сочетании с оксалатно-кальциевой кристаллурией и изменениями почек по данным ультразвуковых исследований и 15 % составило, инфекции мочевыводящей системы и Хронический энтероколит. Изолированная патология органов пищеварения у 3 группы детей представлена функциональными расстройствами желудка 25% и Хронический Гастродуоденит у 55% детей и 20% язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Среди медико-биологических факторов риска наибольшее значение имеет питание в семье, употребление низкокалорийных, безбелковых и низковитаминных продуктов питания приводит к серьезным нарушениям в организме. Особое значение среди факторов имеет анемия матери в период беременности и на период кормления грудью. По нашим данным анемия матери составило 89,6 % на период беременности и на период кормления грудью. Анемия во время беременности приводит к гипоксии плода, что в дальнейшем после рождения является пусковым механизмом приводящие, к вторичным иммунодефицитным состояниям, а так же к другим различным врожденным и приобретенным патологиям у детей. Наследственная предрасположенность к заболеваниям органов мочевой и пищеварительной систем, является одним из факторов реализации сочетанной патологии почек и органов пищеварения у детей. Анализ генеалогического анамнеза больных с сочетанной патологией почек и органов пищеварения показал, что у большинства детей (67%) с сочетанным поражением органов мочевой и пищеварительной систем выявлена наследственная предрасположенность к различной патологии, в том числе заболеваниям почек (36%), патологии органов пищеварения (41%), обменным (54%), эндокринным (2%), сердечно-сосудистым (4%), аллергическим заболеваниям(4%). У детей с сочетанным поражением органов мочевой и пищеварительной систем выявлена высокая частота(52%) нейровегетативной дисфункции, что не исключает значение фактора нейровегетативных расстройств при моторно-эвакуаторных дисфункциях желудочно-кишечного тракта, а также нарушений уродинамики. У детей с сочетанным поражением почек и органов пищеварения ранним признаком патологического процесса органов мочевой системы был мочевой синдром (73%) в виде оксалатно-кальциевой, уратной или смешанной кристаллурии. Эти данные говорят о высокой минерализация почвы и воды, употребление некачественной питьевой воды, что приводит к нарушению в почках и в органах пищеварения.

Изменения экологии в регионе Приаралья отражается на здоровье подрастающего поколения во многом, это повышенное заболеваемость органов дыхания, в структуре заболеваемости на первом месте пневмонии ОРЗ, бронхиальная астма, бронхиты, большая тенденция роста патологии ЖКТ у детей дошкольного возраста в сочетании с патологией мочевыделительной системы, патологии эндокринной системы. В дальнейшем требует более глубокому изучению воздействия экологических факторов на здоровья и ФР детей регионов Приаралья, в разработке методов профилактики и снижения заболеваемости и укрепления здоровья детей регионов Приаралья[10,16].

Список использованной литературы.

1. Ахмедова Д.И. Метод реком./Рост и развитие детей. Т. 2006
2. Баранов А.А. Физиология роста и развития детей и подростков Учебник / Под ред. А.А Баранова, Л.А. Щеплягинов М.-2000-С.1-17.
3. Баранов, А.А. Проблемы роста и развития здорового ребенка / А.А. Баранов // Рос педиатр, журн. - 1999. - №2. - С.5-7

4. Баранов, А.А. Экологические и гигиенические проблемы педиатрии // Рос педиатр, журн. - 2000. - №2. - С.4-7
5. Вельтищев, Ю.Е. Объективные показатели нормального развития и состояния здоровья ребенка / Ю.Е. Вельтищев, В.П. Петров. - М., 2000. –С. 96
6. Джубатова Р.С. Прогностические критерии состояния здоровья детей/ Р.С. Джубатова; З.С.Умарова, Р.А Гулямов, Ш.Ш.Шоикрамов //Паллиативная медицина и реабилитация. - 2002. - №2-3. - С. 90
7. Исаева Р.Б., С.В.Чой, Г.А. Мергенова// Оценка физического развития детей, проживающих в регионе Аральского моря/ Педиатрия: из XIX в XXI век. – Материалы конференции. – СПб, 2005. – С. 80.
8. Искандерова Ш.Т. Современные эколого-гигиенические проблемы охраны здоровья населения в Приаральском регионе Р. Узбекистан / Бюллетень-Т., 1998 С.41-43
9. Камалов Б.А Арал и Климат /Экологический вестник Т.-2000- С.21-24
10. Каримов У.А. О физическом развитии организованных детей дошкольного возраста Ташкентского региона/ У.А. Каримов, Н.А. Закирова, Д.С. Арипова //Вестн. врача общей практики. - Самарканд, 2001. - №3. - С. 51-52. - Библиогр.: 4 назв.
11. Куанова Л.Б. / О состоянии детей Приаралья Мед. Труда и промышленная экология-1999- № 11- С.26-27
12. Курьязова Ш.М. Физическое развитие и состояние иммунной системы у часто болеющих детей дошкольного возраста региона Приаралья. // Научно-практический журнал «Инфекция, Иммунология и Фармакология».№7. –Ташкент , 2011 - С.15-18
13. Kuryazova Sh .M./ The cytokine status and immunocorrecting therapy for children of preschool age with bronchopulmonary pathology/ Medical and Health Science Journal. –P., 2012/13. P. 25-28
14. Маздняк Т.В. Региональные показатели физического развития у детей и подростков г. Иркутск. // Методическое пособие .И. 2005- С. 10-18
15. Мухамедов Т.М. Ретроспективное изучение физического развития детей и подростков в экологически неблагоприятной зоне Узбекистана/ Т.М. Мухамедов, С.К. Каттаев //Вестн. врача общей практики. - Самарканд, 2001. - №3. - С. 80- 82. - Библиогр.: 9 назв.
16. Мухамедов Т.М. Физическое развитие детей в экологически неблагоприятной зоне Приаралья по результатам ретроспективного исследования/ Т.М. Мухамедов, Р.Т. Халметова //Педиатрия (узб.). - Ташкент, 2004. - №1. - С. 25-28. - Библиогр.: 14 назв.

ТЕЗИСЫ

II. ФТИЗИАТРИЯ

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ

Абдурахманов Дониёр Камилжанович., Хакимов Миразим Алимович., Бозорова Хафиза Яхшибаевна

Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский центр Фтизиатрии и Пульмонологии, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Актуальность: Несмотря на высокую эффективность специфической химиотерапии, излечение больных туберкулезом почки (ТП) более чем в 58-80% случаев связано с оперативным лечением. Среди впервые выявленных больных ТП частота нуждающихся в операции достигает 30-80% (О.Н. Зубань, 2007; М.Н. Тилляшайхов и др., 2015). Применение комплексного клиничко-лабораторного и лучевого исследования при деструктивном ТП позволить выбрать оптимальную хирургическую тактику.

Цель работы: Установить диагностическую ценность лучевых методов обследования в определении хирургического лечения у больных различными осложнениями ТП.

Материал и методы исследования: У 77 больных ТП проводилось комплексное обследование, включившее рентгенологическое, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию (КТ), бактериологическое исследование мочи. Диагноз ТП был установлен на основании выделения микобактерии туберкулеза в моче у 26 (33,8%) пациентов, на основании гистологического исследования - у 29 (37,7%) и на основании клиничко-рентгенологической картины - у 22 (28,5%) больных.

Результаты: Среди деструктивных форм ТП чаще встречалась поликавернозная форма (32,4%) и кавернозная форма - у 19 (24,7%). Результаты лучевой диагностики были достаточно информативными, четкие эхографические признаки ТП были установлены у 63,6%, урографические – у 49,4% и компьютерно-томографические – 73,9% больных. Каверны и множественные каверны, сообщающиеся с ЧЛС, во всех 44 случаях визуализировались при КТ, в 43 – при эхографии и в 17 – при экскреторной урографии. Итак, посредством лучевого изучения различных форм ТП более детально определена структурная сущность специфических изменений в почках, по поводу которых выполняются операции. Из 77 больных деструктивными формами ТП оперировано 45, в том числе нефрэктомии выполнены у 22 (48,9%), чрескожных пункционных нефропиелостомии (ЧПНС) – у 16 (35,5%), реконструктивно-пластические операции мочеточника – у 4 (8,9%), кавернотомии – у 3 (6,7%) пациентов.

Выводы. Таким образом, сравнение эффективности использования эхографических и КТ исследований мочевых путей для выявления туберкулеза почек и мочевых путей с традиционными лучевыми методами демонстрирует более высокие диагностические качества. Эхография, а также при необходимости КТ почек и мочевых путей позволяет с высокой вероятностью выявлять степень уродинамических нарушений и оценивать функциональную сохранность мочевыводящего тракта и почечной паренхимы. КТ является высокоинформативным методом оценки изменений почек при ТП и позволяет дать полную информацию о локализации, размере, деструктивные изменения в паренхиме почки, состояние чашечно-лоханочной системы, а также об изменениях почечных фасций

ДИНАМИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2010 - 2020 ГГ.

Алексо Елена Николаевна, Демидик Светлана Николаевна,
Санукевич Татьяна Геннадьевна*

Гродненский государственный медицинский университет, ГОКЦ
«Фтизиатрия»*, Республика Беларусь, город Гродно

Актуальность. В Гродненской области на основе республиканских нормативных документов проводится реализация мероприятий по улучшению эпидемиологической ситуации по туберкулезу. Выявление и лечение туберкулеза, профилактические мероприятия требуют значительных человеческих ресурсов и материальных затрат.

Цель исследования: оценить ситуацию по туберкулезу в Гродненской области за 2010–2020 гг.

Материалы и методы исследования. Использованы данные из ежегодных статистических отчетов ГОКЦ «Фтизиатрия».

Результаты. За десятилетие в Гродненской области эпидемиологическая ситуация по туберкулезу улучшилась. Заболеваемость активным туберкулезом снизилась с 44,8 на 100 тыс. населения в 2010 г. до 38,2 – в 2015 г. и достигла 12,4 – в 2020 г. Заболеваемость активным туберкулезом органов дыхания составила 36,1 в 2015 г. и 11,9 – в 2020 г., а внелегочными формами – 2,1 и 0,5 на 100 тыс. населения, соответственно. Чаще чем городские, болеют туберкулезом сельские жители. Заболеваемость сельского населения снизилась с 74,3 на 100 тыс. населения в 2010 г. до 22,9 – в 2020 г., заболеваемость городского населения – с 34,0 в 2010 г. до 8,9 – в 2020 г. Показатель смертности снизился за семь лет более чем в 4 раза: 6,0 на 100 тыс. населения – в 2014 г. и 1,3 – в 2020 г. Из 127 пациентов с вновь выявленным туберкулезом – у двух установлен ВИЧ-ассоциированный туберкулез. Значительно сократилось число лиц, находящихся на паллиативном лечении: в 2017 г. – 90 пациентов, в 2019 – 33 и лишь 15 человек – в 2020 г. Из 127 вновь выявленных в 2020 г. пациентов – 90 – мужчины, 37 – женщины. Подавляющее большинство пациентов – в трудоспособном возрасте от 18 до 64 лет (86,7%). Из клинических форм туберкулеза органов дыхания преобладал инфильтративный (63,1%), казеозная пневмония и фиброзно-кавернозный составили 4,1% и 1,6% соответственно, диссеминированный туберкулез – 5,7%, очаговый – 9,8%. Удельный вес внелегочного туберкулеза среди вновь выявленных составил 4,1%. Показатель заболеваемости бациллярными формами туберкулеза органов дыхания подвержен незначительным колебаниям: в 2010 г. – 24,6 на 100 тыс. населения, в 2012 г. – увеличился до 29,6, затем снизился в 2015 г. и 2016 г., до 26,1 и 19,3, соответственно, и продолжил снижение до 17,9 и 10,6 на 100 тыс. населения в 2019 г. и 2020 г. Удельный вес бацилловыделителей среди вновь выявленных больных туберкулезом легких существенно не изменялся с 2013 по 2016 гг. (72,7%, 72,1%, 71%, 74,6%, соответственно), повысился в 2019 г. до 94,9% и в 2020 г. составил 89,3%. Удельный вес МЛУ-ТБ среди вновь выявленных случаев уменьшился с 50,3% в 2010 г. до 36,9% в 2020 г. Достаточно благополучна ситуация по туберкулезу среди детского и подросткового населения. Показатель заболеваемости у детей и подростков (0 – 17 лет) составил 1,42 – в 2019 г. и 0,47 – в 2020 г., что в абсолютных цифрах составило 3 и один человек, соответственно. За два года (2019 и 2020) не было выявлено ни одного случая туберкулеза среди детей и подростков (от 0 до 14 лет).

Выводы. В настоящее время в Республике Беларусь созданы необходимые условия для повышения эффективности выявления, лечения и профилактики туберкулеза, что значительно улучшило эпидемиологическую ситуацию. В Гродненской области за последние 10 лет отмечается убедительное снижение заболеваемости и смертности населения от туберкулеза. Практически отсутствует туберкулез среди детей и подростков.

Однако сохраняющийся высокий удельный вес МЛУ-ТБ среди вновь выявленных пациентов не позволяет считать проблему туберкулеза решенной.

ВКЛАД КОМОРБИДНЫХ ПАТОЛОГИЙ В ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ЗАТРАТЫ СТАЦИОНАРА НА ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Антонова Наталья Петровна

**Белорусский государственный медицинский университет, Республика Беларусь,
город Минск**

Актуальность. В настоящее время вопросы коморбидных патологий за счет тяжести течения, нередко сложности проведения курса полноценной терапии и сравнительно низких результатов лечения по причине наличия фактора взаимного отягощения требуют особого внимания клинициста и занимают лидирующие позиции в списке приоритетных направлений в современной медицине. Для фтизиатрии в данном ракурсе актуальными являются сочетания «ВИЧ-инфекция (ВИЧ) и туберкулез (ТБ)», а также «сахарный диабет (СД) и ТБ». Проблема ВИЧ-ассоциированного туберкулеза остро возникла в конце прошлого тысячелетия, поставив перед ВОЗ новые задачи. Высокие уровни заболеваемости и смертности от туберкулеза среди пациентов, живущих с ВИЧ, вывели этот вариант коморбидных патологий на первое место. Неблагоприятное сочетание ТБ и СД известно давно. По данным литературы до 1922г. 40% пациентов с СД страдали туберкулезом. Причем смертность у этой группы пациентов достигала 90% в первые 2 года за счет прогрессирования коморбидных патологий. На уровне ВОЗ с 2010г. активирована работа в этом направлении. Основой послужили результаты многоцентровых исследований, когда в 2012г. было установлено, что среди взрослого населения проблемы «ВИЧ-ТБ» и «СД-ТБ» по распространенности имеют схожие масштабы — 1,1 млн и 1042000 человек соответственно.

Цель исследования: Изучить экономические аспекты проблемы коморбидных патологий (ВИЧ-ТБ и СД-ТБ) на основе продолжительности стационарного этапа лечения данных категорий пациентов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ статистических карт пациента выбывшего из стационара 1,2,3 фтизиатрических отделений ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» за 2011-2017гг..

Результаты. Распространенность ВИЧ среди пациентов с ТБ в сопоставлении с затратами, обусловленными стационарным этапом лечения за анализируемый период выглядит следующим образом: в 2011году 2,7% пациентов имели ВИЧ-инфекцию, экономические затраты, связанные с продолжительностью лечения, были обусловлены 2,4% койко-дней(к/дн) от общего количества к/дн, относящихся к лечению ТБ; 2012 — 4,2% пациентов (3,9% к/дн), 2013 — 4,7% пациентов (3,8% к/дн), 2014 — 8,2% пациентов (5,5% к/дн), 2015 — 6% пациентов (6,1% к/дн), 2016 — 4,3% (4,5%к/дн). По СД получены следующие результаты: 2011 — 4,5% (5,1% к/дн), 2012 — 5,25, (8,4% к/дн)2013 — 3,6% (4,6% к/дн), 2014 — 5,5% (7,9% к/дн), 2015 — 4,7% (5,4% к/дн) 2016 — 5% (6,1%к/дн).

В модели календарного года(2017г.), когда учитывались к/дн случая, относящиеся только к 2017г., в среднем, на 1 случай госпитализации пациента без ВИЧ и СД приходилось 154 к/дня, сходные значения отмечены для ВИЧ и СДII – 155 и 152 к/дня соответственно, на лечение ТБ у пациента с СДII экономические затраты будут обусловлены в среднем стоимостью 181 к/дня. Летальность в 2017г. среди пациентов с ТБ без ВИЧ и СД составила 4% в группе, с ВИЧ — 7%, с СД — 11%.

Выводы. За анализируемый период времени отмечаются положительные результаты в большей мере в отношении лечения ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, так как сектор ВИЧ в распространенности среди пациентов стационара и сектор затрат на лечение ВИЧ

имеют схожие значения, что косвенно свидетельствует о достижении сопоставимости затрат на лечение среднестатистического случая ВИЧ-ассоциированного туберкулеза и случая без изучаемых коморбидных патологий, в то время как для СД необходимо совершенствование лечебных мероприятий с акцентом на СД.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БОТУЛОТОКСИНА А В ЛЕЧЕНИИ «МАЛОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ» ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

**Алиджанов Сарввар Кашипович¹, Зафар Рахматуллаевич Рашидов²,
Мухтаров Давронбек Зухрович¹**

**Центр развития медицинской квалификации медицинских работников¹,
Ташкентский педиатрический медицинский институт²**

Республика Узбекистан, г. Ташкент.

Актуальность. Лечение туберкулеза мочевого пузыря является не до конца изученным и не разработанным проблемой нефротуберкулеза.

Цель: определить эффективность внутрипузырных инъекций ботулотоксина – А в комплексном лечении больных с туберкулезом мочевых путей.

Материал и методы исследования. Для повышения эффективности лечения «малого» мочевого пузыря при туберкулезе мочевых путей, а также обоснования применения внутрипузырных инъекций ботулотоксина – А проведено обследование 16 пациенток туберкулезом почек и туберкулезом мочевого пузыря с симптомами нижних мочевых путей, у которых, несмотря на специфическую химиотерапию в течении 3-4 месяцев и антихолинолитическую терапию тропием хлоридом в течении 1 месяца, не наблюдалось увеличение емкости мочевого пузыря. В процессе выполнения работы были использованы общеклинические, бактериологические исследования на туберкулез, инструментальные (ультразвуковое эндоскопическое, рентгенологическое) исследование мочевыводящих путей, шкала балльной оценки симптомов нижних мочевых путей (IPSS) с качеством жизни (QoL).

Результаты и их обсуждение. У обследованных больных частота суточных мочеиспусканий составляла до $18,8 \pm 2,4$ раза. Индекс QoL был $5,2 \pm 0,13$. Балл I-PSS составил $28,7 \pm 1,6$ и малая емкость мочевого пузыря ($78,6 \pm 10,4$ мл). Инъекции ботулотоксина А (Neuronox®) в дозе 200 ЕД, проводили с помощью эндоскопической иглы через цистоскоп № 22Ch фирмы Karl Storz в заднюю стенку мочевого пузыря выше межмочеточниковой складки. В стерильный флакон, содержащий 100 ЕД ботулотоксина –А, вводили 10 мл 0,9% натрия хлорида. Оценка эффективности лечения через 30 дней показала, что частота мочеиспусканий сократилась до $10 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) раз в сутки, функциональная емкость мочевого пузыря увеличилась до $196 \pm 28,8$ мл ($p < 0,05$). Положительная динамика отразилась на результатах тестов оценки симптомов мочевых путей и качества жизни. Индекс I-PSS составил $10,6 \pm 0,9$ ($p < 0,05$) и QoL – $2,2 \pm 0,11$. Остаточной мочи ни в одном случае не наблюдалось. У 16 пациентов обследованных через год емкость мочевого пузыря превышала 200 мл, а частота мочеиспусканий в сутки не превышала 8-10 раз.

Выводы. Таким образом, как показали результаты, после внутрипузырных инъекций ботулотоксина А наблюдается выраженная положительная динамика увеличения емкости мочевого пузыря и улучшения качества жизни пациентов. Отмеченное побочное действие в виде мышечной слабости не требовало, какой либо медикаментозной коррекции.

**ПИЛОТНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ УРОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГ -
ВОПРОСНИКА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УСЛОВИЯХ АРИДНОЙ ЗОНЫ**
Азимов Сардор Ильхамович¹, Рашидов Зафар Рахматуллаевич²
Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али Ибн Сино¹,
Республика Узбекистан, город Бухара
Ташкентский педиатрический медицинский институт², Республика
Узбекистан, город Ташкент

Цель исследования: определить информативность урологического скрининг-вопросника у больных туберкулезом в условиях проживающих в особых эколого-географических условиях (аридной зоны).

Материал и методы исследования. Настоящее исследование основано на изучении клинических данных 936 больных с различными формами туберкулеза и с использованием универсального урологического вопросника в условиях Бухарского областного центра фтизиатрии и пульмонологии в период 2019-2020 годы. Нами использован урологический вопросник разработанный сотрудниками РСНПМЦУ и кафедрой урологии Ташкентской Медицинской Академии в рамках государственного гранта СС АТЕХ 2018-539 «Разработка подходов к созданию электронной базы данных больных с наиболее распространенными урологическими заболеваниями». Вопросник включал вопросы относительно симптомов нижнего мочевого тракта, инфекции мочевого тракта, недержания мочи, патологии мужской половой сферы на узбекском языке. На первом этапе исследования был проведен традиционный опрос пациентов. На втором этапе обследования у тех же пациентов применяли разработанный урологический вопросник.

Результаты и их обсуждение. Результаты традиционного опроса пациентов, урологического вопросника сопоставляли с данными объективных методов исследования. Получены следующие значения теста при традиционном опросе: чувствительность – 64,0%, специфичность – 93,0%, точность – 82,3%. При опросе с использованием урологического вопросника получены следующие значения теста: чувствительность – 93,0%, специфичность – 92,0%, точность – 92,6%. Результаты сравнительного анализа диагностической эффективности изучаемых методов опроса показали, что оба метода опроса являются достаточно чувствительными и эффективными методами диагностики наиболее распространенных урологических заболеваний (мочекаменной болезни, инфекции мочевого тракта и доброкачественной гиперплазии простаты), которые также обладают высокой степенью специфичности. Таким образом, при пилотном тестировании урологического скрининг-вопросника чувствительность, специфичность и точность двух различных методов опроса (традиционного метода и с использованием урологического вопросника) были достаточно высокими, о чем свидетельствует близость их цифровых значений. Это говорит о том, что врачи квалифицированы и компетентно проводят сбор анамнеза у больных. Сравнительный анализ диагностических возможностей урологического скрининг-вопросника и традиционного опроса показал, что вопросник обладает более высокой чувствительностью, специфичностью и диагностической точностью.

Выводы. Использование вопросника позволило более точно диагностировать урологические заболевания. Пилотное тестирование урологического скрининг-вопросника показало, что он обладает высокой информативностью и позволяет выявлять урологические признаки заболеваний у больных туберкулезом.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА У КОНТАКТНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В КАЗАХСТАНЕ

Бекембаева Гулбадан Сабитовна
НАО «Медицинский университет Астаны», кафедра Фтизиатрии, Республика
Казахстан

Актуальность. Течение и развитие туберкулеза во многом определяется социальными условиями жизни общества, семьи, когда источником заражения детей являются члены семьи, а также некоторыми другими факторами риска, при которых развитие заболевания становится ожидаемым.

Целью нашего исследования стало изучение характеристики туберкулезного процесса среди детей и подростков в семье, где находится больной туберкулезом, выявление факторов риска, влияющих на развитие заболевания и его исход.

Методы исследования: Были анализированы рентген снимки грудной клетки, общеклинические анализы, исследование мокроты на МБТ, туберкулиновые пробы, наличие и/или отсутствие поствакцинальных рубчиков и сопутствующей патологии среди детей и подростков, проживающих в очагах туберкулезной инфекции. Проведенное аналитическое исследование данных когорты больных туберкулезом детей и подростков, длительно контактировавших с активным больным туберкулезом, обработали в статистической программе SPSS 16 с использованием дескриптивного, корреляционного и факторного анализа.

Результаты: Нами была изучена медицинская документация 36 детей в возрасте от 0 до 18 лет, бывших в контакте с больным туберкулезом, обследованных в условиях противотуберкулезного диспансера. Из которых 9(25%) детей было в возрасте до 3 лет, 3(8,3%) - от 4 до 7 лет, 4(11,1%) детей в возрасте от 8 до 12 лет, 7(19,4%) детей от 13 до 15 лет, 13 (36,1%) детей от 16 до 18 лет. 27(75,0%) детей были направлены на стационарное лечение с локальным туберкулезом. Отсутствие поствакцинальных знаков почти у половины детей младшего возраста (41,6%), говорило об отсутствии у этих детей и подростков специфического противотуберкулезного иммунитета.

Частота встречаемости микобактерий методом посева на питательные среды, как и ожидалось, была выше у старшей возрастной группы, в частности среди подростков. МБТ среди детей в возрасте от 0 до 3 лет были выявлены в 22,2% случаев, а среди подростков 38,5%.

В клинической структуре локального туберкулеза среди детей младшего и школьного возраста (0-12 лет) преобладали первичные формы туберкулеза (ТВГЛ -10(62,5%), ПТК - 5(31,2%)). Начиная с препубертатного возраста и старше, диагностировались вторичные формы туберкулеза (ИТЛ -12(60%)).

Корреляционный анализ, позволил объяснить силу связи между явлениями, при развитии туберкулезного процесса у детей и подростков на современном этапе, он показал умеренную связь между структурой локального туберкулеза среди детей и подростков и методом выявления туберкулинодиагностикой ($p=0,574$, $r\leq 0,05$). Наличие близкого контакта с больным активной формой туберкулеза в высокой степени коррелировало с неблагоприятными материально-бытовыми условиями ($p=0,743$, $r\leq 0,01$), а также с выявлением у этого больного лекарственно-резистентных форм МБТ. Умеренной силы связь была определена между уровнем материально-бытовых условий и исходом заболевания, чем тяжелее были материально-бытовые условия проживания детей и подростков, тем чаще ставился исход заболевания, как Неудача лечения ($p=0,432$, $r\leq 0,05$).

Вывод: Зная степень корреляционной связи между показателями внутри факторов, мы можем регулировать проведение организационных мероприятий по раннему выявлению локального туберкулеза среди детей и подростков и своевременно проводить профилактические меры по предупреждению заболевания в этих возрастных группах.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Горбач Лариса Александровна

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Республика Беларусь, город Минск

Актуальность. Согласно данным глобальных докладов по туберкулезу Всемирной организации здравоохранения на протяжении 5 последних лет (2016-2020 годы) Республика Беларусь входит в десятку стран с самым высоким бременем лекарственно-устойчивого туберкулеза. При этом тенденций к снижению данного показателя не наблюдается. Увеличение удельного веса лекарственно-устойчивых форм отмечается среди всех возрастных групп населения, включая детское и подростковое население. Это свидетельствует о том, что в ближайшем будущем проблема туберкулеза, в том числе его лекарственно-устойчивых форм, не утратит своей значимости для здравоохранения Республики Беларусь. В этой связи изучение эпидемических закономерностей распространения туберкулеза среди населения страны приобретает особую значимость.

Цель исследования: изучить динамику показателей заболеваемости туберкулезом в Республике Беларусь за 10 лет (2010-2019 годы) с использованием метода прямой стандартизации и Европейского стандарта населения.

Материалы и методы. В работе были подсчитаны возрастные показатели заболеваемости туберкулезом за 2010 – 2019 годы в возрастах 0-17, 18-34, 35-54, 55 лет и старше. Проведена прямая стандартизация полученных возрастных показателей с использованием Европейского стандарта населения, включавшего среднее значение населения в отдельных возрастных группах 27 стран Европейского союза и 4 стран Европейской ассоциации свободной торговли. Европейский стандарт населения разработан на основе демографических прогнозов и усредненных показателей численности населения за период 2011-2030 годы. (Revision of the European Standard Population — Report of Eurostat's task force Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013 — 121 p.).

Результаты и их обсуждение. В Республике Беларусь за 2010 – 2019 годы показатель заболеваемости туберкулезом населения в возрасте 0-17 лет снизился с 4,0 (2010 год) до 1,2 (2019 год) на 100 тысяч человек или в 3,3 раза. Такая же динамика показателя заболеваемости отмечалась и в следующем возрастном периоде: в возрасте 18-34 года показатель заболеваемости снизился с 52,4 до 15,9 на 100 тысяч человек или в 3,3 раза. Замедленными темпами отмечалось снижение показателя заболеваемости в старших возрастных группах: 35-54 года, 55 лет и старше. Показатель заболеваемости в возрасте 35-54 года снизился с 68,9 до 29,6 на 100 тысяч человек или в 2,3 раза, а в возрасте 55 лет и старше - с 42,1 до 21,7 на 100 тысяч человек или в 1,9 раза. В целом в Республике Беларусь общий показатель заболеваемости туберкулезом среди всего населения снизился с 45,8 до 18,6 на 100 тысяч человек или в 2,5 раза. После проведения прямой стандартизации показателей по возрасту с использованием Европейского стандарта населения показатель заболеваемости туберкулезом населения Республики Беларусь составил 44,4 на 100 тысяч человек в 2010 году и 18,8 в 2019 году. В динамике лет он снизился в 2,4 раза.

Выводы. За 10 лет (2010-2019 годы) показатели заболеваемости туберкулезом в Республике Беларусь снизились во всех возрастных периодах. Более выраженное снижение (в 3,3 раза) отмечалось в возрастных группах 0-17 лет, 18-34 года. В возрастных группах 35-54 года и 55 лет и старше снижение показателя заболеваемости было менее выражено (в 2,3 и в 1,9 раза). Общий показатель заболеваемости туберкулезом населения снизился в 2,5 раза, после стандартизации возрастных показателей заболеваемости с использованием Европейского стандарта населения выявленная закономерность сохранилась. Следовательно, возрастной состав населения Республики Беларусь существенно не отличался от возрастного состава населения европейских стран и не влиял на динамику

показателей заболеваемости туберкулезом, как по возрастным группам, так и в целом среди всего населения страны.

ИЗУЧЕНИЕ СТРАТЕГИЙ ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С МЛУ/ТБ И НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ К ЛЕЧЕНИЮ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Джурабаева Мухаббат Хусановна., Анварова Екатерина Анваровна., Султанов Санжар Аманович

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Туберкулез является одним из распространенных заболеваний в мире и сопровождается определенными нервно-психическими нарушениями. Длительность лечения туберкулеза, сочетанное с отрывом от дома и семьи, явления интоксикации, а также интенсивность переживаний становятся причиной психологической травматичности, приводящих к нарушению адаптивных систем психики.

Цель исследования. «Изучить эмоциональный, мотивационный, когнитивный компоненты отношения к болезни у больных с МЛУ туберкулезом легких, выявление скрытых защитных механизмов и стратегий поведения психоэмоциональной сферы»

Материалы и методы исследования. Объектом исследования было 83 человека (39 женщин и 44 мужчин) в возрасте 20–60 лет, которые были разделены на 3 группы: I группа (контрольная) – лица, не имеющие соматических заболеваний на момент исследования (n=40), II группа – впервые выявленные больные с МЛУ/ТБ лёгких (n=22) и III группа – повторно леченные больные с МЛУ/ТБ лёгких (n=21), лечившиеся на базе терапевтического отделения №2 Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии РУз (г. Ташкент) в 2019-2020 годы.

Результаты исследования и их обсуждение. При сравнении групп, на среднем уровне значимости $p < 0,05$ в II группе была обнаружена большая выраженность таких стратегий, как конфронтация, стратегия бегства- от болезни, поиск социальной поддержки. Кроме того, диагностика конфронтации в общении выявила большое значение избегания: в 56% случаев первично выявленные больные склонны уходить от решения проблемы, нежели достигать соглашения с партнером путем переговоров и дипломатии (14%) или же дать адекватный отпор обидчику (32% случаев). Наиболее выраженными у больных II и III групп являются неврастенический, тревожный, эргопатический, эгоцентрический и дисфорический типы отношения к болезни. Наблюдалось преобладание двух и даже более типов одновременно, что говорит о недостаточной сформированности конкретного отношения к болезни и лечению. При сравнении контрольной и экспериментальной III группы, $p < 0,05$

Вывод: Воздействуя на привычные для пациента стратегии (дистанцирование, бегство-избегание), заменяя их более адаптивными стратегиями (поиск социальной поддержки, принятие ответственности), можно позитивно изменить его отношение к болезни, к перспективам ее лечения, предупредить явления недопонимания, что приведет к большей эффективности лечения.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЛУ-ТБ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Демидик Светлана Николаевна, Алексо Елена Николаевна, Вольф Сергей
Борисович

Гродненский государственный медицинский университет,
Республика Беларусь, город Гродно

Актуальность. Актуальность проблем туберкулеза и сахарного диабета определяет неуклонный рост числа пациентов с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий (МЛУ-ТБ), а также увеличение распространенности сахарного диабета в мире. Значимость данного вопроса во фтизиатрии обусловлена особой подверженностью пациентов с сахарным диабетом туберкулезной инфекции. Отмечено, что активный туберкулез у пациентов данным фактором риска выявляют в 3–11 раз чаще, чем у остального населения.

Цель исследования: Оценить и провести сравнительный анализ отдаленных результатов лечения МЛУ-ТБ в группах пациентов с сахарным диабетом и без значимых отягощающих факторов.

Материалы и методы. Обследовано 75 пациентов с МЛУ-ТБ. Основную группу (ОГ) составили 25 пациентов с МЛУ-ТБ и сахарным диабетом. Группа сравнения (ГС) – 50 пациентов с МЛУ-ТБ без факторов риска.

При сравнительной оценке клинических характеристик пациентов ОГ и ГС с МЛУ-ТБ не было выявлено значимых различий по полу, возрасту, истории предыдущего противотуберкулезного лечения, спектре лекарственной устойчивости микобактерий. Отмечено, что при поступлении в ОГ инфильтративный туберкулез легких был диагностирован в 60,0% случаев против 82,0% в ГС ($p < 0,05$). У пациентов ОГ туберкулез легких носил распространенный характер в 72,0% случаев против 42,0% в ГС ($p < 0,05$). Исходно у пациентов с МЛУ-ТБ наличие деструкции в легких было подтверждено в ОГ и в ГС у 68,0% и 30,0% соответственно, ($p < 0,05$). Следует отметить, что при поступлении в стационар декомпенсация или субкомпенсация углеводного обмена выявлена у 68% пациентов ОГ. Всем пациентам после дополнительного обследования и консультации эндокринолога была проведена коррекция терапии сахарного диабета.

После окончания всего курса лечения проведена оценка клинической эффективности терапии пациентов с МЛУ-ТБ в ОГ и ГС. При сравнительном анализе использовались критерии: «успешное лечение» – сумма случаев туберкулеза с исходами «излечение» и «лечение завершено»; «не успешное лечение» – случаи туберкулеза с исходами «неэффективное лечение», «смерть», «потеря для последующего наблюдения».

Результаты и их обсуждение. При сравнительном анализе отдаленных результатов терапии пациентов с МЛУ-ТБ ОГ и ГС не установлено значимого влияния сахарного диабета на исход лечения. Установлено, что показатель «успешное лечение» был достигнут у 80,0% пациентов ОГ и у 88,0% в ГС. В обеих группах отсутствовали пациенты с исходами «неэффективное лечение». Исход терапии «смерть» на фоне основного курса лечения (от любой причины) зарегистрирован у 12% пациентов ОГ и у 4,0% в ГС ($p > 0,05$).

Выводы. При сравнительном анализе отдаленных результатов лечения групп пациентов с МЛУ-ТБ не установлено значимого влияния сахарного диабета на показатель «успешное лечение». Таким образом, показано, что назначение комбинированной индивидуальной химиотерапии, учитывающей анамнез противотуберкулезной терапии и результаты тестов лекарственной чувствительности, коррекция уровня глюкозы в крови позволяет достичь высоких показателей успешного исхода лечения у пациентов с МЛУ-ТБ и с сопутствующим сахарным диабетом.

МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ У ПАЦИЕНТКИ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ С COVID-19

Дьяченко Павел Анатольевич¹, Дьяченко Анатолий Григорьевич²
ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского
НАМН Украины»¹, Украина, город Киев
Медицинский институт Сумского государственного университета², Украина, город
Сумы

Актуальность. Клинические признаки COVID-19 достаточно разнообразны. Li et al. (2020), предположили, что SARS-CoV-2 может оказывать неблагоприятное воздействие на ЦНС, поскольку проникновение вируса в мозг может частично способствовать развитию дыхательной недостаточности у некоторых пациентов. Наблюдаемая гипосмия и дисгевзия у многих пациентов с COVID-19 подтверждают нейротропизм этого вируса. В некоторых исследованиях сообщается, что COVID-19 может повредить ЦНС. Однако нейроинвазивный потенциал SARS-CoV-2 остается плохо изученным и требует дальнейшего изучения.

Цель. Обратить внимание клиницистов на возможные поражения центральной нервной системы (менингоэнцефалит) у пациентов с COVID-19.

Материалы: Больная М., 44 лет, пекарь, поступила в отделение нейроинфекций ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского НАМН Украины» с жалобами на выраженную слабость, головные боли, головокружения, нарушение координации, стойкий субфебрилитет (до 37,5 С), нарушения речи (моторная афазия), онемение и парестезии в конечностях (больше справа), боли при движениях, тошноту. Из анамнеза: болеет с 02/01/2021, когда появились симптомы ОРВИ. 16/01 была госпитализирована по м/ж (Южноукраинск, Николаевская обл.) с д-зом COVID-19 (ПЦР+), двусторонняя нижнедолевая пневмония ДН 1, где проходила лечение согласно протоколу МОЗ Украины на протяжении 11 дней. 05/02 состояние резко ухудшилось (появились слабость и онемение в конечностях, головные боли и нарушение речи. Находилась на стационарном лечении в неврологическом отделении по месту жительства с диагнозом: постинфекционная полинейропатия (COVID-19). Проводилась нейропротекторная и противоотечная терапия, на фоне которой состояние ухудшалось (нарастали головные боли, слабость и парестезии в конечностях). Больная была выписана с отрицательной динамикой. При поступлении: в сознании контактна, адекватна, речь затруднена по типу моторной афазии. Зрачки D=S, горизонтальный нистагм, боли в точках выхода n, trigemini с обеих сторон. Рефлексы несимметричные S>D, высокие. Мышечная сила снижена на конечностях до 3-х баллов. С-м Бехтерева ротовой позитивный. Менингеальные знаки позитивные (ригидность мышц затылка 4 см, с-мы Кернига, Брудзинского нижний, Мацкевича позитивные). В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз ($12,7 \cdot 10^9/\text{л}$) с относительным нормоцитозом. В биохимическом анализе крови – без особенностей. Коагулограмма – некоторое снижение протромбинового индекса (71,4% N-80-100%). Д-димер – норма. В анализе СМЖ на момент поступления отмечается цитоз 31/мкл (нейтрофилы 24%, лимфоциты 75%), белок 0,73 г/л, глюкоза 1,4 ммоль/л, с тенденцией к росту цитоза (59/мкл, нейтрофилы 46%, лимфоциты 54%) и дальнейшему снижению уровня глюкозы (1 ммоль/л) и повышению уровня белка (1,4 г/л). Так же в ликворе были выявлены антитела IgG CMV. Бактериологические исследования, ПЦР герпесвирусов, токсоплазма, клещевых инфекций, Genxpert tbc были отрицательные. Учитывая эти данные был назначен ганцикловир в/в капельно 1 г/сут, дексаметазон (внутривенно и эндолюмбально по 4 мг), так же учитывая уровень глюкозы и белка, ex juvantibus назначена специфическая терапия (изониазид, канамицин, левофлоксацин, флуконазол). Также был назначен внутривенный человеческий иммуноглобулин в дозе 2 г/кг/курс. Через 2 недели на фоне проводимой терапии состояние больной улучшилось (уменьшились головные боли, слабость и

парестезии в конечностях). Цитоз 3 клетки, белок 0,55 г/л, глюкоза 2,4 ммоль/л. Больная была выписана под наблюдение профильных специалистов по м/ж и продолжение специфической терапии. Рекомендован контроль показателей СМЖ через 3 мес.

Выводы: Этот случай дополняет появляющуюся литературу, описывающую неврологические последствия, влияющие на центральную нервную систему у пациентов с COVID-19. Применение внутривенного человеческого иммуноглобулина в случаях менингоэнцефалита смешанной этиологии ведет к улучшению клинической симптоматики, более быстрой нормализации лабораторных показателей.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Емельянова Наталья Александровна, Кривошеева Жанна Ивановна., Лицкевич Лариса Владимировна

Белорусский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, Минск

Актуальность. Начало XXI столетия характеризуется снижением заболеваемости и изменением структуры клинических форм туберкулеза органов дыхания (ТОД) у детей и подростков. Одним из неблагоприятных проявлений патоморфоза туберкулеза у подростков является увеличение удельного веса пациентов с наличием факторов повышенного риска, в том числе и сопутствующих заболеваний, которые создают условия для прогрессирования специфического процесса. Диагностика и лечение сопутствующей патологии у больных туберкулезом повышает шансы на благоприятный исход ТОД.

Цель работы: определение современных особенностей течения ТОД у подростков, оценка частоты и структуры сопутствующей ТОД патологии за трехлетние периоды 2000-2002 г., 2009-2011 г., 2016 - 2018 гг.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 225 медицинских карт стационарных пациентов в возрасте 15-17 лет, находившихся на лечении в клиническом отделении ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» г. Минска. В исследование были включены: медицинские карты 60 пациентов, находившихся на лечении в период с 2000 – 2002 гг.(1 группа), медицинские карты 120 подростков с туберкулезом органов дыхания (ТОД), находившихся на лечении в период с 2009 по 2011 гг.(2 группа) и медицинские карты 45 пациентов, находившихся на лечении в период с 2016 по 2018 гг. (3 группа).

Среди показателей, характеризующих сопутствующие заболевания изучались их частота и структура. Заболеваемость подростков туберкулезом органов дыхания изучали по данным государственной статистической отчетности за указанные периоды. Статистическая обработка проведена при помощи программ «Statistica 10» и «Microsoft Excel».

Результаты и их обсуждение. В Республике Беларусь с 2000 года показатель заболеваемости туберкулезом органов дыхания подростков, так же как и взрослого населения, неуклонно снижался и составил: в 2000 г.- 15,6 на 100 тыс. населения, в 2009 г.- 10,8, в 2018 г.- 3,3 соответственно. Число пациентов, проживающих в сельской местности в группах исследования составило: 1 - 28,3%; 2 -35,3%; 3 - 21,7% соответственно ($p < 0,001$). В ходе проведенного нами исследования определены частота и структура сопутствующей патологии у подростков, страдающих ТОД в трех группах. Наличие сопутствующей патологии у 36,6% подростков первой группы, а второй – у 6,6%, третьей-82,2%. Структура сопутствующей патологии: патология ЖКТ -59%; 38%; 3,3% соответственно, патология почек – 23%; 38%; 10%; прочие (анемии, различные опухолевые процессы и др.) – 18%; 25% 28% соответственно.

Современное течение ТОД характеризуется изменением сопутствующей патологии: наиболее распространенной нозологической формой является патология органов зрения-миопия (31,1%), заболевания сердечно-сосудистой системы – 20%, патология щитовидной железы – 11,1%.

Наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями в исследуемых группах были: болезни ЛОР-органов (23,7%; 5,6%; 11,6%), болезни ЖКТ и органов дыхания (19,1%; 17,6%; 6,4%) соответственно. У подростков с ТОД были выявлены заболевания мочевыводящей (11,2%) и нервной систем (12%), сахарный диабет (6,4%), увеличился удельный вес пациентов с заболеваниями органа зрения до 31%, .которые не были отмечены в сопутствующих диагнозах в 2000-2002 гг.

Выводы. Таким образом, нами установлено изменение сопутствующей патологии: количественное (увеличение доли пациентов с сопутствующими заболеваниями) и качественное (появление новых нозологических форм, изменение структуры сопутствующей патологии). Распространенность сопутствующих заболеваний у подростков, больных ТОД, в настоящее время составляет 83,3% и имеет тенденцию к ежегодному увеличению.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИНЕЗОЛИДА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЕГКИХ

Исломова О.Р. Холбоев Э.Н.

Филиал центра Фтизиатрии и Пульмонологии Бухарской области, Республика Узбекистан, г. Бухара.

Актуальность. В лечении резистентного туберкулеза широко применяется линезолид, препарат последнего поколения, который отличается действием на ШЛУ туберкулез.

Цель: Изучение эффективности линезолида в комплексной терапии больных с ЛУ туберкулёзом легких.

Материал и методы обследования: Обследовано 24 больных с вновь выявленным МЛУ-ТБ, которые получали химиотерапию по программе ВОЗ. В качестве дополнительной терапии использовали линезолид в виде раствора по 300мг внутривенно капельно в течении 1 месяц. В качестве контрольной группы обследовано 10 больных с вновь выявленным МЛУ-ТБ, которые получали химиотерапию по ВОЗ, без включения линезолида. Лекарственная устойчивость определена методом Gene Xpert. Больные по полу распределялись следующим образом: в 1- группе мужчин было 18 (75%), женщин - 4 (25%). Возрастная структура больных: до 20 лет - 2 (8,3%), от 20 до 40 лет - 16 (66,7%), от 40 до 60 лет - 4(16,7%), старше 60 лет -2 (8,3%). Во 2- группе мужчин 8 (80%), женщин 2 (20%).По клиническим формам туберкулёза больные распределялись следующим образом: в 1 группе: инфильтративный туберкулёз легких выявлен у 4 больных (16,7%), кавернозный - у 4 (16,7%), фиброзно-кавернозный - у 16 (66,7%). Во 2- группе инфильтративный туберкулёз легких у 2 (20%), кавернозный - 3(30%), фиброзно-кавернозный - 5 (50%).Осложнения туберкулёза легких в 1- группе больных встречалось у 12 (50%) больных. Из них у 6 (50%) кровохарканье, у 4 (33,3) дыхательная недостаточность, у 2 (16,7%), легочная – сердечная недостаточность. Во 2 группе больных осложнения не наблюдалось. В 1 группе больных у 20 (83,3%) процесс был двусторонним, у 4 (16,7%) – односторонним. Во 2 группе больных у 8 (80%) процесс был двусторонним, у 2 (20%) односторонним.

Результаты: У больных 1- группы, инфильтративные изменения после применение курса линезолида в комплексной терапии рентгенологически уменьшился до очаговой формы,

бактериологически ВК от 1+ снизился до 1-9 КУБ. У больных 2- группы инфильтрат частично рассосался, бактериологически ВК 1+, без изменений. У больных 1- группы кавернозной форме - каверна уменьшилась, бактериологически ВК от 1+ снизился до абацилирования. Во 2- группе больных кавернозной формой ТБ рентгенологическая картина оставалась стабильной, бактериологически ВК снизился от 2+ до 1+. В 1- группе больных с фиброзно-кавернозной формой каверна уменьшилась и фиброз становился больше, бактериологически ВК от 50-100 КУБ снизился до абацилирования. Во 2- группе больных с фиброзно-кавернозным процессом рентгенологическая картина оставалась стабильной, бактериологически ВК снизился от 10-50-КУБ до 1-9.

Заключение. При применении курса линезолида в комплексной терапии по программе ВОЗ наблюдались рассасывание инфильтратов и уменьшение каверн, а также абациллирование наступает быстрее чем стандартные схемы лечения.

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ, ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У ДЕТЕЙ

**Медведева Надежда Валентиновна, Мухтермова Вера Николаевна, Шамшиева
Нилуфар Нигматиллаевна**

**Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Республика Узбекистан,
г.Ташкент**

Актуальность. Наиболее часто встречающейся формой туберкулеза у детей до 14 лет, как и прежде, остается туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. В последнее время, диагностика данного заболевания вызывает ряд затруднений, чему способствует уменьшение тяжести течения туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, изменение клинической картины, а также отсутствие бактериовыделения.

Цель исследования: Рассмотреть особенности выявления, течения и диагностики туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов у детей.

Материалы и методы. Нами были проанализированы данные 96 детей, поступивших на обследование и лечение в детскую фтизиатрическую больницу города Ташкента.

Все дети были комплексно обследованы, включая применение компьютерной томографии и современных иммунологических тестов (пробы Манту с 2ТЕ, пробы Диаскинтест). После проведенного комплексного клиничко-рентгенологического обследования, у 78 детей подтвержден диагноз туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, у 18 диагноз туберкулеза отвергнут. Всех больных разделили на 4 группы. В 1-й группе было 31 больных. На томограммах этих больных выявляются лимфатические узлы 1,5—2,5 см 1—2 групп с одной (у 20) или двух (у 11) сторон. Во 2-й группе 20 больных с мелкими (0,3—0,5 см) лимфатическими узлами. В 3-ю группу отнесено 16 больных. Вкрапления известны отмечены у 4 больных, у 12 больных выявились рубцовые изменения бронхов с обеих (у 4) или с одной (у 8) стороны. В 4-ой группе 11 больных с неспецифическим поражением легких.

Результаты и их обсуждения. Мальчиков было 44,2 %, девочек— 55,8%. Контакт с бациллярными больными установлен у 62,3% детей, заболевших туберкулезом. В 74 % случаев контакт был семейным, в 26 % — кратковременным, случайным (со знакомыми и дальними родственниками). Химиопрофилактику по поводу контакта получали 35,7 % детей. У 37,7% детей заболевание выявлено при обследовании по поводу различных клинических симптомов.

Клинические проявления заболевания наиболее ярко проявлялись у больных 1-й группы- повышение температуры у 28 (90,3%), изменение гемограммы у 26 (83,8%). Осложненное течение наблюдалось у 38,7 % детей данной группы.

Симптомы туберкулезной интоксикации во 2-й группе обнаруживались у 17(85%) больных, субфебрильная температура - у 16 (80%), изменение гемограммы- у 9(45%).

В 3-й группе у 14 (87,5%) человек выявлялись симптомы интоксикации: повышение температуры у 11(68,7), изменение гемограммы у 8 (50,0%). Специфический процесс в лимфатических узлах признан активным у 6(37,5%) человек.

В 4-ой группе заболевание протекало бессимптомно у 3 (27,2%) из 11 больных.

Выводы. Выявление туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, протекающего без выраженной гиперплазии и кальцинации лимфатических узлов представляют некоторые диагностические затруднения, поэтому для постановки диагноза необходимо комплексное обследование детей, включая применение компьютерной томографии и современных иммунологических тестов.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Могилевец О.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Актуальность. Туберкулез продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной медицины во многих странах мира. Особое внимание следует обратить на медицинских работников, проводящих выявление, диагностику, лечение и наблюдение за пациентами с туберкулезом. Медицинские работники относятся к «обязательным контингентам» в плане раннего выявления туберкулеза и, по сути, входят в группу повышенного риска инфицирования и развития заболевания, что связано не только с прямым контактом с бактериовыделителями, но и напряженным характером труда.

Цель исследования: анализ заболеваемости туберкулезом профессиональной этиологии в Гродненской области.

Материалы и методы. Выполнен анализ медицинской документации пациентов, состоящих на диспансерном учете в Гродненском областном центре профпатологии (медицинские карты амбулаторного пациента, санитарно-гигиенические характеристики условий труда). Статистическая обработка результатов производилась при помощи программы Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. За период с 1994 по 2021 год в Гродненском областном центре профпатологии профессиональный туберкулез установлен 30 пациентам. Средний возраст заболевших составил 37 (30; 43) лет. Стаж работы на момент установления диагноза составлял в среднем 8 (4; 12) лет (min 1 год, max 23 года). Выявление профессионального туберкулеза чаще всего происходило при проведении периодических медицинских осмотров (23 случая (76,7%)), при этом самостоятельное обращение с симптомами позволило поставить данный диагноз только у 7 пациентов (23,3%) ($p < 0,001$), что подчеркивает важную роль профилактических осмотров и рентгенологических методов диагностики.

Заболеваемости медицинских работников туберкулезом в Гродненской области за исследуемый период времени значительно колебалась. В среднем ежегодно диагностируются от 1 до 4 случаев, а в 1995, 1996, 2001, 2003-2005, 2007, 2008, 2015 и 2017-20 годах в области не выявлено ни одного заболевания.

Наиболее подвержены профессиональному туберкулезу работники противотуберкулезных организаций здравоохранения – 29 (96,7%) пациентов и только один (3,3%) случай зарегистрирован у работника общей лечебной сети ($p < 0,001$).

Интересным представляется доминирование младшего медицинского персонала среди заболевших: 10 (33,3%) случаев, у медицинских сестер – 8 (26,7%) случаев, $p < 0,05$. При этом у врачей профессиональный туберкулез выявлен в 8 (26,7%) случаях, среди лаборантов клинико-диагностических лабораторий (КДЛ) – 4 случая (13,3%).

Среди клинических форм чаще всего регистрировался очаговый туберкулез – 19 (63,4%) случаев, инфильтративный – 6 (20%) случаев, туберкулема – 3 (10%), всего по 1 случаю (3,3%) – туберкулезный плеврит, туберкулез верхнедолевого бронха.

Выводы. Профессиональный туберкулез – самое распространенное профессиональное заболевание среди медицинских работников Гродненской области, как и в целом в Республике Беларусь. К группе наибольшего риска стоит относить младший и средний медицинский персонал. Особое внимание следует обратить на проведение периодических медицинских осмотров, тщательность и скрупулезность которых является основой своевременной диагностики заболевания. Основным методом снижения профессиональной заболеваемости является строгое соблюдение мер инфекционного контроля, направленных как на уменьшение воздействия (использование СИЗ, оптимизация условий труда), так и на повышение резистентности организма (раннее выявление и коррекция сопутствующей патологии, иммунологических нарушений, проведение оздоровительных мероприятий). Отдельное внимание следует уделять вопросам постоянного обучения медперсонала.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ РЕЦИДИВЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Мухамедов Казим Сабитович., Ходжаева Мавлюда Иногамовна., Каюмова Сабина Серверовна

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Рост интенсивного показателя рецидивов туберкулеза имеют определенную роль в формировании контингента больных диспансерного учета и пополняют резервуар туберкулезной инфекции.

Цель исследования: Изучение клинических и микробиологических особенностей рецидивов туберкулеза легких.

Материал и методы. Нами проанализированы 84 больных с рецидивами туберкулезом легких с положительными результатами мазка мокроты. Мужчины составили 71 (84,5%). Пациентов в возрасте 18-49 лет было - 62 (73,8%), старше 60 лет – 22 (26,2%). Среди заболевших 55 (65,5%) составляли неработающие лица.

В 66 (78,6%) случаев рецидивы туберкулеза возникли в зоне остаточных посттуберкулезных изменений, в 8 (9,5%) – в противоположном легком, в 10 (11,9%) – в обоих легких.

Результаты. Лекарственная чувствительность микобактерий туберкулеза (МБТ) (при первичном регистрировании пациентов) к противотуберкулезным препаратам основного ряда была сохранена в 65 (77,4%) случаев. При повторном заболевании обнаружены МБТ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) в 57 (67,8%) случаев. Такой результат возможен продолжением процесса генерирования ЛУ МБТ. Вместе с этим, не исключается повторное заражение резистентными штаммами МБТ при повторном заболевании. Только исследования использованием методик генетического типирования МБТ дает возможность дифференцировать рецидив от реинфекции. Установлены следующие клинические формы среди рецидивов туберкулеза: инфильтративный туберкулез – у 73 (86,9%) при первичном поступлении и у 56 (66,7%) при повторном поступлении, диссеминированный - 8 (9,5%) и 19 (22,6%) соответственно, фиброзно-кавернозный – 3 (3,6%) и 9 (10,7%) соответственно. О тяжести и распространенности

рецидива туберкулеза можно было судить по количеству пораженности процессом долей и сегментов легкого, наличию полостей распада легкого, характеру и размерам каверн.

Заключение. Рецидивы туберкулеза легких отличаются распространенностью процесса, прогрессирующим тяжелым течением, представляют большую эпидемиологическую опасность обусловленный штаммами МБТ с МЛУ.

SILNING SURUNKALI SHAKLLARI BILAN KASALLANGAN BEMORLARGA PALLIATIV TIBBIY YORDAM KO'RSATISHNING AHAMIYATI

**Mamatova Nargiza Toirjonovna, Ashurov Abduvaliy Abduxakimovich,
Abduxakimov Baxrombek Abduvaliyevich
Samarkand davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston Respublikasi, Samarqand shaxri**

Dolzarlighi. Jaxon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) tavsifiga ko'ra, palliativ tibbiy yordam-bu hayotga xavf soluvchi kasallik bilan bog'liq muammolarga duchor bo'lgan bemorlar (kattalar va bolalar) va ularning oilalarini hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan yondashuvdir. U erda tashxis qo'yish, og'riqni to'g'ri baholash va davolash orqali bemorlarning azoblanishini yengillashtiradi va bartaraf qiladi, shuningdek jismoniy, ruxiy yoki psixosozial muammolarni xal qilib beradi.

Maqsadi: Silning og'ir va surunkali shakllari bilan kasallangan bemorlarning palliativ tibbiy yordam ko'rsatilishiga bo'lgan ehtiyojni aniqlash.

Materiallar va tekshiruv usullari. Ushbu tadqiqotda 2020 yilda Samarqand viloyat ftiziatriya va pulmonologiya markazining davolash bo'limlarida davolanayotgan 43 nafar ahvoli og'ir yoki o'rta og'ir bo'lgan bemorlar ishtirok etdilar. Axvoli o'ta og'ir va sil meningiti kuzatilgan bemorlar bilan muloqot qilish qiyin bo'lganligi uchun bunday bemorlar tadqiqotda qatnashmadilar. Bemorlarda havotir va tushkunlikning darajasini aniqlashga yordam beruvchi A.S. Zigmond va R.P. Snaith tomonidan ishlab chiqilgan HADS shkalasidan, uzoq kuzatuvda bo'lgan bemorlarda komorbidlik darajasi aniqlash uchun Charlson shkalasidan, surunkali og'riqni baxolash uchun esa vizual analog shkalasidan (Visual Analog Scale - VAS) foydalandik.

Tekshiruv natijalari va ularning muhokamasi. Bemorlarning o'rtacha yoshi $42,1 \pm 3,4$ ga teng edi. Silning klinik shakllarining uchrashi quyidagicha: 27 (62,7%) ta bemorda fibroz-kovakli sil, 12 (27,9%) ta bemorda tarqoq sil (shu jumladan generallashtirgan shakli ham), 4 (9,4%) ta bemorda esa kazeoz zotiljam kuzatildi. 9 (20,9%) nafar bemorda OIV infeksiyasi aniqlandi. Barcha bemorlarga asosiy va zahira qatoridagi dorilar bilan ximioterapiya o'tkazildi. 7 nafar bemorga antiretrovirusli davolash ham o'tkazildi. 29 (67,4%) nafar bemorlarda yetakchi klinik simptom sifatida nafas qisilishi, shuningdek nafas yetishmovchiligi belgilari kuzatildi. Og'riq sindromi 15 nafar bemorda qayd etildi, 7 (16,3%) nafar bemor esa bu sindrom ularda ustunlik qilayotganini aytishdi. 4 ta bemorda to'mtoq og'riqlar, 2 ta bemorda yondiruvchi og'riqlar, 2 ta bemorda o'tkir og'riqlar, 6 ta bemorda teshib o'tuvchi va 1 ta bemorda bosimli og'riqlar kuzatildi. 2 ta bemorda doimiy og'riq, 13 ta bemorda davriy og'riqlar borligi aniqlandi. Og'riqni kuchaytiruvchi omillar sifatida bemorlar quyidagilarni qayd etishdi: jismoniy faollik (4), tana holatini o'zgartirish (3), chuqur nafas olish va yo'talish (9), isitmalash (1) va silga qarshi dorilarni qabul qilish (2). Og'riqni yengillashtiradigan omillar sifatida esa quyidagilarni qayd etishdi: chalqancha yotish (5), og'riq qoldiruvchi vositalarni qabul qilish (6) va yo'talni qoldiruvchi vositalarni qabul qilish (8). Ikki nafar bemor esa xech bir vosita og'riqni yengillashtirmaganini aytishdi. Keyingi o'rindagi klinik belgi sifatida yo'tal (13 (30,2%) ta bemor "azob beruvchi yo'tal" deb ta'kidlashdi), anoreksiya, varaja, uyqusizlik, holsizlik holatlari kuzatildi. Deyarli barcha bemorlar (41 (95,3%) nafar bemor) stasionarga yotqizilganlaridan so'ng kasallik belgilari yengillashtirganini qayd etishdi.

Xulosa. Silning og'ir shakllari bilan kasallangan bemorlar ularda mavjud bo'lgan yo'ldosh kasalliklari tufayli bir vaqtning o'zida bir nechta mutaxassis, ya'ni terapevt, infeksiyachi, kardiolog, endokrinolog, jarrox, nevrolog yordamiga muhtoj bo'lishadi. Shuningdek, bunday bemorlarda havotir va tushkunlik holatlari yaqqol rivojlanganligi uchun psixoterapevtning

ko'magi ham kerak bo'ladi. Xulosa qilib aytganda, silning og'ir va surunkali shakllari bilan kasallangan bemorlarni davolash tibbiy va psixologik tadbirlarni o'z ichiga olgan palliativ yordamni talab etadi.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ

Мухтермова Вера Николаевна, Медведева Надежда Валентиновна., Шамшиева Нилуфар Нигматуллаевна
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность: Клиническое течение ТБ/ВИЧ у детей отличается многогранностью клинических признаков заболевания с преобладанием общего интоксикационного синдрома. В связи с высокой частотой клинических проявлений гепатоспленомегалии на фоне интоксикационного синдрома, дети с ВИЧ инфекцией требуют проведения тщательного биохимического исследования функции печени и иммунологических исследований на вирусные гепатиты.

Цель: изучение функции печени у детей больных ТБ/ВИЧ биохимическими методами исследования.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи под наблюдением находилось 54 ребенка с различными формами туберкулеза. При этом у 26 (48%) установлен туберкулез в/грудных л/узлов, у 7 (12,9%) – первичный туберкулезный комплекс у 18 (33,3%) – диссеминированный туберкулез легких, а у остальных детей 3 (5,5%) – внелегочные формы туберкулеза.

Результаты и их обсуждения. При клиническом осмотре у всех 54 детей при поступлении наряду с другими симптомами отмечены: гепатомегалия – у 9 (16,7%) обследуемых умеренная (до 2х см). У 28 (51,8%) больных регистрируется увеличение печени более 2х см и более 5 см у 17 (31,5%) больных. При этом 8 детей (14,9%) являются реконвалесцентами вирусного гепатита «А», у 11(20,4%) детей зарегистрировано наличие гепатита «В», а у 7(12,9%) гепатита «С». При биохимическом исследовании крови на билирубин лишь у 3 (5,5%) детей зарегистрировано умеренное повышение . Уровень индикаторных ферментов печени аланин-трансаминазы (АлТ) и аспарт-амино-трансаминазы (АсТ), у большинства детей оставались в пределах нормы. Лишь у 8 (14,8%) детей отмечено незначительное повышение фермента (АлТ) 1,2 ммоль/литр, а у 3 (5,5%) до 1,5 ммоль/литр. Активность щелочной фосфатазы до начала противотуберкулезной терапии были повышены у 16 (29,6%) детей с ТБ/ВИЧ, в пределах $8,4 \pm 0,6$ ммоль/литр.

Выводы. У большинства больных детей с ТБ/ ВИЧ выявлена - гепатомегалия (65,5%), однако сдвиги биохимических показателей функционального состояния печени установлены лишь у (29,6%) детей. Наиболее информативным биохимическим показателем является уровень щелочной фосфатазы в сыворотке крови.

НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ПО ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Касаева Лаззат Татибековна, Юлдашева Шахсанам Махаматалиевна, Сақыбаева
Салтанат Абдразаковна

Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент
Международный Казахско-Турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Яссави,
Шымкентский медицинский институт

Цель исследования: Оценка эпидемиологической ситуации по туберкулезу по Туркестанской области Республики Казахстан за 2016-2020годы.

Материалы и методы исследования: изучены основные эпидемиологические показатели отчетных документов Областного центра фтизиопульмонологии по Туркестанской области за 2016-2020 годы.

Результаты исследования. Изучая показатели заболеваемости туберкулезом в динамике за 2016-2020 годы по Южно-Казахстанской области (ныне Туркестанская область), заболеваемость на 2016 год составляла 40,8 случаев, в 2020 году 38,4 соответственно, то есть, мы наблюдаем снижение заболеваемости на 5,9%. Вместе с этим, заболеваемость туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью составляла на 2016 год 20,0 случаев на 100 тыс.населения, в 2020 году - 7,5 случаев, наблюдается снижение на 62,5%. Данный показатель указывает на правильное назначение лекарственных препаратов, их качество, непосредственный контроль лечения и наличие программ контроля туберкулеза, наличие выбора эффективных схем лечения. Показатели смертности по туберкулезу в 2016 году составляли 2,5% на 100 тыс.населения, показатели 2020 года- 0,8%, смертность также снизилась на 1,7% в 2020 году по сравнению с 2016 годом. Количество больных с рецидивом на 2016 год составляло 23,4% на 100тыс.населения, в 2020году- 19,2%, наблюдается снижение рецидивов на 4,2%. Распространенность туберкулеза в Туркестанской области в 2016 году - 53,4% на 100 тыс.населения, в 2020году составила 32,9%, в динамике отмечается снижение на 20,5%. Заболеваемость среди детей также является одним из важных показателей, который в 2016 году составлял 3,4 случаев на 100 тыс.населения, в 2020 году данный показатель составил 5,5 случаев, наблюдается повышение данного показателя на 61,7%. Это вследствие несвоевременного выявления туберкулёза у взрослых и повышение риска заражения детей. Инфицированность детей, проживающих совместно с больными в несколько раз выше, чем у детей из здорового окружения.

Выводы. В рамках выполнения Стратегии интегрированного контроля туберкулеза и Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы, за исследуемый период эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Туркестанской области стабильная. Отмечается стойкая положительная тенденция по основным эпидемиологическим показателям. Для дальнейшего улучшения противотуберкулезной помощи в области необходимо интеграцию усилить, повысить уровень осведомленности о туберкулезе врачами общей практики в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Необходимо отметить, что в Казахстане профилактика, диагностика и лечение туберкулеза бесплатны и осуществляются за счет государства. При своевременном выявлении, благодаря быстрым методам диагностики и высокоэффективным лекарствам, туберкулез полностью излечим. Люди, переболевшие туберкулезом, могут учиться, работать, жить полноценной жизнью.

ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСА НА ФОНЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЁГКИХ

Кенжаева Нозима Ахтамовна, Усмонов Исомиддин Хайдарович
Бухарский государственный медицинский институт
г. Бухара, Республика Узбекистан

Актуальность. Серьезным последствием иммуносупрессии при остром течении инфекции коронавируса (COVID-19) является развитие интерстициальной пневмонии, которая может завершиться фиброзом легких. Анализ пациентов с COVID-19 при их выписке из больницы свидетельствует о высокой частоте нарушений функции лёгких вследствие фиброза. У 47% отмечаются нарушения механизма газообмена, у 25% определяется снижение функции общей жизненной емкости легких (Pai M 2020). Опыт наблюдения за больными с туберкулезом и COVID-19 крайне ограничен (Leung C.C. 2020).

Цель исследования: выявление клинических особенностей развития и течения впервые выявленного COVID-19 на фоне туберкулёза.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов обследования и лечения 198 пациентов, пролеченных в 2020 году в больнице, созданной для лечения пациентов с COVID-19 в Бухарском областном центре фтизиатрии и пульмонологии.

Из 198 больных, женщин было 112 (56,6%), мужчин 86 (43,4 %). Средний возраст больных составил 56 лет. Больных пожилого и старческого возраста было 52 (26,3%) .

Диагноз основывался на данных анамнеза, жалобах, клинических симптомах, результатах исследования мокроты на микобактерии туберкулёза методом люминесцентной микроскопии и бактериологического посева на питательные среды, ПЦР, цифровая рентгенография, МСКТ, МРТ обследование.

Результаты и их обсуждение. Из 198 пациентов у 17 (8,6%) больных туберкулез был диагностирован до COVID-19, а 2(1,0%) оба заболевания были диагностированы в течение одной недели. Сахарный диабет диагностирован у 45 (22.7%) пациентов, артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца - у 122 (61.6%) пациентов.

У 19 (9,6%) пациентов была подтвержденная инфекция SARS-CoV-2. У всех пациентов, прошедших МСКТ и МРТ, было выявлено симптом «матовое стекло», специфичное для COVID-19.

Все пациенты лечились по установленному стандарту. В лечении использовались антиагреганты, антикоагулянты, витаминотерапия, гормональная терапия, антибактериальная и оксигенотерапия. Кислородная терапия применялась у всех больных туберкулезом. Стационарное лечение больных составляло от 10 до 21 дня. У пациентов с сопутствующими заболеваниями болезнь протекала относительно тяжело, и длительное время лечилась в стационаре. Несмотря на интенсивное лечение, зарегистрировано 14 (7,0%) смертных случаев. Среди умерших пациентов были старше 60 лет и имели более одного сопутствующего заболевания.

Заключение. Явное сходство между COVID-19 и заболеванием, вызванным SARS-CoV-1, заставляет нас предположить возможный риск прогрессирования фиброза легких. Только комплексный подход с разработанным алгоритмом проведения исследований по оценке функциональной активности бронхолегочной системы сможет препятствовать прогрессированию патологического процесса в легких. Сочетание туберкулез и COVID-19 обуславливает более тяжёлый в клиническом плане статус больных из-за выраженных явлений интоксикации и дыхательной недостаточности, а также наличия сопутствующей патологии, которая оказывает отягощающее влияние на течение туберкулёзного процесса.

ФОРМИРОВАНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КОМОРБИДНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ ПРИ ЕГО ЭФФЕКТИВНОЙ ХИМИОПРОФИЛАКТИКЕ

Коломиец Владислав Михайлович
ФГБОУ ВО "Курский государственный медицинский университет" Минздрава Россия

Актуальность. Эпидемическую ситуацию по туберкулезу удалось стабилизировать, однако рост коморбидной инфекции (ВИЧ-ассоциированный туберкулез – ВИЧТБ) на фоне увеличения контингентов ВИЧ-инфицированных (людей, живущих с ВИЧ - ЛЖВ) требует интенсификации противоэпидемических мероприятий именно в этой приоритетной группе риска. Для предупреждения ВИЧ ТБ среди ЛЖВ, наряду с предотвращением их инфицирования микобактериями (МБТ) и своевременной антиретровирусной терапией, применяются и антибактериальные препараты (АБП) - химиопрофилактика туберкулеза (ХП)

Цель исследования: Анализ эпидемической ситуации и эффективности рекомендуемых в настоящее время режимов химиопрофилактики ТБ среди ЛЖВ населения региона.

Материалы и методы исследования. В течение последних десяти лет проводится наблюдение и лечение ЛЖВ и заболевших ВИЧ ТБ среди населения одного из регионов РФ. При обследовании больных ВИЧ ТБ использовались инновационные диагностические методы, в частности «Диаскинтест». С целью клинической реабилитации применяли этиотропную терапию обеих заболеваний в соответствии с принятыми стандартами. Обработан статистический материал о пораженности ВИЧ-инфекцией, ТБ и ВИЧ Б населения и эффективности рекомендованных в настоящее время методов специфической ХП ТБ.

Результаты исследования и их обсуждение. В регионе после почти 10 лет благоприятной ситуации по ВИЧ-инфекции лишь в течение последних 10 лет отмечается увеличение контингентов ЛЖВ, преобладающее большинство из них не местные жители и основным путем заражения ВИЧ-инфекцией является половой (до 80%). Ежегодный прирост ЛЖВ среди жителей региона на протяжении последних лет составляет 15-20%, более чем 13% ЛЖВ были выявлены в местах лишения свободы. В целом пораженность ВИЧ-инфекцией населения увеличилась с 0,8 до 95,3, а заболеваемость – с 0 до 2,9 на 100.000 населения региона. В отличие от ВИЧ-инфекции эпидемическая ситуация в регионе по ВИЧ/ТБ «нестабильная» и во многом предопределяется миграционными процессами. Так, за период резкого роста заболеваемости и пораженности ВИЧ-инфекцией заболеваемость ВИЧ ТБ составила 0.97-0.71-0.98-0.72-1.7/100.000, при этом 1/3 впервые выявленных ЛЖВ прибыли из соседних государств. В структуре больных ВИЧ ТБ не менее в 50% случаев выявляется диссеминированный туберкулез легких, включая единичные случаи и острейшего сепсиса, деструктивные формы ВИЧ ТБ с бактериовыделением выявляются у от 30% до 50% больных. Достичь клинического излечения в течение последних пяти лет, в условиях резкого повышения заболеваемости лекарственноустойчивым ТБ, включая случаи с МЛУ И ШЛУ, при использовании стандартных режимов этиотропной терапии удалось лишь у 25.5% - 12.5% - 18.2% - 11.1% - 21% в/в больных, В 18.2% - 37.5% - 18.2% - 27.7% и 15.8% из умерших неблагоприятный исход наступил в течение первого года после выявления и начала лечения. С целью профилактики коморбидного ТБ необходимо использовать и интенсифицировать его химиопрофилактику. Однако до настоящего времени фтизиатры практически всех стран СНГ не всегда придерживаются единого определения сущности ХП. В регионе в течение года ХП проводится не более 10% ЛВЖ, в том числе не более чем 60% впервые выявленных, и назначается преимущественно двумя АБП при выявлении факторов риска. Такая тактика позволяет не просто предупредить, но и своевременно выявлять заболевание ТБ.

Выводы. При продолжающемся формировании нестабильной эпидемической ситуации по Вич-инфекции и ВИЧ-ТБ в регионе наиболее обосновано проведение вторичной ХП не

менее двумя АБП при наличии факторов риска, приоритетно - данных о содержании CD4+лимфоцитов, устойчивости МБТ у контактов и стадии ВИЧ-инфекции. Необходимы дальнейшие исследования для обоснования наиболее рациональных режимов ХП.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЕДИНИЧНЫХ ОЧАГОВЫХ ТЕНЕЙ В ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТОВ НА ТУБЕРКУЛЕЗНУЮ ИНФЕКЦИЮ

**Кривошеева Жанна Ивановна.¹, Богуш Людмила Степановна²
Белорусский государственный медицинский университет¹, Минск, Беларусь
РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии², Минск, Беларусь**

Актуальность. Использование компьютерной томографии (КТ) в детской фтизиатрической практике позволяет обнаруживать изменения, которые не визуализируются при рентгенологическом исследовании. Чаще всего это впервые выявленные единичные, мелкие, плотные очаги в легких и/или внутригрудных лимфоузлах у детей, инфицированных МБТ. Подобные очаги в легких выявляются и у не инфицированных МБТ детей. Это вызывает затруднения в дифференциальной диагностике латентной туберкулезной инфекции (ЛТБИ), малых форм активного туберкулеза (ТБ) и спонтанно излеченного ТБ органов дыхания. Известно, что единичные, подобные кальцинатам, очаги в легких могут быть также проявлением нормальной анатомической структуры – внутрилегочными лимфатическими узлами по ходу долевых, сегментарных бронхов, под плеврой, в области междолевых щелей и др. или кальцинированной артериальной связкой. Правильная интерпретация данных позволит точно определить показатели заболеваемости ТБ у детей и лечебную тактику.

Цели исследования: сравнительный анализ анамнестических, клинико-лабораторных, рентгенологических характеристик очаговых теней в легких у детей в зависимости от результатов тестов на туберкулезную инфекцию.

Материалы и методы. Исследованы характер и количество очаговых теней в легких и внутригрудных лимфоузлах у 97 детей в возрасте 5-17 лет, разделенных на 2 группы, с впервые выявленными рентген- или КТ-признаками теней, подобных кальцинатам, в легких и/или внутригрудных лимфоузлах. В 1-ю группу включен 61 ребенок с туберкулезной инфекцией, подтвержденной положительным диаскинтестом (ДСТ+) и/или квантифероновым тестом (QFN+), во 2-ю группу – 36 детей с отрицательными тестами на ЛТБИ (ДСТ-, QFN-). Статистическая обработка проводилась с использованием программы «Epi Info 7» и пакета Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. В группе детей с доказанной туберкулезной инфекцией чаще выявлен туберкулезный контакт в семье – у 60,7% и 16,7% соответственно ($p < 0,001$). Количество визуализируемых очаговых теней у детей 1-ой группы (ДСТ+, QFN+) и детей 2-й группы (ДСТ-, QFN-) достоверно отличается. Для первой группы характерны несколько или множественные тени во внутригрудных лимфоузлах, одиночные тени выявлены только у 9,8% детей, во 2-ой группе преобладали одиночные тени – у 58,4% ($p < 0,001$). Рентгенологические и КТ-проявления первичного туберкулезного комплекса у большинства детей (80,4%) с положительными тестами проявлялись кальцинатами одновременно в легком и регионарных внутригрудных лимфоузлах, в группе сравнения достоверно реже – только у 3 детей (8,3%, $p < 0,001$). В группе с ДСТ-, QFN- у 21 из 36 детей (58,4%) были выявлены одиночные очаговые тени только в легком, что не характерно для специфической природы изменений.

В течение 5 лет наблюдения двое детей из группы ДСТ+, QFN+ заболели ТБ, в группе сравнения заболевших не было.

Выводы. Вышеуказанное позволяет предположить в ряде случаев гипердиагностику туберкулезной инфекции при выявлении у детей на КТ органов грудной клетки единичной, подобной кальцинату, тени в легком, если результаты иммунодиагностики на ТБ отрицательны, нет клинических симптомов, не установлены эпидемические и другие факторы риска развития ТБ. Единичные очаги в легких у детей могут быть проявлением как нормальной легочной структуры, так и поствоспалительных изменений неспецифической природы.

В сложных диагностических случаях необходимо комиссионное обсуждение диагноза и определение дальнейшей лечебной тактики.

ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ

Курбанов Алишер Хушбакович

**Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика
Узбекистан**

Актуальность. Непрерывное увеличение потока новой информации требует постоянного усовершенствования знаний, обновления форм и методов обучения будущих специалистов.

Цель. Дальнейшее совершенствование процесса обучения студентов, активное творческое применение методов обучения в педагогической практике.

Результаты. Необходимым условием знаний, приобретения умений и навыков является активная самостоятельная деятельность студентов. Выполнение этого условия достигается, если основные вопросы усваиваются через решение задач. Для эффективного применения задач в обучении необходимо предоставить студенту правило их решения, логику действий, опираясь на которые он смог бы самостоятельно и правильно вести процесс решения задач. Для этого созданы и используются ориентировочные основы деятельности, алгоритмы, т.е. средства управления и самоуправления познавательной деятельностью студентов.

На кафедре фтизиатрии созданы мультимедийные программы, приобретены видеофильмы, наборы анатомических препаратов, серии учебных рентгенограмм, разработаны клинические задачи и задания для интерактивных методов обучения, позволяющих совершенствовать контроль знаний студентов. Введены различные формы учебно-исследовательской деятельности: реферативные сообщения, клинические тематические конференции, написание образцовой истории болезни и т.д. Исходный уровень знаний на практических занятиях может определяться с помощью специально разработанных тестов 1-го и 2-го уровня сложности. Усвоение практических навыков студентов начинают с самостоятельного описания рентгенограмм органов грудной клетки больных туберкулёзом лёгких. Следующий этап практического занятия - это самостоятельная курация больных в клинических отделениях. В первый день студенты собирают анамнез, проводят объективное обследование, знакомятся с анализами своих больных. На последующих занятиях они соответственно теме представляют курируемых больных на разбор, обосновывают диагноз. При этом студенты пишат историю болезни и в конце цикла защищают её. Проверка и оценка усвоения материала осуществляется с помощью контрольных тестов (высокий уровень сложности). Такими тестами являются нетиповые задачи, позволяющие выявлять практические знания в области диагностики и профилактики туберкулёза. Условия задач близки к тем, которые возможны в реальной клинической практике. Таким образом, основные этапы практического занятия включают самостоятельную работу студентов с самокоррекцией или коррекцией знаний преподавателем.

Выводы. Таким образом, применение новых методов обучения с использованием элементов программирования позволяет лучше управлять педагогическим процессом, добиваться повышения эффективности и качества работы студентов.

АБДОМИНАЛ СИЛНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ДИАГНОСТИКАСИДАГИ МУАММОЛАР

Обилов А.У. Тошев Б.А.

Қашқадарё вилоят фтизиатрия ва пульмонология маркази, Карши, Ўзбекистон Республикаси

Долзарблиги. Абдоминал сил-қорин бўшлиғидаги аъзоларнинг сил билан зарарланиши бўлиб, ўзининг ҳар хил симптомлар билан кечиши туфайли диагностика қилишда бир қанча қийинчиликларга сабаб бўлади.

Ишнинг мақсади: Абдоминал сил билан беморларда касалликнинг кечишини ва эрта босқичдаги белгиларини ўрганиш.

Материал ва услублар: Қашқадарё вилоят фтизиатрия ва пульмонология марказида 2019 йил давомида “Абдоминал сил” диагнози билан бирламчи аниқланиб даволаниб чиққан 7 бемор ўрганилди.

Натижалар: Беморларнинг ёши 24 ёшдан 67 ёшгача бўлиб 3 та аёл(42.8%) ва 4 та эркак(57,2%)ларни ташкил қилади. Абдоминал сил 3 та беморда патологик материал Gene xpert текширувида, 2 та бемор гистологик текширув билан, 2 бемор клинко-рентгенологик ва диаскинтест текшируви билан тасдиқланган.

Беморларнинг барчаси касалликнинг бошланғич белгиларидан қорин соҳасида ҳар хил оғриқлар билан шифокорларга учрашишган. Бир бемор 20 йил олдин ўпкасида сил туфайли операция ўтказган бўлса ҳам дастлаб хусусий шифохоналар сўнг онкология марказларига мурожаат қилган. Ҳам ўпкасида ҳам қорин бўшлиғида сил касаллиги икки (28,5%) беморда кузатилди. Бир беморда “ўткир қорин” симптоми кузатилиб шошилиш жаррохлик муолажаси орқали тарқалган йирингли перитонит ташхиси ва гистологик текширувдан кейин сил касаллиги тасдиқланган. Бир беморда касалликнинг дастлабки белгиси 4 йил олдин чов соҳасида шиш лимфаденит билан бошланган, бемор шифокорлар тавсиясига кўра баъзи антибиотикларни қабул қилган. Шиш аста секин катталашиб борган ва қорин соҳасида ҳам оғриқ ва катталашиб кузатилган. Бемор 2019 йил бошида Тошкент шаҳрига бориб чов соҳасидан лимфа тугунини операция қилдириб сил касаллиги тасдиқланган, марказга келган пайтда чов соҳасида йирингдан Gene xpert да текширилганда СМБ аниқланиб рифампицинга сезгирлик тасдиқланган. Иккита (28,5%) беморда қорин дам бўлиб ғулдураши, ахлатининг суюқ келиши, кўнгил айниши, озиш, иштаҳасизлик белгилари билан кечган, ушбу симптомлар билан умумий даволаш тармоғи шифокорларида самарасиз даволаниб юришига сабабчи бўлган. Бир беморда қорин пастки соҳасидаги оғриқлар УТТ текширув ўтказилганда тухумдонда киста аниқланиб сабабини тухумдон кистасига боғлашган, жаррохлик муолажаси қилингандан кейин сил касаллиги ҳам аниқланган, лекин бемор фтизиатрия шифохонасида даволанишдан бош тортган орадан бир йил ўтиб яна клиник белгилар кузатилган ва бемор текшириш ва даволаниш учун қайта мурожаат қилган.

Хулоса: Абдоминал сил ҳар доим ҳам ўпка сили билан бирга кечмаслиги мумкин, унинг дастлабки белгилари турли беморларда ҳар хил симптомлар кўринишида кечади. Сил микобактерияси қорин бўшлиғи аъзоларини ҳам зарарланиши амалиётда доим учраб туриши жаррохлар, умумий даволаш тармоғи шифокорларини фтизиоэҳтиёткорликни сусайтирмасликка чақиради.

ОИВ ИНФЕКЦИЯСИНИ СИЛ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИГА ТАЪСИРИ

Онгарбаев Дауранбек Онгарбай угли., Абдугаппаров Фозилхон Бахтиярович.,
Маматов Лочин Бахтиёрович
Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент шаҳри, Ўзбекистан Республикаси,

Долзарблиги. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти берган маълумотларга қараганда 2009 йил ОИВ/Сил 22,1%. 2010 йилда 32,3%, 2011 йилда 35,4%, 2016 йилда бу курсаткиш уртача 50% (Жанубий Африка) ни ташкил қилган, 75% касал АРВТ қабул қилади (2017 июнь). Бу курсаткиш билан бирга ОИВ/Сил касаллар ичида улим курсаткиши ҳам ортиб бормокда.

Мақсад: ОИВ билан яшовчи шахсларнинг сил билан касалланган беморларнинг эпидемиологик хавфли оқимлари билан яқинлашмасликларини таъминлаш, ОИВда Силнинг қайси тури, шакли купрок учрашини аниқлаш ва силга қарши кураш ёрдами ташкил қилиш.

Тадқиқот услуби: Тошкент шаҳар 1-Сил касалликлар шифохонаси ва 3-Силга қарши диспансерида сил билан касалланган беморларнинг тиббий қартаси, ТБ-03 журнали ва форма 281 асосида ва сураб суруштурувда урганилиб чиқилди. 2017-2018 йиллардаги 122 та ОИВ/Сил касалларидан олинди.

Натижалари Тошкент шаҳар 1-Сил касалликлар шифохонаси ва 3-Силга қарши диспансерида 2017 йилда 417 касал ҳисобга олинган бўлиб улардан **58** таси (14%) ОИВ/Сил ҳисобга олинган, Кўп дориларга чидамли (турғун) сил 11 (19%) та (MDR), Кенг дорилар спектрига чидамли (турғун) 1 (1,7 %) та (XDR), 46 (79,3%) та Дориларга сезгир, сил 20 (34,5%) та касал АРВТ терапия қабул қилмаган, 8 (13,8%) та касал Котримоксазол қабул қилмаган. 2018 йилда 345 касал ҳисобга олинган бўлиб улардан **64** таси (18,6 %) ОИВ/Сил ҳисобга олинган, Кўп дориларга чидамли (турғун) сил 11 (17,1%) та (MDR), Кенг дорилар спектрига чидамли (турғун) 1 (1,5%) та (XDR), 52 (81,4%) та Дориларга сезгир сил, 11 (17,2%) та касал АРВТ терапия қабул қилмаган, 9 (14,1%) та касал Котримоксазол қабул қилмаган.

Хулосалар: Изланишлар натижасида касалланиш умумий курсаткичи камайишига қарамастан (72 тага) ОИВ/Сил ҳисобга олинганлар бтага (4,6%) га ошган, АРВТ қабул қилмаган ОИВ/Сил касаллар курсаткичи яримига камайган, Котримоксазол қабул қилмаганлар сони эса ошган бунинг сабаби беморларда котримоксазол препаратига аллергия берган. Бу дегани хавф гуруҳига қирувчи ОИВ инфекциясига қалинган касалларда профилактик курикни ошириш ва санитар оқартирув ишларини янада такомиллаштириш профилактика сифатида бериладиган котримоксазол препаратини касалларга чуқурроқ тушинтириш ва диспансер ҳисобида турган Б-20 касалларнинг анкетасини урганиб 277 буйруққа асосланиб беморларни охириги изониазид препаратини қабул қилиш вақтини аниқ белгилаб қуйиш, ҳар 3 йилда 6 ой давомида 300 мг изониазид препаратини режа қилиб қуйиш асосий вазифамиз.

ЎПКА СИЛ КАСАЛЛИГИ ОИВ БИЛАН БИРГА КЕЧГАНДА КЛИНИК ВА РЕНТГЕНОЛОГИК ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Онгарбаев Дауранбек Онгаобай ўғли., Ходжаева Мавлуда Инагамовна., Каюмова Сабина Серверовна

Ташкентский Тиббиёт Академияси, Ўзбекистан Республикаси, Ташкент шаҳри.

Фтизиатрия ва пулмонология кафедраси

Кириш: ОИВ/СИЛ да МБТ сининг бирламчи инфицирланиши ривожланиши билан бирга эндоген сил инфекциясининг реактивацияси ва иккиламчи МБТ суперинфекцияси фаоллик курсатиши натижасида, сил касаллигининг клиник белгилари 50% ҳолатда ОИВ инфекциси латент даврида юзага чикиб келмоқда. Глобал жамгарма берган маълумотларга кура (2016 й) бутун жаҳонда 36,7 млн одам ОИВ билан касалланган бўлиб 47% да CD4 хужайрасига ≤ 350 , 28% да булса CD4 хужайрасига ≤ 200 дан камлиги аниқланган.

Максад: Упка сил касаллиги ОИВ билан бирга кечганда клиник ва рентгенологик узгачалиги CD 4 хужайрасига боғлиқ узгаришларини аниқлаш.

Тадқиқот услуби: Тошкент шаҳар 1-Сил касалликлари шифохонаси ва 3-Силга қарши диспанчериди сил билан касалланган беморлар тиббий картаси, ТБ-03 журнали ва форма 281 асосида урганилиб чиқилди. 2017-2018 йиллардаги 122 та ОИВ/Сил касалларидан олинди.

Натижалари: Олинган маълумотларни ОИВ/СИЛ касалларни упка туқимасида яллигланиш белгилари CD4 хужайрасига боғлиқ рентгенологик белгиларди III та гуруҳларга ажратиб қурилди, бунда упка туқимасида яллигланиш белгилари юқори булак, урта булак юқори ва урта булак, урта ва паски булак, юқори урта ва паски булакларга ажратиб урганилиб чиқилди.

ОИВ/СИЛ да иммунодефицит босқишида упкада яллигланиш жараёнининг рентгенологик узгаришлари **I-гуруҳга** CD4 хужайрасига 100 дан 350 гача 77 (63%) та касал ташкил қилиниб яллиқланиш жараёни упканинг юқори булагиди 39 (50.6%) та, урта булакта 3 (3.4%) та, юқори ва урта булакта 9 (11.3%) та, урта ва паски булакта 4 (5.2%) та упка соҳасининг барча булаклариди 21 (27%), куқрак иши лимфа тугунларида 6 (7.7%) аниқланди,. **II- гуруҳга** CD4 хужайрасига 350 дан 500 гача 36 (29.6%) та касал бўлиб яллиқланиш жараёни упканинг юқори булагиди 15 (42%), урта булакта 3(8.3%), юқори ва урта булакта 3 (8.3%), урта ва паски булакта 3 (8.3%), упка соҳасининг барча булаклариди 12 (33.1%) , **III- гуруҳга** CD4 хужайрасига 500 дан юқори булган 9 та касл (7.4%) ни ташкил қилиниб яллиқланиш жараёни упканинг юқори булагиди 6 (66.7%), урта булакта 3(33.3%).

Хулосалар: CD4 хужайрасига 100 дан 350 гача упка туқимасида яллигланиш белгилари упканинг барча булаклариди учраши мумкин юқорги бўлагиди купрок учраши маълум булди, CD4 хужайраси 350 дан 500 гача булган беморларда рентгенологик узгаришлари ўпка туқимасининг юқори ва ўрта буўлаклариди учраши аниқ бўлди.

ЗНАЧИМОСТЬ IGRA-ТЕСТОВ (ТЕСТЫ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНТЕРФЕРОНА ГАММА) В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Русских Олег Евгеньевич

Ижевская государственная медицинская академия, Россия, город Ижевск
Кафедра фтизиатрии

Актуальность. По данным ВОЗ, треть населения земного шара инфицированы *M. Tuberculosis*, имеющие высокий риск заболеть активными формами туберкулеза. В связи с этим тема латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ) является одной из самых актуальных и обсуждаемых тем во фтизиатрии. ЛТИ – состояние, при котором МБТ присутствуют в организме человека, обуславливая положительные реакции на иммунологические тесты, в том числе на аллергены туберкулезные, при отсутствии клинических и рентгенологических признаков заболевания туберкулезом. Необходимо отметить, что на сегодняшний день в мире нет идеального теста для диагностики ЛТИ, который являлся бы «золотым стандартом». Как положительные кожные иммунологические тесты – проба Манту и проба с препаратом Диаскинтест®, так и тесты IGRA свидетельствуют о наличии у человека клеточного иммунного ответа на *M. Tuberculosis*. Существует два варианта тестов IGRA – это T-SPOT.TB (Оксфорд Иммунотек, Великобритания, АЩ Генериум, Россия), основой которой является методика Elispot (измерение количества моноклеарных клеток периферической крови, продуцирующих интерферон-гамма), и QuantiFERON – GIT (QFT-GIT(QIAGEN, Германия)) - твердофазный иммуносорбентный анализ для измерения антиген специфичной продукции интерферона-гамма циркулирующими Т-клетками цельной крови. Для применения лабораторных методик необходимо наличие оснащенной лаборатории проведение внутривенных манипуляций, что ограничивает возможности применения этих тестов в массовом скрининге на туберкулезную инфекцию Эти тесты, названные IGRA (interferon gamma release assay), показали почти 100% специфичность, поскольку тесты не реагируют на вакцинацию БЦЖ.

Цель исследования: определить значимость лабораторного теста оценки числа Т-клеток, продуцирующих гамма-интерферон в ответ на антигены *M. Tuberculosis* (ESAT-6, CFP-10) T-SPOT.TB у детей и подростков при отказе родителей от проведения массовых кожных туберкулиновых проб.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов исследования T-SPOT.TB и амбулаторных карт пациентов. Исследование T-SPOT.TB (производство Oxford Immunotec, Великобритания) измеряет число Т-клеток, продуцирующих гамма-интерферон в ответ на антигены *M. Tuberculosis* (ESAT-6, CFP-10). Интерпретация теста проводят по количеству спотов: ≤ 4 – отрицательный; 7 – сомнительный; ≥ 8 – положительный.

Результаты и их обсуждение. В исследование включены результаты исследования T-SPOT.TB 72 детей, чьи родители отказались от проведения пробы Манту и Диаскинтест. Возраст детей был от 8 месяцев до 18 лет, средний возраст составил 7,9 лет. 44% исследуемых являлись мальчиками, 56% - девочки. По результатам исследования у 64 детей T-SPOT.TB оказался отрицательным. У 8 детей результат T-SPOT.TB – положительный, что указывало на наличие ЛТИ. При дообследовании у 7 детей окончательно установлена ЛТИ, всем им своевременно начата химиопрофилактика. Одному ребенку при дообследовании (17 лет) поставлен диагноз: Туберкулезный плеврит слева, назначена химиотерапия.

Выводы. Иммунологический тест T-SPOT.TB является альтернативным методом диагностики ЛТИ, который обладает 100% специфичностью и чувствительностью. В данном случае это позволило выявить случай активного туберкулезного процесса, а в остальных случаях решить вопрос о посещении дошкольных и школьных учреждений детей, чьи родители отказались от проведения тестов *in vivo* по тем или иным причинам.

ЎПКА ТУБЕРКУЛЁЗИДА ҚОН ЗАРДОБИНИНГ ПРОГНОСТИК ВА ДИАГНОСТИК КЎРСАТКИЧЛАРИ

Рустамова Саодат Абдуллаевна., Жумаев Мухтор Фатуллаевич
Бухоро давлат тиббиёт институти,
Фтизиатрия, пульмонология ва дерматовенерология кафедраси, Ўзбекистон
республикаси, Бухоро шаҳри

Долзарблиги. Охирги 10 йил ичида ўтказилган кенг миқёсдаги чора-тадбирлар туфайли туберкулёздан касалланиш ва ўлим кўрсаткичи нисбатан камайди. Лекин касалликнинг қайталаниши ва улардаги дорига турғунлик ҳамда даволаниш муаммолигича қолмоқда. Шунинг учун касалликни эрта аниқлаш ва прогнозлаш муҳим аҳамиятга эга. **Мақсад:** патологик жараёни эрта аниқлаш учун қондаги маркерларнинг диагностика ва прогностик аҳамиятини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Туберкулёз ташхиси тасдиқланган 30 нафар беморлар зардобидида қон-томирнинг эндотелиал ўсиш фактори – VEGF (Vascular endothelium growth factor) ҳамда альфа ўсма некрози фактори – ЎНФ- α (ФНО- α) миқдор жиҳатидан ўрганилди. Таққослаш гуруҳи учун 15 та амалий соғлом одам олинди.

Натижалар. 30 та бемордан: 23,3% аёллар, 76,7% эса эркеклар ташкил қилди; аёллар орасида ўртача ёш - 40 ёш, эркекларда эса - 47 ёш. Ўчоқли ўпка туберкулёзи 23,7%ни, яллиғланган туберкулёз - 46,7%ни, фиброз-ковакли туберкулёз - 20%ни, ковакли туберкулёз - 6,7%ни ва 3,3%ни – туберкулёзли бронхоаденит ташкил қилди. Беморлар 2 гуруҳга ажратилди: 1 гуруҳ – туберкулёз биринчи марта аниқланган беморлар (13 нафар - 43%); 2 гуруҳ – касаллик қайталанган беморлар (17 нафар – 57%); 3 гуруҳ – 15 та амалий соғлом одам. Соғлом одамдан (100-200 пг/мл) кўра барча бемор қон зардобидида VEGF концентрацияси сезиларда даражада ошгани кузатилди. Шу билан бирга рецидивланган беморларда биринчи марта касалланганларга қараганда VEGF миқдори статистик аниқликда юқори эканлиги исботланди (мос равишда $847,0 \pm 182,3$ пг/мл ва $505,76 \pm 103,06$ пг/мл, $p < 0,05$) Беморларда соғлом одамлар билан таққослаганда қон зардобидидаги ЎНФ- α ҳажми нисбатан ошганлиги аниқланди. Бундан ташқари рецидивланган беморларда биринчи марта касалланганларга қараганда қон зардобидидаги ЎНФ- α концентрацияси статистик аниқликда паст эканлиги аниқланди (мос равишда $1,72 \pm 0,24$ пг/мл ва $11,92 \pm 2,49$ пг/мл, $p < 0,05$).

Хулоса. Юқоридаги натижалардан шу келиб чиқадики, туберкулёз билан касалланган беморлар қон зардобидида VEGF миқдори ошганлиги репаратив жараёнларнинг активлашганини билдиради ва касаллик рецидивланган ҳолатда патологик жараёни эрта аниқлаш учун диагностика ва прогностик белги бўлиб хизмат қилиши мумкин. Касаллик қайталанган ҳолларда қон зардобидидаги ЎНФ- α концентрацияси камайиши аниқланди ва бу ҳолат VEGF ҳажми ошганда яъни корреляцион шаклда эканлиги кузатилди. Қон зардобидидаги ЎНФ- α ва VEGF концентрациясини параллель равишда яъни биргаликда ўтказиш керак. Шундагина беморларда туберкулёз жараёнини эрта аниқлашда ушбу ўрганилган маркерларнинг диагностика ва прогностик аҳамияти ошади.

A CLINICAL CASE OF A RARE TUBERCULOUS LESION OF THE RIB

Pardaeva Uguloy Djamalovna
Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

The rarest localization of tuberculosis of flat bones is the ribs and sternum. The specific lesion of the ribs is caused by the close contact of the chest organs: the lymphatic and circulatory systems of the pleura, lungs, and heart. In the literature data, cases of the middle ribs damage, mainly the anterior surface, are given. The erasure of clinical symptoms and reduced alertness towards tuberculosis, leads to a complicated course of a specific lesion.

In our clinical case, the patient is 26 years old, a resident of a rural area. He was admitted to the extrapulmonary surgical department of the Samarkand anti-tuberculosis dispensary. Patient complaints: non-healing postoperative wound on the right in the lower part of the chest non-healing postoperative wound with periodic purulent discharge, swollen formation in the right axillary region. From the anamnesis: since 2014, he was in emigration in Russia. In November of 2018, he was treated at the place of residence. A painless lump-like formation on the back was dissected twice with an interval of 2-2.5 months, followed by rehabilitation of the absceding cavity and drainage, against the background of anti-inflammatory therapy. Six months later, the patient felt the enlarged lymph nodes in the right axillary region with the repeated appearance of swelling at the site of the postoperative scar. Histological examination of enlarged axillary lymph nodes revealed a change characteristic of a specific process. The fistulogram with multispiral tomography revealed: a branched sinuous fistula with multiple pockets and cavities in the muscles of the posterior-lateral part of the chest. Laboratory examination of purulent discharge from the back and axillary lymph node by Xpert MBT/RIF and luminescence microscopy revealed *Mycobacterium tuberculosis* (MBT) sensitive to rifampicin.

In the surgical department of extrapulmonary tuberculosis, against the background of chemotherapy from 4 first-line antibacterial drugs, the patient underwent necroectomy of the XI rib on the right, necroectomy of the arches of the spinous processes, followed by drainage of the TH 11-L 2-3 vertebrae. A revision of the paravertebral back muscles was performed, with excision of two postoperative fistulas, and removal of suppurred axillary lymph nodes on the right. Histological examination of the surgical material revealed giant Pirogov-Langhans cells, caseous detritus, and MBT.

Conclusions: this clinical case can serve as another proof that, for the diagnosis of tuberculosis, it is necessary to conduct complex X-ray examination methods using more sensitive laboratory methods for detecting MBT and histological examination methods to detect specific changes. It should be considered by general practitioners and doctors of narrow specialties, that is, medical specialists of different ranks and directions that tuberculosis can affect all organs and systems of the human body.

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ У БОЛЬНЫХ С ФИБРОЗНО - КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Ташпулатова Фатима Кудратовна, Агзамова Шаира Абдусаламовна
Ташкентский Педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика
Узбекистан

Актуальность. Парентеральным питанием (от греч. para — около + enteron — кишка) называют обеспечение организма питательными ингредиентами (нутриентами) минуя желудочно-кишечный тракт. Парентеральное питание может быть полным, когда все питательные вещества вводят в сосудистое русло (больной не пьет даже воду), частичным (неполным), когда используют только основные питательные вещества (например, белки и углеводы), и вспомогательным, когда питание через рот недостаточно и требует дополнения. При хронических формах туберкулеза данный вопрос приобретает особую актуальность при предоперационной подготовке пациентов к хирургическому методу лечения.

Цель: изучение эффективности сбалансированной смеси аминокислот у больных с прогрессирующим вариантом течения фиброзно-кавернозного туберкулеза легких (ФКТЛ).

Материал и методы: Обследовано 15 больных ФКТЛ легких в возрасте $32 \pm 4,2$ лет, которые получали лечения по стандартам ВОЗ согласно ТЛЧ. В качестве парентерального питания больным назначали аминокислот-смесь из 13 аминокислот- 2 раза в неделю №4-6 раза. Для оценки эффективности определяли лейкоцитарный индекс интоксикации по В.Н. Островскому (2005) и общий белок его фракции по К.С. Казакову (1965). Всем больным проводили клиничко-лабораторное и биохимическое обследование.

Результаты: У больных, получавших аминокислот, уменьшение интоксикации и прибавка в весе отмечено через $2,6 \pm 0,4$ мес. Установлено достоверное уменьшение лейкоцитарного индекса интоксикации с $3,2 \pm 0,04$ до $2,1 \pm 0,02$ (N- 1,6-2,1). Биохимические исследования показали увеличение общего белка с $67,0 \pm 4,1$ до $78 \pm 5,6$ г/л при N 65,-85 г/л и альбуминов с $37,8 \pm 2,19$ до $51,9 \pm 1,1\%$ (N- 32-55%), тенденцию к уменьшению глобулиновых фракций крови. Побочных реакций на препарат не отмечено.

Вывод: Установлено эффективность сбалансированной смеси аминокислот для парентерального питания больных с прогрессирующим вариантом течения фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, что имеет большое значение для предоперационной подготовке этой категории пациентов.

ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ НОВЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Ташпулатова Фатима Кудратовна¹, Коломиец Владислав Михайлович²
Ташкентский педиатрический медицинский институт¹, Республика Узбекистан,
г. Ташкент, ФБСГО Курский медицинский университет, Российская Федерация²,
г. Курск

Актуальность. 21 век характеризуется широким внедрением новых технологий диагностики туберкулеза (ТБ), что привело к значительному качественному улучшению ускоренной диагностики ТБ. Особо необходимо отметить такие методы как, Диаскинтест, квантифероновые тесты, молекулярно –генетические методы выявления МБТ, широкое применения мультислайсной компьютерной томографии (МСКТ) грудной клетки.

Материал и методы исследования: анализ типовых и рабочих планов и программ медицинских ВУЗов.

Результаты. При подготовке врачей общей практики (ВОП) в бакалавриате необходимо в обязательном порядке внедрить данные технологии диагностики ТБ в учебный процесс. На кафедрах фтизиатрии внесены изменения в рабоче-учебные программы для студентов педиатрических и лечебных и медико –педагогических факультетов. Разработаны для каждой методике педагогические технологии типа кластер, диаграммы Вен, мозгового штурма, трехступенчатого интервью. Преподавателями эффективно используются ролевые игры по сценарию «Выявление ТБ в различных уровнях лечебно –профилактических учреждениях». По каждому методу диагностики созданы банк тестовых заданий и ситуационных задач. На кафедрах созданы банк мультимедийного материала по молекулярно генетическому тесту Xpert MTB/RIF для выявления МБТ, Диаскинтесту - передовая технология по выявлению активного туберкулеза среди детей и подростков. На лекциях посвященному диагностике туберкулеза используется методы проблемной лекции и схема Знаем, хотим знать и узнали (З/Х/У). Во время лекции проблема решается с активным участием студентов. Часто используется SVOD анализ. Ведущие специалисты по фтизиатрии по диагностике ТБ регулярно проводят мастер классы со студентами и магистрами. Практические занятия проходят в Референс лаборатории, отделении детского туберкулеза центра и базе городского противотуберкулезного диспансера, где студенты непосредственно участвуют в диагностическом процессе туберкулеза с использованием с новых технологий диагностики ТБ. В условиях пандемии по COVID-19 на кафедрах фтизиатрии широко использовали платформу Zoom для проведения научных семинаров, вебинаров, мастер классов ведущих специалистов СНГ, обмена опыта преподавания предмета фтизиатрии. В платформу Moodle были размещены материалы по фтизиатрии, раздаточный материал, видеоролики по диагностике ТБ.

Заключение. Данный подход к преподаванию фтизиатрии способствует созданию и укреплению базисных знаний студентов по раннему выявлению туберкулеза.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С ПРИМЕНЕНИЕМ МОДЕЛЕЙ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

Шейфер Ю.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, город Гродно

Актуальность. «Туберкулез (ТБ) – заболевание, требующее комплексного лечения». При деструктивных формах ТБ один из путей повышения эффективности терапии – применение коллапсотерапевтических методик в разных модификациях (искусственного пневмоторакса (ИП), пневмоперитонеума, клапанной бронхоблокации наряду с хирургическим лечением.

Цель: разработать модели прогнозирования вероятности закрытия полостей распада, сроков наложения искусственного пневмоторакса и длительности его применения.

Материалы и методы: В исследование включено 200 пациентов. Построены математические модели прогнозирования с помощью анализа «Логистическая регрессия».

Результаты и их обсуждение. Проводим прогнозирования вероятности закрытия полостей распада: $Z_1 = 6,456 - 4,907 * КФ - 3,682 * КП - 2,169 * СЗА - А$, где: $КФ=0$ при инфильтративном ТБ в фазе распада; $КФ=1$ при кавернозном; $КП=0$ при наличии 1 полости распада и 1 при 2 и более; $СЗА$ – синдром зависимости от алкоголя (0 – признака нет, 1 – есть); $А=0$ абациллирование в срок до 3 месяцев; $А=4,115$ – на 3-4; $А=5,189$ – на 5-6; $А=25,249$ – нет абациллирования. $Z_1 \geq -1304$ – полость распада закроется в условиях химиотерапии (ХТ), $Z_1 < -1,304$ – полость распада не закроется. Прогнозирование сроков наложения ИП: $Z_2 = -5,617 + 1,305 * (В) + 3,617 * (МЛУ) + 1,344 * (Д)$, где: $В=1$ – возраст пациента более 30 лет и $В=0$ – менее или равен 30; $МЛУ$ = множественная лекарственная устойчивость (0 – признака нет, 1 – есть); $Д=1$ – диаметр полости распада более 2 см; $Д=0$ – менее или равен 2 см. $Z_2 \leq -2$ – ХТ до ИП 3 месяца, $Z_2 > -2$ – до 6-ти. Прогнозирование длительности применения ИП: $Z_3 = -1,076 + 1,385 * (МЛУ) + 1,315 * (Пр) + 1,357 * (пол) + 0,835 * (ИС)$, где: $МЛУ=0$ – признака нет, 1 – есть); $Пр=1$ процесс в объеме 2 и более сегментов; $Пр=0$ – менее 2 сегментов; $Пол=1$ – женский пол и 0 – мужской; $ИС$ = интоксикационный синдрома (0 – признака нет, 1 – признак есть). $Z_3 \leq 1,07$ – длительность ИП 3 месяца, при $Z > 1,07$ – до 6-ти.

Выводы. Разработанные модели позволяют персонализировать коллапсотерапевтические методы.

РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Холбоев Э.Н., Исломов О.Р.

Филиал Республиканского специализированного научно практического медицинского центра Фтизиатрии и Пульмонологии Бухарской области, г. Бухара, Республика Узбекистан

Актуальность. Туберкулез нередко сочетается с сопутствующими заболеваниями, что осложняет течение туберкулеза, ухудшает прогноз. Деструктивные формы туберкулеза не поддающиеся консервативному лечению подлежат хирургическому методу санации.

Цель: Изучить эффективность хирургического лечения деструктивных форм туберкулёза легких в сочетании с сопутствующими заболеваниями.

Материалы и методы: под нашим наблюдением были 20 больных. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа - 10 оперированных больные, у которых имели сопутствующие заболевания и получали после операции химиотерапию в инъекционном виде, 2 группа- 10 больных, у которых были сопутствующие заболевания и получали консервативную терапию. Химиотерапию в этой группе проводили таблетизированными препаратами. В 1 группе по возрасту преобладали больные 41,5±2,1 лет, мужчин было 6 (60%), женщин 4(40%). Длительность туберкулеза составил 7±3 лет, а сопутствующих заболеваний 4,5±1,5 лет. Во 2 группе средний возраст составил 34± 3,2 лет, преобладали мужчины 8(80%)., женщин было 2(20%). Длительность туберкулеза в этой группе составил 3,5±1,2 лет, длительность сопутствующих заболеваний было 2,3±1,4 лет. Среди сопутствующих заболеваний преобладал ХОБЛ 30%, бронхиальная астма (20%), сахарный диабет (50%), онкологические заболевания у 10% больных. Выполнено следующие операции у 6-х комбинированная резекция, у 2-х атипичная резекция, у 2-х пульмонэктомия. Во второй группе сопутствующие заболевания разделены следующим образом: у 40% больных ИБС, у 20% бронхиальная астма, у 10% сахарный диабет, у 20% гипертоническая болезнь, у 10% ХОБЛ. Терапия проводилась по соответствующим стандартам лечения сопутствующих заболеваний.

Результаты: после операционном периоде у больных ХОБЛ наблюдалось обострение обструкции, у больных с бронхиальной астмой не наблюдались приступы бронхиальной астмы, у больных с сахарным диабетом значительное снижение уровня сахара в крови. Во второй группе отмечено ухудшение со стороны сопутствующей патологии: учащения приступов стенокардии и бронхиальной астмы, присоединения кровохарканье.

Вывод. Хирургическое лечение деструктивных форм туберкулёза положительно влияют на течении сопутствующих заболеваний и улучшения качества жизни больных с сопутствующими заболеваниями.

III. ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

EVALUATION OF EXERCISE TOLERANCE IN PATIENT WITH CHRONIC OBSTRUCTIV PULMONARY DISEASE WITH LOW WEIGH

Ahmedov Shahbos¹⁻², Liverko Irina¹⁻², Xodjanazarova Vazira¹

¹Department of Phthisiology and Pulmonology, Tashkent Medical Academy, Tashkent
Uzbekistan

²Republican Specialized Scientific Practical Medical Centre of Phthisiology and
Pulmonology, Tashkent, Uzbekistan

Objective: To assess the level of tolerance for exercise in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with low body weight.

Research Materials and Methods. In 21 patients with a COPD3 of 20 to 25 with a COPD of less than 17 and a COPD of 10 with a mass gain of less than 17, gas exchange was observed at rest and during physical activity. The study was conducted. Breathing with automatic analysis of indicators performed using EOS-Sprint analyzer apparatus (Germany): work done (W, watts), oxygen consumption indicator (due to VO₂ml / min%) carbon dioxide emissions (VCO₂ l / min , due to%), ventilation reserve (BR,%), oxygen pulse (O₂R, ml / min / HR,% condition), respiration coefficient (RQ, rel. units), ratio of dead space to tidal volume (V_d / W), minute ventilation of the lungs at rest (Ve, l / min), maximum minute ventilation during exercise (V_{max}, l / min), ventilation oxygen equivalent (VeO₂), ventilation carbon dioxide equivalent (VeCo₂).

Results. In patients with COPD less than 17 with MRC, there was a significant decrease in the rate of work performed in the ergospirometry comparison group (p <0.01) (95.2 + -3.1 and 120.9 + -3.1 watts), VO₂ 50.6 + -2.2 vs. 67.2 + -2.5%) VCO₂ (61.1 + -2.8% vs. 49.9 + -2.0) and ventilation reserves (35.2 + -0.6% compared to 25.2 + -0.1). There was no statistically significant difference in maximum ventilation. The RQ at maximum load in low-weight patients was lower than the mean unit (0.99 + -0.01) and was explained by the fact that the majority of patients in this group did not reach the anaerobic limit. In low-weight COPD patients, the parameters of the oxygen pulse and the percentage of maximum allowable heart rate were characterized by a decrease in the O₂R index, but it was not accompanied by a significantly higher heart rate than the increase in load. . For patients with low-grade COPD, V_d / W (0.32 + -0.01) was higher than (0.25 + -0.02) with lower respiratory barriers and higher respiratory stereotype.

Conclusion. Violation of the internal condition of the patient, which leads not only to a decrease in ventilation reserve, but also to a change in the effect of ventilation on the load, which is associated with changes in respiratory properties at maximum load. characterized by a significant increase in respiration rate without a significant increase in tidal volume and without a gap at high ventilation levels.

FREQUENCY OF DEPRESSIVE SYNDROME IN PATIENT WITH BRONCHIAL ASTHMA AND CHRONIC OBSTRUCTIV PULMONARY DISEASE

Akhmedov Shahbos¹⁻², AvazovaGulchehra¹, Toshboboeva Dilnoza¹

¹Department of Phthiology and Pulmonology, Tashkent Medical Academy, Tashkent
Uzbekistan

²Republican Specialized Scientific Practical Medical Centre of Phthiology and
Pulmonology, Tashkent, Uzbekistan.

Purpose: to give a comparative assessment of the incidence of depression in patients with bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease.

Material and research methods. 55 patients with bronchial asthma (BA) and 45 patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), with varying severity of the course, who were hospitalized at the Republican Scientific and Practical Medical Center for Phthiology and Pulmonology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, were prescreened to determine the depressive syndrome according to ICD-10 (F32). The criteria for a depressive syndrome was the presence of a combination of 2-3 main and 2-4 additional symptoms.

Results. A comparative assessment of the incidence of depressive syndrome among patients with pulmonological profile revealed the presence of depressive syndrome in 42.8% of patients with COPD and 36.4% of patients with BA. In the overwhelming majority of patients with COPD (66.7%), the presence of depressive states is diagnosed in a more severe course of the disease with pronounced manifestations of ventilation disorders and hypoxia. In BA patients, depressive states were formed with a milder course of the disease. As with COPD (50%), so with asthma (40%), the development of depressive disorders is observed more often in women and is determined by the short duration of the disease up to 5 years. In the formation of a depressive state in men with BA (33%) and COPD (40%), there was a factor of a longer duration of the disease (more than 15 years). The main symptoms of depressive symptoms (100%) are a decrease in interest and the ability to experience satisfaction, as well as a decrease in energy and increased fatigue, in 83.3% - symptoms of sleep disturbance, in 63.3% - there was a decreased self-esteem and a feeling of self-doubt, 50% of patients have ideas of guilt and self-deprecation, 33.3% - notice a decrease in concentration and inability to concentrate, in 50% of patients there is a violation of appetite, which appears by loss of body weight. In 5.5% of patients with COPD, thoughts arise that determine the desire for suicide.

Conclusions. The high frequency of depressive disorders, against the background of somatic pathology determined by BA and COPD, requires earlier diagnosis and correction in order to reduce the severity of the underlying disease.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Ганиева Дурдона Камаловна

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ўзбекистан, Ташкент

Актуальность. Проблема здоровья детей среднего и старшего школьного возраста в последние годы привлекает пристальное внимание среди врачей в Узбекистане. Каждый пятый человек в мире - подросток. Ухудшение экологической ситуации и техногенная нагрузка, климатические условия, а так же приверженность подростков вредным привычкам, активному и пассивному табакокурению, играют заметную роль в увеличении распространенности хронических заболеваний органов дыхания.

Цель исследования: Оценка распространенности бронхолегочных заболеваний среди подростков.

Материалы и методы. Было проведено эпидемиологическое исследование среди 80 подростков от 12 до 18 лет, проживающих в городе Ташкенте, методом случайной выборки с анкетированием и проведением пикфлоуметрии. Методикой одномоментного поперечного (кросс-секциального) исследования с применением метода случайной выборки было проведено диспансерное обследование 80 подростков от 12 до 18 лет, среди них 47 лиц женского и 33-лиц мужского пола.

Результаты исследования и обсуждение. 31,25% детей к подростковому возрасту страдают заболеваниями органов дыхания и 13,75% подростков уже имеют хронические заболевания бронхолегочной системы. Лишь у трети детей к пубертатному периоду (10,4%) устанавливается стойкая ремиссия (не менее 2 лет) рецидивировавшего ранее бронхита, у другой трети – течение болезни либо не изменяется, либо утяжеляется, и у оставшейся трети подростков были хронические заболевания верхних дыхательных путей. Среди всех подростков, страдающих хроническими болезнями органов дыхания, доля лиц с бронхиальной астмой (БА) составляет более 8%. На учете у врача находятся в основном тяжелые и среднетяжелые формы бронхиальной астмы, а бронхиальная астма легкого течения выявляется практически только при использовании специального анкетирования и обследования. У подростков чаще, чем в других возрастных группах отмечается ухудшение состояния. Дети лиц женского пола среди болеющих бронхиальной астмой в возрастной категории от 12 до 18 лет становится больше, чем до 12 лет, в то время как среди лиц, страдающих другими хроническими бронхолегочными заболеваниями количество девушек и юношей подростков примерно одинаково.

Выводы. Проведенное эпидемиологическое исследование показало, что хронические заболевания легких и врожденные пороки развития являются основой некоторых хронических заболеваний легких. 13,75% подростков уже имеют хронические заболевания бронхолегочной системы, а среди них доля лиц с бронхиальной астмой – более 8%. Активная диспансеризация подростящего поколения, профилактика респираторных инфекций, таких как респираторная синцитиальная вирусная, аденовирусная, использование методов иммунизации детского населения, своевременная диагностика и лечение, наблюдение других узких специалистов (аллерголог-иммунолог, отолоринголог) поможет снизить распространенность бронхиальной астмы и других хронических бронхолегочных заболеваний нетуберкулезной этиологии среди подростков.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЧИСЛЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНЫХ КОНТИНГЕНТОВ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Глинская Татьяна Николаевна¹, Щавелева Марина Викторовна²
Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии¹,
Белорусская медицинская академия последипломного образования², Республика
Беларусь, город Минск

Актуальность. Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь до 2030 года в качестве угроз социальному компоненту развития определяет проблему хронических неинфекционных заболеваний, выделяя сердечно-сосудистые заболевания, новообразования, сахарный диабет, болезни органов дыхания (далее – БОД). Анализ эпидемиологических показателей позволяет стратифицировать целевые группы для реализации конкретных мероприятий, обосновать затраты ресурсов, как на отраслевом, так и межведомственном уровне.

Цель исследования: оценить численность диспансерных контингентов взрослого населения Республики Беларусь при хронических неспецифических БОД.

Материалы и методы. Проведен анализ интенсивных показателей численности взрослых лиц, состоящих на диспансерном учете при ряде БОД (бронхит хронический и неуточненный, эмфизема легких, J40–J43 (далее – бронхит хронический); другая хроническая обструктивная легочная болезнь, J44 (далее – ХОБ); астма, астматический статус, J45–J46 (далее – астма)) в Республике Беларусь за 2008-2019 годы.

Результаты и их обсуждение. За 2008-2019 годы численность диспансерного контингента при БОД выросла с 2223,4⁰/0000 до 2525,6⁰/0000 (темп прироста +13,6%). Имелась стойкая тенденция к росту показателя, описываемая линейным трендом (прогноз темпа прироста в 2021 г. к уровню 2008 г. – +15,5%). Основной вклад в формирование диспансерного контингента при БОД вносили пациенты с наличием бронхита хронического; ХОБ; астмы: они обусловили на протяжении периода наблюдения до 74,0% всех случаев постановки на диспансерный учет. Положительная динамика регистрировалась для показателя численности диспансерного контингента при бронхите хроническом. Если в 2008 г. показатель составлял 549,7⁰/0000 (каждый 4-ый случай), то в 2019 г. – 449,3⁰/0000 (темп прироста – –18,3% или каждый 6-й случай). Кривая динамики описывается нисходящим линейным трендом с прогнозируемым темпом прироста в 2021 г. к уровню 2008 г. «минус» 19,1%.

Численность диспансерных контингентов при ХОБ и астме имела стойкую тенденцию к росту. В 2019 г. данные формы бронхолегочной патологии обуславливали 54,0% случаев постановки на диспансерный учет. За 2008-2019 годы интенсивные показатели численности диспансерных контингентов выросли для ХОБ с 372,6⁰/0000 до 475,9⁰/0000 (темп прироста +27,7%), для астмы – с 549,1⁰/0000 до 896,4⁰/0000 (темп прироста +63,2%). Кривая динамики численности диспансерного контингента при ХОБ описывается полиномиальным трендом, в 2021 г. прогнозируемое значение показателя –490,0⁰/0000 с темпом прироста к уровню 2008 г. – +31,5%, динамика аналогичного показателя при астме описывается линейным трендом, и к 2021 г. прогнозируется рост численности диспансерного контингента до 961,5⁰/0000 с темпом прироста +75,1% к уровню 2008 г.

Выводы. Рост численности диспансерных контингентов отражает полноту охвата пациентов с хронической неинфекционной патологией диспансерным наблюдением. Целевыми группами для выявления, применения профилактических стратегий, качественного оказания медицинской помощи при БОД являются пациенты с астмой и ХОБ. При сохранении условий, формирующих установленные тенденции роста диспансерных контингентов, сохраняются и социальные риски отрицательных медико-демографических показателей.

РОЛЬ НОРМОКСИЧЕСКОЙ БАРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

**Лицкевич Лариса Владимировна, Кривошеева Жанна Ивановна
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь**

Цель исследования: выявить кардио-респираторные нарушения у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой (ХОБЛ, БА) и дать клиничко-функциональное обоснование использования нормоксической баротерапии (НБ) в комплексном лечении данных пациентов.

Материалы и методы. Для выявления кардио-респираторных нарушений при ХОБЛ, БА дизайном исследования было предусмотрено проведение комплекса инструментальных и лабораторных методов исследования кардио-респираторной системы: спирометрии, бодиплетизмографии исследования диффузионной способности легких; исследования газового состава капиллярной крови (PaO_2 , $PaCO_2$) и пульсоксиметрии (SaO_2); ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, рентгенографии органов грудной клетки; эхокардиографическое исследование, общий, биохимический анализы крови, тест с 6-минутной ходьбой; оценка интегральных показателей качества жизни у пациентов основных групп и групп сравнения. В исследование были включены 101 пациент, в том числе 20 пациентов с ХОБЛ (основная группа 1), 25 пациентов с хроническим необструктивным бронхитом (ХНБ) (группа сравнения 1), 27 пациентов с БА (основная группа 2), 29 пациентов с БА (группа сравнения 2). Пациенты сравниваемых групп были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, частоте указаний на воздействие профессиональных факторов в анамнезе. Пациентам основных и контрольных групп проводилась базисная терапия основного заболевания согласно клиническим протоколам диагностики и лечения болезней органов дыхания. Пациентам основных групп дополнительно проводилась НБ в камере Vitaeris-320, в которой создавались режимы гипербарии (4 psi) и нормоксии (35% кислорода во вдыхаемом воздухе) по следующей схеме: компрессия 5-6 мин., экспозиция 40 мин., декомпрессия в течение 5-10 мин. Длительность курса – 7-10 сеансов, количество курсов – 2 раза в год. Статистическая обработка результатов проведена с использованием программы Statistica 6.0. Достоверность различий между двумя независимыми выборками определяли методами параметрической и непараметрической статистики. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Применение НБ у пациентов основной группы с ХОБЛ приводит к улучшению показателей сердечно-сосудистой системы организма: достоверно на 3,3% снижается ДАД ($p < 0,01$); на 6,8% - гемоглобин ($p < 0,01$), на 2,0% повышается SpO_2 ($p < 0,05$). Установлено, что применение НБ у пациентов с ХОБЛ является причиной улучшения микроциркуляции, стабилизации сатурации артериальной крови, улучшения насыщения тканей кислородом и, как следствие, уменьшения артериальной вазоконстрикции и стабилизации легочной гипертензии. Применение НБ у пациентов с БА

приводит к достоверному улучшению показателей: снижается ЧСС на 14,4% после процедуры ($p<0,001$), снижается САД на 8,7% ($p<0,001$), снижается ДАД на 4,3% ($p>0,05$). Установлено улучшение респираторных показателей после курса процедур НБ, характеризующееся увеличением ЖЕЛ на 9,6% ($p<0,05$) и соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ на 118% ($p<0,001$).

Данные изменения могут свидетельствовать об уменьшении бронхиальной обструкции при проведении НБ у пациентов с БА, что приводило к улучшению показателей качества жизни пациентов и толерантности к физической нагрузке. Реабилитация в комплексе с НБ может быть применена у пациентов с ХОБЛ, БА для улучшения адаптивных способностей организма, восстановления тканевого дыхания и нарушенной микроциркуляции при последствиях ишемии.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОЛОГИЧНЫХ МУЛЬТИПОТЕНТНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ КЛЕТОК В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

¹Лицкевич Л.В., ²Исайкина Я.И., ¹Скрягин А.Е.

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

²Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии, Минск, Беларусь.

Цель исследования: улучшить результаты лечения и качества жизни пациентов с ХОБЛ при применении аутологичных ММСК в комплексной терапии заболевания.

Материал и методы. В контролируемое проспективное рандомизированное исследование были включены 27 человек с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Основную группу сформировали 10 человек с диагнозом ХОБЛ, в комплексном лечении которых использовалась клеточная терапия с применением аутологичных мультипотентных мезенхимальных стромальных клеток (ММСК), в т. ч. 6 мужчин и 4 женщины в возрасте 46-60 лет, средний возраст $56,6\pm 7,9$ лет. В группу сравнения были включены 17 пациентов, в т. ч. 11 мужчин и 6 в возрасте от 48 до 62 лет, в среднем - $59,7\pm 1,4$ года с ХОБЛ, которым проводилось поддерживающее лечение основного заболевания. У пациентов группы сравнения в течение года, предшествующего наблюдению, зафиксированы частые обострения (3-4 обострения в год). Частота обострений в основной группе пациентов с ХОБЛ уменьшилась в среднем на 80,0% (1-2 обострения в год). Включение пациентов в исследование было одобрено этическим комитетом. Пациентам основной группы проведена пункция костного мозга, из 70-89 мл костного мозга был получен ауотрансплантат, содержащий от 10×10^6 до 107×10^6 ММСК, что соответствовало средней дозе введенных пациенту клеток - $1,0\pm 0,29\times 10^6/\text{кг}$. Для получения аллогенного биотрансплантата применяли метод экспансии недифференцированных ММСК. Производили несколько пассажей, при которых ММСК наращивали *in vitro* до нужного объема в зависимости от массы тела пациента. Клетки, снятые с поверхности культуральных флаконов последнего пассажа, дважды отмывали в физиологическом растворе и переносили в шприц в объеме 20 мл для дальнейшей инфузии пациенту. Перед инфузией пациенту полученные *in vitro* клетки были идентифицированы на проточном цитофлуориметре FACScan (Becton Dickinson, США) на принадлежность к ММСК по наличию характерных поверхностных маркеров CD90, CD73, CD105. Исследовали ММСК из каждого пассажа на стерильность по всему спектру возможной бактериальной и вирусной контаминации, которая отсутствовала во всех ауотрансплантатах ММСК, переданных для введения пациентам. Иммунофенотипический анализ подтвердил, что все трансплантаты содержали $99,2\pm 0,5\%$ жизнеспособных клеток, экспрессирующих маркеры

ММСК: CD90 - $96,7 \pm 0,9\%$, CD73 - $95,8 \pm 1,8\%$, CD105 - $95,3 \pm 1,6$. Проводили посттрансплантационный мониторинг через 5-7 дней, 1,5-2 месяца, 4,5-5,5 месяцев после введения ММСК.

Результаты исследования. Положительный опыт применения аутологичных ММСК в комплексном лечении пациентов с ХОБЛ заключается в отсутствии побочных реакций и осложнений на введение ММСК, что подтверждает их безопасность, а также характеризуется уменьшением степени выраженности одышки; степени выраженности обструктивных нарушений механики дыхания от резких до умеренных; повышении дистанции в тесте с 6-минутной ходьбой более 60% ($p < 0,001$); улучшении качества жизни пациентов более значимым, чем в контрольной группе; улучшением иммунологических параметров (увеличением CD3+38+ на 19,4%), что является признаком ранней активации Т-лимфоцитов и приводит к уменьшению количества обострений воспалительного процесса в среднем на 80,0%.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ САРКОИДОЗА

Мановицкая Н. В., Кончак В. В., Солонец К. М.

**Белорусский государственный медицинский университет, Республика Беларусь,
Минск**

Актуальность. Саркоидоз – это системное воспалительное заболевание неизвестной этиологии, которое характеризуется образованием в различных органах и тканях эпителиоидно-клеточных неказеифицирующихся гранул. Клиническая симптоматика саркоидоза чаще всего обусловлена поражением легких и внутригрудных лимфатических узлов. Известно, что расстройства функции внешнего дыхания у пациентов с саркоидозом свидетельствуют о наличии изменений в бронхолегочной ткани, что подтверждается морфологически наличием в стенках бронхов и в альвеолярной ткани мелких формирующихся гранул и диффузной лимфоидной инфильтрации, а также развитием пневмофиброза.

Цель исследования: проанализировать функциональные показатели у пациентов с прогрессирующим течением саркоидоза органов дыхания по данным спирографии и бодиплетизмографии.

Материалы и методы. Обследовано 45 пациентов с прогрессирующим течением саркоидоза органов дыхания, находившихся на лечении в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в 2019-2020 гг. Из них 26 мужчин и 19 женщин, медиана возраста составила 38 лет [29 лет; 49 лет] (от 24 лет до 63 лет). Критерий включения в исследование – подтверждение диагноза саркоидоза методом морфологической верификации (видеоассистированная торакоскопия), наличие признаков прогрессирования заболевания по данным компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК). У всех пациентов были проанализированы показатели функции внешнего дыхания (ФВД). Бодиплетизмография и исследование диффузионной способности легких методом одиночного вдоха по оценке степени поглощения окиси углерода (ДЛсо) были выполнены у 34 пациента (19 мужчин и 15 женщин) без указания на курение в анамнезе.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов по данным КТ ОГК определялась отрицательная динамика (по сравнению с предыдущими обследованиями) патологического процесса в виде нарастания мелкоочаговой диссеминации в интерстициальных отделах легких (преимущественно периваскулярно и перибронхиально). У 19 пациентов (42,2%) определялись выраженные двусторонние фиброзные изменения в легочной ткани, из них у 3 пациентов (15,8%) имелись изменения по типу «сотового легкого».

У обследованных пациентов медиана ФЖЕЛ составила 90,5 % [75,0%; 98,0%] (от 34,0% до 107,0%), из них у 11 пациентов (24,4%) определялось снижение ФЖЕЛ. Медиана ОФВ₁ составила 80,0% [69,0%; 93,0%] (от 35,0 % до 106,0%), снижение ОФВ₁ определялось у 21 пациентов (46,7%). МОС₅₀ составила 61,5% [45,0%; 82,0%] (диапазон значений от 18,0% до 125,0%), снижение определялось у 20 (44,4%) пациентов. Медиана МОС₇₅ была снижена и составила 51,0 % [32,0%; 68,0%] (от 14,0% до 89,0%), снижение отмечалось у 27 (60,0%) пациентов. У изученных пациентов не было выявлено снижения ОЕЛ (общей емкости легких) по данным бодиплетизмографии - 94% [77%, 102%]. Наблюдалось снижение ДЛсо у 26 пациентов из 34 (76,5%) (в среднем 67,0% [51,0%; 78,0%], диапазон от 27,0% до 92,0%). **Выводы.** У большей части пациентов с прогрессирующим течением саркоидоза не были выявлены рестриктивные нарушения ФВД. При этом определялись обструктивные нарушения преимущественно на уровне мелких бронхов (60,0% пациентов). ДЛсо была снижена у 76,5% пациентов, медиана 67,0% [51,0%; 78,0%].

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА С МАРКЕРАМИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

**Турдибеков Хусан Ибрагимович, Ходжаева Светлана Атахановна, Куйлиев
Каландар Уринович**

**Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан,
город Самарканд**

Актуальность. В развитии и прогрессировании аллергических заболеваний респираторной системы важную роль играет генетическая детерминация. Переход на молекулярно – генетический уровень привел к появлению целого ряда принципиально новых данных и представлений, которые открывают все новые стороны, освещающие генетические основы и особенности патогенеза данных заболеваний. Выявление генов, участвующих в развитии бронхиальной астмы (БА) - важная задача современной медицины, решение которой будет способствовать формированию фундаментальных представлений о патогенезе этого заболевания. В этом плане большое внимание исследователей привлечено к возможным нарушениям структуры и функции β_2 -адренорецептора (β_2 -АР), которые могут лежать в основе патогенеза заболевания. Результаты исследования полиморфизма гена β_2 -АР и продуктов его экспрессии в предрасположенности к БА неоднородны и предполагают необходимость выявления конкретных этнических особенностей данных ассоциаций.

Цель исследования: изучить иммунорегуляторный статус сывороточных цитокинов IL-4, IFN- γ и активность продукции IgE у больных БА с учетом Gln27Glu полиморфизма гена ADRB2.

Материал и методы исследования. Проведено генотипирование 107 лиц узбекской национальности (60 – пациенты с тяжелой БА и 47 – практически здоровые лица) с использованием технологии ПЦР и анализа рестрикционных фрагментов. Определение общего IgE в сыворотке крови проводилось ИФА методом по принципу двухслойного иммуноферментного анализа с использованием набора фирмы «Хема-Медиа». Определение уровня IFN- γ в сыворотке крови проводилось с использованием тест-систем количественного определения методом твердофазного ИФА «ИФА-ИФН-гамма» (ЗАО «Вектор-Бест», Россия). Уровень IL-4 в сыворотке крови определяли по ИФА методу использованием тест-систем «ИФА-ИЛ-4» (ЗАО «Вектор-Бест», Россия). Аллергическая БА диагностирована у 22 человек, неаллергическая у 17 человек и смешанная – у 21 человек.

Результаты и их обсуждение. Представлялось важным изучить особенности продукции общего IgE и иммунорегуляторных цитокинов у больных в зависимости от генотипов полиморфизма Gln27Glu гена β_2 -AP. В группе больных аллергической БА с Gln27Gln полиморфным вариантом гена β_2 -AP показатели IgE ($1664,2 \pm 293,29$ пг/мл) почти в четыре раза превышали уровень, регистрируемый у пациентов с данной формой заболевания при Gln27Glu генотипе ($338,4 \pm 121,33$ пг/мл; $P < 0,01$). Достоверной взаимосвязи полиморфизма Gln27Glu гена β_2 -AP с активностью индукторных цитокинов не обнаружено. У больных с генотипом Gln27Gln, имеющихотягощенный семейный анамнез, уровень IgE составил, в среднем, $1230,7 \pm 314,31$ пг/мл, при генотипе Gln27Glu - $396,4 \pm 81,26$ пг/мл ($P < 0,05$).

Выводы. Таким образом, генотип Gln27Gln гена β_2 -AP у пациентов с БА и, особенно, при аллергической форме заболевания, ассоциирует с гиперпродукцией IgE, а выявленная ассоциация повышенного уровня IgE с генотипом Gln27Gln у больных БА с семейной отягощенностью является дополнительным подтверждением роли наследственно обусловленной гиперпродукции IgE в патогенетических механизмах развития заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Халилова Диловар Салимовна

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан,
город Бухара

Актуальность: Внебольничная пневмония относится к наиболее частым инфекционным заболеваниям человека, которая все еще остается актуальной медико-социальной проблемой, особенно у пациентов пожилого возраста. В настоящее время пневмония занимает 4-5-е место в структуре общих причин смертности после сердечно-сосудистых заболеваний, онкологической патологии и ХОЗЛ.

Цель и исследования: изучение особенностей клинического течения, диагностики и лечения внебольничной пневмонии у пациентов пожилого возраста с учетом взаимовлияния сочетанной патологии респираторной, сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 65 больных находящихся на стационарном лечении центр фтизиатрии и пульмонологии Бухарского вилоята. Исследования включают: общий анализ крови, мочи, биохимические исследования крови: в плазме крови, будут определены показатели функционального состояния гепатобилиарной системы и поджелудочной железы: АлАТ, АсАТ, щелочная фосфатаза, билирубин и диастаза. Эти анализы также будут выполняться в динамике: до начала лечения и после лечения. А также С-реактивный белок, прокальцитонин. Рентгенологическое обследование больного включает в себя обзорную рентгенограмму лёгких. У всех больных проведено ЭКГ.

Результаты и их обсуждения: у пожилых больных с пневмонией сочетанная респираторная патология выявляется в 72,6% наблюдений, сочетанные заболевания сердечно-сосудистой системы - в 94,8%, изменения мочевыделительной системы - в 64,5%. Основу сочетанной легочной патологии составляет ХОБЛ, кардиологической - стенокардия напряжения и гипертоническая болезнь, болезней мочевыделения - аденома предстательной железы, пиелонефрит. На фоне пневмонии хронические заболевания легких обостряются в $\frac{3}{4}$ наблюдений, удлиняя сроки разрешения пневмонии и стационарного лечения больных; обострение сердечно-сосудистой патологии на фоне пневмонии отмечается лишь у каждого третьего больного, однако именно с ней связано

развитие большей части неотложных клинических состояний и трудности дифференциальной диагностики ВП.

Выводы: оптимизация обследования больных пневмонией пожилого возраста в начальном периоде их пребывания в пульмонологическом стационаре повышает выявление обострений сочетанной висцеральной патологии, позволяет произвести раннюю обоснованную коррекцию комплексной терапии, сократить сроки пребывания на госпитальной койке без ущерба для качества помощи и повысить экономическую эффективность медицинского обеспечения данной категории пациентов.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

Шаджалилова М.С., Осипова Е. М., Шарапова Г.М., Тулаев А.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика
Узбекистан**

Введение. Продолжающаяся пандемия COVID-19 представляет серьезную угрозу человечеству, включая прямое влияние на повседневную жизнь миллионов людей и негативное воздействие на мировую экономику. По мнению вирусолога Роберто Буриони, в борьбе с инфекцией наиболее эффективными признаны ограничительные мероприятия на государственном уровне. Нам еще предстоит изучение особенностей этой пандемии, проанализировать эпидемиологические и клинические аспекты, состояние иммунитета и течение инфекционного процесса в целом.

Цель работы – изучить клинико-эпидемиологическую характеристику коронавирусной инфекции в период пандемии.

Материал и методы исследования. Нами было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 24 больных, в возрасте от 35 до 63 лет, с подтвержденным диагнозом «COVID-19». Для выполнения поставленных задач в работе были использованы сплошной метод и метод динамического текущего наблюдения. Основным биоматериалом для выявления РНК SARS-CoV-2 служила мазок из носа. Статистическая значимость полученных измерений при сравнении средних величин определялась по критерию Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (P) при проверке нормальности распределения. За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Под наблюдением находились 24 больных в возрасте от 35 до 63 лет. Клинический диагноз больных нами было установлено на основании данных эпидемиологического анамнеза, клинического обследования и результатов лабораторных исследований. При сборе эпидемиологического анамнеза обращали внимание на посещение пациентом в течение предшествующих 14 дней неблагополучных по COVID-19 регионов, наличие тесных контактов за это время с лицами прибывшими из эндемичных районов, а также контактов с лицами, у которых диагноз подтвержден лабораторно. Изучение эпидемиологического анамнеза позволило установить контактный путь передачи инфекции у 21 (87,5 %) и у 3 (12,5 %) больных выявить источник инфекции не удалось. Согласно возрастной структуры больных нами установлено, что в большинстве случаев зараженность «COVID-19» наблюдается среди трудоспособного возраста и средний возраст больных составил $48,8 + 3,02$. По нашим данным, коронавирусная инфекция в 2 раза чаще встречался среди больных мужского пола по сравнению с женщинами (66,7% и 33,3% соответственно) и около половины случаев заболевания было зафиксировано у лиц старше 50 лет (50%). Можно сделать предположение, что представители мужского пола не всегда соблюдают рекомендации, играют свою роль и образ жизни, также большинство из них вошли в перечень туристов, вернувшихся на родину из стран с высокой заболеваемостью.

Начало болезни у всех больных проявлялась в сухости и бледности кожных покровов и слизистых, слабостью и вялостью. Заболевание протекало на фоне высокой температуры тела у 8,3% больных и превышала 38⁰С, у 16,6 % температура достигала 38-38,5 С, у 75,0 % оставалась на субфебрильных цифрах. При этом у 20,8% больных лихорадка была длительной (6,0±1,6). Явления общей интоксикации сочетались с эксикозом I - II степени. Интенсивно нарастали вялость, слабость (100%). Среди первых симптомов COVID-19 зарегистрировано сухой кашель (91,6%) и у 27,3% больных с небольшим количеством мокроты. Снижение обоняние и вкуса (58%), одышка (67%), ощущение сдавленности в грудной клетке (27%) и диарея и тошнота (12,5%). Тоны сердца были приглушены, развивался цианоз кожи и слизистых оболочек. Тяжелые формы COVID-19 отмечены у 16,7% больных с развитием у больных септических состояний и инфекционного токсического шока, а также явления полиорганной недостаточности (признаки сердечной недостаточности, дыхательной недостаточности и тромбоземболии). Гипоксемия (снижение SpO₂ менее 88%) развивалась более чем у 33% наблюдаемых больных. Отмеченные нами гематологические сдвиги в периферической крови, как лимфопения и тромбоцитопения в одинаковой степени относились ко всем больным при разгаре болезни. Уровень С-реактивного белка имело прогностическое значения в течении коронавирусной инфекции. При КТ-сканировании легких симптом «матового стекла» был наиболее частым диагностическим признаком (67%) и по данным электрокардиограммы было выявлено нарушение ритма (58%). Выписка больных разрешалась при регрессе клинических проявлений болезни и после получения двух отрицательных результатов лабораторного исследования. При этом среднее пребывания больных в стационаре составило 12,2±0,50.

Выводы. Таким образом, проблему этой группы болезней следует рассматривать с позиции абсолютного преобладания контактно-бытового фактора в поддержании высокого уровня заболеваемости. Тяжесть течения и неблагоприятный исход были связаны во многом со степенью интоксикации, нарушениями гемодинамики, наличие септических состояний и частично с сопутствующей патологией.

IV. ДЕТСКАЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA DEPENDING ON THE SEVERITY OF THE DISEASE

Akhmedova Firuza Mirzakirovna

Khasanova Guzaliya Marsovna

Department of Outpatient Medicine, Physical Education

Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent city

Relevance. Bronchial asthma is one of the most common allergic diseases and it is important to have an idea of the contribution of psychological characteristics of the child and the autonomic nervous system to the realization of BA.

Objective of the study: to reveal the psychological characteristics of children with bronchial asthma.

Materials and methods. The study included 40 children with asthma at the age of 7-17 years, who are registered at the family polyclinic № 56 in Tashkent. For all children, a registration card was filled out, including data from anamnesis of life and disease, the results of laboratory and instrumental studies and a survey conducted on the scale of children's depression (CDI) M. Kovacs, information about their hobbies.

Results and discussion. The average age of the examined children was 13 years (29 boys and 11 girls). Depending on the severity of the disease, the children were divided into 3 groups: 1 - mild (n = 15), 2 - moderate (n = 7), 3 - severe (n = 7). A group with newly diagnosed bronchial asthma (n = 11) was singled out separately. According to M. Kovacs test, a general decrease in mood, a constant expectation of trouble was significantly more frequent in children with moderate bronchial asthma compared with severe and newly diagnosed bronchial asthma (90% versus 71% and 73%, respectively; $p < 0.02$) and not met with mild bronchial asthma. Interpersonal problems, aggressive behavior, disobedience were characteristic of children with moderate and severe asthma compared to children with mild and newly diagnosed bronchial asthma (90% and 85% versus 40% and 45%; $p < 0.001$). Loss of motivation for activities that bring pleasure, the presence of a feeling of loneliness also prevailed in children with moderate and severe bronchial asthma compared with children with mild bronchial asthma (71% versus 33%; $p < 0.001$), but were also typical for children with the first identified bronchial asthma (63%). The level of depression above the average was found in almost all children with moderate and severe bronchial asthma (90% and 100%, respectively) and in every third child with mild and newly diagnosed bronchial asthma (26% and 33%, respectively). At the same time, half of children with mild and newly diagnosed bronchial asthma chose creative (music (47%), fine arts (55%)) and educational (40%) classes after school; every third child with moderate bronchial asthma was involved in strength physical sports, and most of the children with severe asthma did not have hobbies and extracurricular activities.

Findings. The psychological characteristics of children with bronchial asthma depend on the severity of the disease. The following types of extracurricular activities / hobbies have the most favorable influence on the psychoemotional state of the child: creative (music and visual arts) and educational.

МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Агзамова Шаира Абдусаломовна¹, Бабаджанова Фания Рашидовна²
Ташкентский педиатрический медицинский институт¹, Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской Академии²

Актуальность. Врожденные пороки развития являются наиболее часто встречающейся патологией новорожденных, из которых треть занимают врожденные пороки сердца (ВПС). Изучение частоты встречаемости, типа ВПС, а также факторов риска их развития могут явиться базисом для разработки лечебно-профилактических программ в целях сокращения этой патологии в регионе.

Цель исследования: Исследование частоты встречаемости, типа и факторов риска развития ВПС у детей Хорезмской области Республики Узбекистан за период 2019-2020 гг.

Материалы и методы. На базе Хорезмского областного многопрофильного детского медицинского центра проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 64 детей, рожденных с ВПС за период 2019-2020 гг. и состоящих на диспансерном учете.

Результаты и обсуждение. За период 2019-2020 гг. в Хорезмской области Республики Узбекистан из 64 новорожденных с ВПС, у 43(67,2%) детей выявлен дефект межжелудочковой перегородки. Дефект межпредсердной перегородки диагностирован у 11 детей (17,2%), открытый артериальный проток - у 4 детей (6,25%), сочетание дефекта межжелудочковой перегородки с открытым артериальным протоком - у 2 детей (3,1%), наименьший удельный вес среди выявленных пороков составили: дефект межпредсердной перегородки в сочетании со стенозом легочной артерии, изолированный стеноз легочной артерии, тетрада Фалло и стеноз аортального клапана, которые встречались в равном процентном соотношении – 1,6%. Среди детей с диагностированными врожденными пороками сердца девочки составили 51,6%, мальчики – 48,4%. Анализ анамнеза матерей детей с ВПС показал, наличие отягощенного акушерского анамнеза в форме самопроизвольных выкидышей и аборт - у 25% матерей, угрозы прерывания беременности на ранних сроках – у 56,2% и фетоплацентарная недостаточность – у 54,6% матерей. Настоящая беременность у подавляющего большинства матерей (87,5%) протекала на фоне железодефицитной анемии, угрозы прерывания беременности 56,2%, тяжелого токсикоза первой половины беременности -34,4%, хронической урогенитальной инфекции - 15,6%, сахарного диабета- 6,25%. 59,3% будущих мам переболели острыми вирусными заболеваниями в первом триместре беременности и у 48,4% матерей были зафиксированы высокие титры Ig G к таким TORCH-инфекциям, как герпес, токсоплазмоз и цитомегаловирус по результатам иммуноферментного анализа.

Выводы. За период 2019-2020 гг. наиболее часто встречающимся пороком сердца у детей в Хорезмской области Республики Узбекистан является дефект межжелудочковой перегородки. Отягощенный акушерский анамнез матерей детей, рожденных с врожденными пороками сердца (самопроизвольные выкидыши у 25% матерей, фетоплацентарная недостаточность у 54,6% угрозы прерывания беременности у 56,2%), а также перенесенные острые вирусные заболевания в I триместре беременности у 59,3% матерей и лабораторно подтвержденное носительство высоких титров Ig G к таким TORCH-инфекциям, как герпес, токсоплазмоз и цитомегаловирус у 48,4% матерей, вероятно повлияли на формирование врожденных пороков сердца у детей.

THE COURSE OF PNEUMONIA IN THE BACKGROUND OF CONGENITAL HEART DEFECTS IN YOUNG CHILDREN IN THE SOUTHERN ARAL REGION

Babadjanova Faniya Rashidovna
Urgench branch of Tashkent Medical Academy
Department of hospital and polyclinic pediatrics
Republic of Uzbekistan, Urgench

Relevance: Currently, frequent respiratory infections in patients with congenital heart defects (UPU) often lead to the development of pneumonia against the background of chronic pulmonary blood or chronic hypoxia. Pneumonia in malformations with increased pulmonary blood flow occur in the first year of life, differ in protracted flow, and are difficult to treat.

Research objective: Study of the characteristics of the course of pneumonia against the background of congenital heart defects (CHD) in young children and optimization of treatment.

Materials and methods: 22 children with different CHD treated in the Children's regional multidisciplinary medical center (CRMMC) in 2020-2021, 10 of them (45.5%) boys and 12 (54.5%) girls. The average age is 1.2. All children underwent routine examination (hemogram, urogram, coprogram). The diagnosis of CHD was verified based on echocardiography (EhKG) results. All children with CHD admitted to the CRMMC were registered with a cardiac surgeon. The reason for admission to the CRMMC was a sharp deterioration in the condition of the child, which was accompanied by shortness of breath, severe anxiety, sinking of the skin, increased body temperature.

Results and discussion: Among the children, we examined with CHD with the ventricular septum defect (VSD) there were 9 (41%), with the atrial septal defect (ASD) - 1 (4.5%), with a tetralogy of Fallot - 3 (13.6%). The remaining 9 (41%) patients showed severe combined defects (transposition of main vessels, double divergence of main vessels, atresia of the tricuspid valve, VSD, ASD, pulmonary artery stenosis, atrioventricular communications, single ventricle in different combinations). All admitted children have pneumonia of various morphological forms. Children were admitted in serious condition, mainly due to respiratory and cardiovascular failure. Of the clinical manifestations in children, dyspnea of a mixed nature, cough, an increase in body temperature from subfebrile to febrile numbers, anxiety, remote oral wheezing, weakness, refusal to eat. During an objective examination, seeding of the skin was noted, increased respiration with retraction of the intercosts. In the lungs, there was stiff breathing; scattered dry and fine-bubbled wet wheezing on both sides, with extensive lung damage, weakened breathing was listened to. From the cardiovascular system, noises of various nature (systolic, diastolic, machine noise) were heard. In the general blood test, neutrocytosis by was mainly noted – microxyphil clear averaged 57.8%, the hemoglobin level was raised to 121.3 g/l, which, in our opinion, is associated with the body's compensatory response to chronic hypoxia. White blood cells averaged $7.8 \times 10^9/L$, the remaining indicators were within the age norm. In a bacteriological study, mainly hospital strains such as *Staphylococcus aureus* (18.6%), *Klebsiella pneumoniae* (20.4%), *Pseudomonas aeruginosa* (15.8%), *Streptococcus viridans* (13.2%) and It should be noted that these children had pneumonia several times and were treated outpatient. The length of stay in the hospital averaged 8.7 days. In the treatment of antibacterial drugs, mainly cephalosporins of the 2nd-3rd generation, aminoglycosides (amikacin) in combination were used. In the presence of pulmonary hypertension, preparations from the group of inhibitors of the angiotensin converting enzyme - captopril were used, veroshpyrone was used for unloading from diuretics, since it preserves potassium, digoxin and thiotriosoline were prescribed from cardiotropic drugs to improve metabolism in the myocardium.

Conclusions: A peculiarity of the clinic of pneumonia in CHD is the severe course and rapid development of various complications. When clinical symptoms of respiratory tract damage appear, children with CHD should be hospitalized in a hospital to avoid complications. The optimization of treatment, in our opinion, should be based on the timely use of pathogenetic

complex therapy, including cupping of circulatory insufficiency, etiotropic antibacterial, cardioprotective drugs. Children with CHD need to carry out general strengthening and rehabilitation events to achieve the phase of relative compensation for clinical manifestations.

ДИНАМИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА

Ганиева Дурдона Камаловна, Каримова Дилором Исмаатовна
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика
Узбекистан

Введение. Обструктивный бронхит (ОБ) - один из наиболее частых причин госпитализации детей раннего возраста. Заболевания органов дыхания являются одной из важных проблем педиатрии, поскольку до настоящего времени, несмотря на достигнутые успехи, они занимают одно из ведущих мест в структуре детской заболеваемости - по данным официальной статистики, 50-73%. Одним из показателей состояния здоровья является физическое развитие, который является важным показателем психического и соматического здоровья. В отечественной и зарубежной практике принято определять нормальное физическое развитие и отклонения от него на основании двух показателей длины тела и массо-ростового индекса (ИМТ). Выявление отклонений от стандартных величин длины и массы тела ребенка, а также ИМТ, характерных для каждого возрастного периода, являются самым простым и доступным практическому врачу методом для оценки ранних признаков неблагополучия в состоянии здоровья. С другой стороны, приближение к норме показателей физического развития к определенному возрастному периоду может быть вместе с другими клинико-лабораторными признаками критерием уменьшения тяжести течения хронического заболевания и эффективности проводимого лечения.

Цель: провести оценку динамики физического развития детей с обструктивным бронхитом от рождения до 3 лет включительно, выявить особенности в сравнении с группой практически здоровых детей.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось среди 250 детей, раннего возраста. Было сформировано две группы детей: группа I - дети с ОБ (73 ребенка, из них 70 (63,6%) мальчиков) и группа II – практически здоровые дети, (107 человек, из них 54 (50,5%) мальчиков). Критериями включения в группу I были: наличие ОБ, частые рецидивы ОРВИ. Критериями включения в группу контроля II было отсутствие хронических заболеваний, в том числе органов дыхания. Антропометрия проводилась по стандартной методике с помощью весов и ростомера. Построением индивидуальных траекторий (массы и длины тела, ИМТ) исследовали антропометрические показатели в дискретные периоды жизни (при рождении, в 1 и в 3 года). Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета прикладных программ «Statistica7.0» с расчетом средних значений (M), стандартных отклонений (Std). Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. При рождении гестационный возраст в группе I (дети с ОБ) и II (контрольной группе) достоверно не различался ($p > 0,05$). Однако масса и длина тела, ИМТ детей с ОБ при рождении имели достоверно большую величину в сравнении с контролем. Нами было установлено, что дети, у которых в последующем сформировался ОБ, были достоверно крупнее детей из контрольной группы, по массе и росту не только в периоде новорожденности. Эти различия сохранялись в 1 год и 3 года до окончания периода раннего детства. Также выявлено, что у мальчиков из I группы при рождении и в 1 год отмечались значимо большие показатели массы и роста, чем у детей группы II. Выявленные различия антропометрических показателей в раннем возрасте, возможно, объясняются тем, что повышенная масса младенца при рождении по отношению к гестационному возрасту плода и ИМТ при рождении связаны с уровнем некоторых биологически активных веществ

в пуповинной крови, имеющих непосредственное отношение к жировой ткани, например, повышением лептина и снижением адипонектина.

Заключение. 1. Дети, у которых был диагностирован обструктивный бронхит, в периоде новорожденности имели достоверно большие антропометрические параметры (массу тела, длину тела и ИМТ), чем дети, не болеющие впоследствии хроническими заболеваниями бронхолегочной системы. 2. Дети с обструктивным бронхитом по антропометрическим параметрам опережали детей группы контроля в раннем детском возрасте (1 и 3 года).

НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (SARS- CoV-2) У БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Джурабаева М.Х.¹⁻², Анварова Е.В.¹⁻², Султанов С.А.¹⁻², Бабамадова Х.У.¹⁻², Утешев М.С.¹⁻²

¹Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан

²Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Фтизиатрии и Пульмонологии, г. Ташкент, Узбекистан

Введение: Известно, что новый вирус SARS-CoV-2 является РНК-содержащим вирусом и относится к семейству коронавирусов. Жизненный цикл вируса протекает без стадии синтеза ДНК, репликация генетического материала происходит при помощи фермента РНК-зависимой РНК-полимеразы. Основным методом этиологической диагностики заболевания является исследование методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) биологического материала (мазки из зева и носа, мокрота, бронхоальвеолярная жидкость, кал, кровь, отделяемое из глаз). На основе молекулярного анализа есть предположение, что новый коронавирус, поражающий человека, произошел от коронавируса летучих мышей в результате пассирования в промежуточных хозяевах. Основным органом, который поражается при течении COVID-19, являются легкие. С начала эпидемии COVID-19 Европейским обществом по муковисцидозу (European Cystic Fibrosis Society – ECFS) инициирована специальная программа наблюдения ECFS-COVID-19 для сбора информации по особенностям течения COVID-19 у пациентов с муковисцидозом (МВ) (O'Sullivan B.P., Freedman S.D., 2009). МВ — системное наследственное заболевание, обусловленное мутацией гена трансмембранного регулятора МВ и характеризующееся поражением желёз внешней секреции, тяжёлыми нарушениями функций органов дыхания. Симптомами бронхолегочной формы муковисцидоза являются вялость, бледность кожных покровов, недостаточная прибавка массы тела при удовлетворительном аппетите. В некоторых случаях (тяжёлое течение) с первых дней жизни у больного появляется покашливание, которое постепенно усиливается и приобретает коклюшеподобный характер. Кашель сопровождается отделением густой мокроты, которая при наслоении бактериальной флоры становится впоследствии слизисто-гношной (Allen J.L., Panitch H.B., Rubenstein R.C., 2016).

Целью исследования явилась оценка распространенности COVID-19 у пациентов с МВ в Республике Узбекистан.

Материалы и методы: Проанализированы 6 (4 ребенка и 2 взрослых) случаев заболевания COVID-19 у пациентов с МВ. Показаниями к госпитализации являются:

- тяжелая клиническая картина заболевания и нетипичное течение ОРВИ и гриппа, внебольничной пневмонии;
- дети из группы риска тяжелого течения COVID-19.

Результаты: В Республике Узбекистан SARSCoV-2 инфицированы 30 января 2021 года 78 711 человек, где 621 человека скончалось. Диагноз COVID-19 подтвердился у 4 детей

(все мальчики) и 2 взрослых женщин, при этом 3 больных были инфицированы *Pseudomonas aeruginosa*, 2 – *Achromobacter spp.* В легкой форме заболевание протекало у 4 из 6 пациентов, включая всех детей, пневмония зарегистрирована у 3 пациентов. У одного из 4 детей с COVID-19 отмечался абдоминальный синдром при отсутствии респираторных проявлений; 2 пациента (1 взрослый и 1 ребенок) нуждались в стационарном лечении. Антибактериальная терапия назначена 4 пациентам, двум из них – внутривенно. При подтверждении коронавирусной инфекции она была выписана из больницы.

Выводы: Несмотря на то, что пациенты с МВ находятся в группе риска тяжелого течения заболевания, на сегодняшний день в описанных случаях COVID-19 инфекция не привела к значительному ухудшению состояния по основному заболеванию. У пациентов с МВ не зарегистрировано ни одного летального исхода.

ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ БРОНХООБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ

**Закирова Бахора Исламовна, Азимова Камола Тальатовна, Ибрагимова
Марина Федоровна**
Самаркандский государственный медицинский институт,
Республика Узбекистан, город Самарканд

Актуальность. В связи с неуклонным ростом острая бронхообструкция среди детского населения является серьезной проблемой. Являясь ургентным состоянием, она требует оказания неотложной помощи. В настоящее время терапия острой бронхиальной обструкции у детей многообразна и сложна, что требует от врача клинического мышления и своевременного оказания экстренной помощи.

Цель исследования: оценка эффективности небулайзерной терапии с помощью ингаляций небутамолом у детей с острой бронхообструкцией.

Материалы и методы. Обследованы 54 детей раннего возраста с острой бронхообструкцией, находившиеся на стационарном лечении в отделениях экстренной педиатрии и детской реанимации СФ РНЦЭМП. В I группу вошли 24 больных, в качестве муколитической терапии получавшие амброксол перорально, во II группу - 30 больных, получавшие небулайзерные ингаляции с небутамолом в дозе по 1,0 мл 2 раза в день. Небутамол способствует уменьшению отека слизистой в бронхах среднего и мелкого калибра. Тяжесть бронхообструкции оценивалась по балльной системе согласно таблице W. Tal. Клиника дыхательной недостаточности сопоставлялась с результатами исследований PO₂, PCO₂, SaO₂ (сатурации кислорода) капиллярной крови до и после небулайзерной ингаляции с декосаном.

Результаты и их обсуждение. Больные поступали в отделение на 2,6±0,3 день заболевания. Ингаляционную терапию с небутамолом пациенты получали с первого дня госпитализации до полного купирования бронхообструкции. Ингаляции проводились дважды в сутки. Сравнительный анализ показал, что при госпитализации в I группе было 6-11,1% больных с тяжелой степенью бронхообструкции, со средней степенью тяжести – 10-18,5% случаев и легкой степенью – 8-14,8% детей. У больных II группы тяжелая бронхообструкция имела у 4-7,4% детей, средней тяжести - у 20-37,0% больных и легкая - в 6-11,1% случаях. После небулайзерной терапии на 3 день госпитализации в I группе было 3-5,5% больных с тяжелой степенью бронхообструкции, со средней степенью тяжести – 11-20,4% детей и с легкой степенью – 10-16,7% случаев, тогда как во II группе тяжелая бронхообструкция имела лишь у 1-1,8% ребенка, средней степени тяжести - у 18-33,3% больных и легкая - в 11-20,4% случаях. У больных II группы положительная динамика симптомов ДН была более выраженной и купировалась при использовании небулайзерной терапии небутамолом. У

детей I группе мокрота отходила тяжело при различной степени выраженности кашля при применении муколитиков, а при небулайзерной терапии у 37-68,5% пациентов II группы имелась положительная динамика отхождения мокроты. Во II группе на $1,4 \pm 0,3$ дня раньше, чем в I-й группе исчез кашель. Сравнительный анализ групп показал преимущество небулайзерного применения небутомола над пероральным приемом амброксола, проявившееся в течении третьего дня наблюдения. Достоверная разница в улучшении симптомов дыхательной недостаточности и бронхообструкции наблюдалась в среднем со второго дня терапии ($P < 0,01$). Положительная динамика показателей СШО и клинико-лабораторный эффект наблюдались у пациентов II-й группы, получавших небутолом через небулайзер по сравнению с пациентами I-й группы. Применение небулайзерных ингаляций, способствующего уменьшению отека слизистой в бронхах в комплексной традиционной терапии привело к достоверному снижению длительности оксигенотерапии, сокращению стационарного лечения больных в стационаре у пациентов II-группы по сравнению с пациентами, получавшими амброксол перорально ($P < 0,001$). При использовании небулайзерной терапии небутолом побочных эффектов не отмечалось, что свидетельствует о безопасности препарата. Небулайзерные ингаляции небутолом неинвазивны, эффективны при комплексной терапии острой бронхообструкции у детей.

Выводы. При оказании больному ребенку неотложной помощи применение небулайзерных ингаляций небутолом способствует купированию острой бронхообструкции и предупреждает развитие дыхательной недостаточности.

ТЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ АТОПИИ

Ибрагимова Марина Федоровна, Закирова Бахора Исламовна, Атаева Мухиба Сайфиевна

**Самаркандский государственный медицинский институт,
Республика Узбекистан, город Самарканд**

Актуальность. Заболевания верхних дыхательных путей широко распространены среди детского населения, которые наносят вред детскому организму. Инфекции дыхательных путей представляют собой одну из самых главных причин заболеваний в детском возрасте; около 70% этих инфекций поражает верхние дыхательные пути. Одним из наиболее частых клинических синдромов, встречающихся при ОРИ у детей, является острый ларинготрахеит. Актуальность проблемы острого ларинготрахеита обусловлена его высокой распространенностью, развитием бактериальных осложнений, наступлением летального исхода, склонностью к рецидивированию.

Цель работы: Выявить особенности течения стенозирующего ларинготрахеита у детей на фоне атопии с целью профилактики заболевания.

Материалы и методы: Изучены результаты клинико-anamnestического обследования 46 больных детей с стенозирующим ларинготрахеитом, госпитализированных в отделениях I и II экстренной педиатрии и детской реанимации Самаркандского республиканского центра экстренной медицинской помощи. I группу составили 22 больных детей с стенозирующим ларинготрахеитом, не имевшие признаков атопии, II группу - 24 больных со стенозирующим ларинготрахеитом на фоне атопии.

Результаты и их обсуждение: Согласно изучению анамнестических данных 32 (69,5%) больных со стенозирующим ларинготрахеитом госпитализированы в первые сутки от начала заболевания, 9 (19,5%) - на 2-3 сутки и 5 (10,8%) - на 3 день. В постнатальном

периоде во II группе чаще, чем в I группе встречались: диспепсические явления (12-50% и 8-36.3%), указания на раннее искусственное вскармливание (15-62.5% и 6-27.2%), анемии (19- 79.1% и 11-50%), атопический дерматит (52,4% и 0%), инфекционные (9-37.5% и 6-27.2%), частые респираторные инфекции (12- 50% и 8- 36.3%). Родители детей I и II групп указывали на использование антибиотиков (6-25% и 10- 45,4%), нестероидных противовоспалительных препаратов (1-4.1% и 7- 31.8%), гормонотерапию (0% и 3-13,6%). Изучение анамнестических данных показало, что родители больных II группы в 1,8 раз чаще поздно (на 3 сутки и позже от начала заболевания) обращались за медицинской помощью в стационар при выраженных признаках заболевания. Причиной лихорадки, ринита, дерматита, конъюнктивита и других патологических реакций в основном была аллергия. При госпитализации больных у 26- 56,5% больных имелась выраженная одышка смешанного характера, лающий кашель у 45-97.8%. У больных II-ой группы ДН 1 степеней выявлена в 20-83,3% случаях и ДН 2 степени - у 3-12,5% больных, госпитализированных в отделении детской реанимации, тогда как в I группе больных с ДН 2 степени не было.

Выводы: Таким образом, острый стенозирующий ларинготрахеит у детей на фоне атопии протекает тяжелее, имеет рецидивирующее течение, что диктует о проведении диспансеризации и необходимости ранней профилактики.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

**Каримова Дилором Исмаевна,
Шайхова Мунира Икрамовна
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Республика Узбекистан, город Ташкент**

Актуальность. К инфекциям нижних дыхательных путей относятся пневмония (воспаление легочных альвеол), а также острый бронхит, капиллярный бронхит (бронхиолит), грипп и коклюш. Эти заболевания — одна из основных причин заболеваемости и смертности детей и взрослых во всем мире. Острые заболевания дыхательных путей в настоящее время является одной из самых актуальных проблем педиатрии. По данным эпидемиологических исследований, острые респираторные заболевания ежегодно переносят 64% детей, не достигших 5-летнего возраста; в целом распространенность заболеваний органов дыхания у детей и подростков в 6,3 раза выше, чем у взрослых. Оказание медицинской помощи детям с данной патологией обычно осуществляется амбулаторно, соответственно выбор терапии обуславливается личными предпочтениями врача – педиатра. Основной проблемой при выборе врачом тактики лечения является решение вопроса об использовании антибактериальных препаратов. Изучение их применения в последние годы проводится во всем мире. Такие исследования позволяет обнаружить закономерности развития бактериальной устойчивости, служит основой для разработки образовательных программ, издания справочной литературы.

Цель исследования: Целью исследования является оценка эффективности парэнтерального и перорального способов антибактериальной терапии острых пневмоний и бронхитов у детей в амбулаторных условиях, оценить влияние антибактериальных средств на течение заболевания.

Материалы и методы. Перед нами были поставлены задачи: Проанализировать назначение антибиотиков при острых заболеваниях нежных дыхательных путей в амбулаторных условиях. Сравнить эффективность различных форм антибактериальных средств при заболеваниях нежных дыхательных путей. Разработать практических рекомендации по

рациональному использованию антибиотиков при заболеваниях нижних дыхательных путей у детей в амбулаторных условиях. Методами исследования явилось проведение обследования и наблюдение за 50 больными с острой пневмонией.

Выводы. Исходя из полученных результатов проведенного нами исследования было выявлено преимущество перорального способа введения антибиотиков при неосложненном течении заболеваний нижних дыхательных путей у детей в амбулаторных условиях.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Кошимбетова Генжехан Калбаевна, Шамансурова Элмира Амануллаевна
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика
Узбекистан, город Ташкент

Актуальность. Острые респираторные инфекции являются наиболее распространенными в детском возрасте. Их доля составляет около 70 % в структуре всей заболеваемости у детей. Частота ОРИ зависит от возраста ребенка: она выше у детей первых 3 лет жизни в связи с особенностями иммунной функции, анатомо-функциональных характеристик органов и систем организма, особенно органов дыхания.

Цель. Изучить эпидемиологию, клинико-лабораторные особенности течения острых заболеваний органов дыхания у детей.

Материалы и методы. Были проанализированы 67 медицинских карт стационарного больного детей, детской клинической больницы с острыми заболеваниями органов дыхания.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследуемую группу составили 35 мальчиков (52,2 %) и 32 девочки (47,8 %). В возрасте до 3-х лет было 20 детей (29,9 %), старше 3-х лет — 47 (70,1 %). Организованных детей было 43 (64,2 %), неорганизованных — 24 ребенка (35,8 %). Среди острой патологии респираторного тракта наиболее часто встречался бронхит — 28,3 %, на долю обструктивного пришлось 31,5 %. На втором месте по частоте встречаемости стоит фарингит — 3,9 %. Примерно одинаково часто встречался трахеит — 14,9 % и ларинготрахеит — 13,4 %. На пневмонию пришлось 19,4 %, каждая из которых протекала без осложнений. Правосторонняя локализация процесса составила 30,8%, левосторонняя — 23,1 %, двусторонняя — 46,1 %. Очаговых пневмоний было 46,1%, сегментарных — 53,9 %. Наиболее часто больные дети 40,3 %, поступают в стационар на 2–3 сутки от начала заболевания. На 4–6 сутки поступило 16,4 %, спустя 7 суток от начала заболевания — 29,8 %, только 13,4% поступило в 1-е сутки заболевания. Время поступления во многом определяет степень тяжести общего состояния. Среднетяжелое состояние при поступлении было в 68,6 % случаев, тяжелое — в 31,4%. На степень тяжести общего состояния оказывает влияние высота и длительность лихорадки. На амбулаторном этапе лихорадка до 3-х дней была у 46,3 %, до 7 дней — у 37,3, свыше 7 дней — у 14,9 %. В стационаре, длительность лихорадки в течение 3-х дней наблюдалась у 70,1%, до 7 дней — у 28,3%, свыше 7 дней — у 1,5%. У 58,2 % температура колебалась в пределах 38,5 °С, у 41,8% — выше 38,5 °С. В общем анализе крови лейкоцитоз отмечался в 58,2 % случаев, нейтрофиллез был в 79,1 % случаев, из них 73,6 % — дети до 5 лет. Лимфоцитоз был у 19,4%. СОЭ до 15 мм/ч — в 58,2 % случаев, свыше 15 мм/ч — в 41,8 % случаев. На амбулаторном этапе противовирусные препараты (гроприносин, ангримакс, афлубин, анаферон, арпетол, интерферон) получали 13,4%. В стационаре противовирусную терапию (кагоцел, арпетол, интерферон) получали все дети. Антибактериальную терапию — 80,6%

(цефтриаксон, цефотаксим, кларитромицин, амоксициллин, макропен). Показанием к назначению антибактериальной терапии была пневмония, а также острые респираторные инфекции с длительной фебрильной температурой и воспалительными изменениями в общем анализе крови. Таким образом, основными заболеваниями органов дыхания у детей являются бронхиты, фарингиты, пневмонии с двусторонней локализацией процесса. Наиболее часто болеют дети старше 3 лет, посещающие организованные коллективы, не получающие на амбулаторном этапе противовирусные препараты.

Выводы. Основным клиническим симптомом острых заболеваний органов дыхания является высокая температура, являющаяся причиной обращения за медицинской помощью и показанием к госпитализации. Наиболее часто дети поступают в стационар на 2–3 сутки от начала заболевания в состоянии средней степени тяжести. Картина крови соответствует нозологической форме заболевания и в сочетании с клинической картиной определяет необходимость назначения антибактериальной терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕКЛОМЕТАЗОНА В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ.

Лим Максим Вячеславович, Шавази Нурали Мамедович, Шамсиева Лайло Алишеровна
Самаркандский государственный медицинский институт,
Республика Узбекистан, город Самарканд

Актуальность. Рецидивирующий обструктивный бронхит занимает одно из ведущих мест среди заболеваний органов дыхания. Частота его в структуре бронхолегочных заболеваний колеблется от 5 до 40%. Под рецидивирующим обструктивным бронхитом следует понимать бронхит с повторяющимися эпизодами бронхиальной обструкции, в основе которого лежит повышенная реактивность бронхов, обусловленная снижением местных факторов защиты и общей иммунологической резистентности организма, в ответ на инфекционные, аллергические, токсические, физические и нейрогуморальные воздействия.

Цель исследования: Оценить эффективность применения ингаляций беклометазона в лечении и профилактике рецидивирующего обструктивного бронхита у детей.

Материалы и методы исследования. Исследовано 76 детей с рецидивирующим обструктивным бронхитом, разделенных на 2 группы. Все дети были в возрасте от 3 до 7 лет. I группу составило 38 детей с рецидивирующим обструктивным бронхитом, получавших стандартную терапию согласно протоколам лечения данного заболевания, II группу - 38 больных, получавших в дополнение к стандартной терапии ингаляционно бекламетазон, в дозировке 100 мкг/сут через спейсер. Наряду с клиническими и лабораторно-инструментальными методами исследования, применялись: шкала респираторных нарушений - RDAI, метод сатурации - SpO₂ и модифицированная бронхофонография по методу E:I index.

Результаты исследования и обсуждение. При сопоставлении показателей клинического течения заболевания у больных I и II группы, было отмечено что в целом клинические симптомы быстрее разрешались у пациентов, получавших в дополнение к стандартной терапии ингаляции беклометазона. Так, общее состояние достоверно быстрее улучшалось в среднем на 1,2 суток ($P < 0,01$), цианоз кожи и слизистых исчезал на 1,9 суток быстрее у пациентов I группы в сравнении со II группой ($P < 0,01$), что по-видимому было связано с уменьшением гипоксии на фоне снижения воспаления бронхиальной стенки у пациентов получавших ингаляционно беклометазон. Кашель купировался дольше у больных с рецидивирующим течением обструктивного бронхита, получавших стандартную терапию

без ингаляций беклометазона в сравнении с пациентами II группы в среднем на 1,1 суток ($P<0,05$). Физикальные изменения в легких, наиболее характеризующие эффективность предложенного лечения статистически достоверно быстрее нормализовались на 1,2 суток у пациентов получавших предложенный нами метод терапии в сравнении со стандартной терапией ($P<0,01$). В нашем исследовании купирование дыхательной недостаточности при стандартной терапии у пациентов наступало в среднем на 1,4 суток медленнее в сравнении с показателями II группы было достоверно дольше ($P<0,01$). Длительность стационарного лечения показала, что в среднем пациенты II группы находились в клинике на 1,2 койко-дня меньше в сравнении с пациентами I группы ($P<0,05$). Изучение динамики показателя E:I Index показывает, что у пациентов получавших ингаляции бекламетазона отмечалось более раннее купирование экспираторной одышки в сравнении с пациентами контрольной группы. Достоверная разница в показателе соотношения выдоха к вдоху начинала отмечаться в среднем начиная с 3 дня лечения вплоть до конца наблюдения. Проведенное исследование показало достоверное снижение частоты развития рецидивов в группе больных получавших ингаляционно беклометазона 100 мкг/сут после выписки из стационара, так в течение первых 3 месяцев происходило более чем двухкратное снижение частоты рецидивов заболевания ($P<0,001$). Подобная динамика сохранялась и в последующие временные интервалы.

Выводы. Ингаляционное применение беклометазона при рецидивирующих обструктивных бронхитах у детей приводит к более быстрому разрешению клинических симптомов, снижению тяжести бронхиальной обструкции и способствует уменьшению повторных рецидивов заболевания в течение 12 месяцев.

СЕРОТИПОВОЕ РАЗНООБРАЗИЕ *S.PNEUMONIAE* ПРИ НОСОГЛОТОЧНОМ НОСИТЕЛЬСТВЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ

Махкамова Гулноза Тураходжаевна.

Шамансурова Элмира Амануллаевна

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика

Узбекистан, город Ташкент

Актуальность. Носительство *S. pneumoniae* является основной предпосылкой распространения пневмококковых болезней, для этого необходимо динамическое наблюдение за спектром циркулирующих серотипов. В развитии эпидемического процесса пневмококковой инфекции определенную роль играет постоянно меняющийся серотиповой пейзаж инвазивных пневмококков, что может обуславливать подъем заболеваемости серотипами, не входящими в состав вакцины и в свою очередь, ставит перед научным миром новую задачу по расширению количества серотипов, входящих в состав вакцины.

Цель исследования: Для оценки эффективности вакцинопрофилактики изучить серотиповое разнообразие *S.pneumoniae* при носоглоточном носительстве у здоровых детей после вакцинации

Материалы и методы. При исследовании на назофарингиальное носительство *S.pneumoniae* было проведено бактериологическое исследование носоглоточной слизи на наличие *S.pneumoniae* у 77 здоровых вакцинированных детей. Все дети были привиты тремя вакцинами PCV 13 Превенар по схеме. Были использованы праймеры для серотипирования 6A/B/C/D, 9A/V, 23F, 19F, 18A/B/C/F, 15A/F серотипов. Определение серогрупп штаммов *S.pneumoniae* проводили с помощью диагностических сывороток Pneumotest-Latex. Полученные при исследовании данные подвергли статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета

Microsoft Office Excel-2012, включая использование встроенных функций статистической обработки.

Результаты и их обсуждение. При исследовании носоглоточного носительства было выявлено 12 штаммов *S. Pneumoniae*. У 5 из 12 выделенных образцов выявлен только серотип 6, остальные серотипы не выявлялись. Выделенный 6 серотип пневмококка у обследованных детей входит в состав ПКВ -13. Эта группа детей, получавшие вакцинацию против пневмококка была неорганизованной, т.е. дети не посещали детский сад. Мы сравнили носоглоточное носительство этих неорганизованных детей с данными носоглоточного носительства здоровых организованных детей, не получавших вакцинацию против пневмококка. У вакцинированных 77 детей *S. Pneumoniae* выделена у 12 детей что составило - 15,6 %. У детей не посещающих дошкольное учреждение, нормальная микрофлора высевалась в 22% (17/77) случаев. Условно патогенные микроорганизмы чаще всего высевались у детей не получивших вакцинацию против пневмококка и составили 42% (15/34) случаев почти в 2 раза чаще чем у детей из детских садов. *H influenzae S. pneumoniae* и *M catarrhalis* было существенно ниже в группе детей, не посетивших детский сад по сравнению с группой организованных детей.

Выводы. Дальнейшее изучение сероэпидемиологии пневмококка с описанием актуального серотипового состава поможет прогнозировать эффективность вакцинопрофилактики пневмококковых инфекций, а также даст информацию, необходимую для создания следующих поколений ПКВ. Полученные данные о серотиповом спектре *Streptococcus pneumoniae* в настоящее время позволяют оценить эффективность вакцинации от пневмококковых инфекций и обосновывают целесообразность вакцинопрофилактики. Данные о носоглоточном носительстве *Streptococcus pneumoniae* свидетельствуют об уменьшении его после вакцинации.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ И ФАКТОРЫ РИСКА

Муратова Жанара Кочкоровна, Жуманалиева Максуда Бекивна, Сулайманов Шайирбек Алибаевич

Ошского государственного университета, Кыргызстан, город Ош, Научно-исследовательский медико-социальный институт, г. Жалал-Абад, Кыргызско-Российский Славянский университет, г. Бишкек

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) у детей является полиэтиологической аллергической патологией, в формировании которой важную роль играют факторы окружающей среды. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что от 2 до 11,9% детского населения разных стран мира страдают БА. Среди последней выделяют различные фенотипы. В то же время в Жалал-Абадской области диагностированная БА составила в 2019 г. 0,2%, тогда как, по данным Международного Центра по International study of asthma and allergy in childhood, распространенность симптомов заболевания на юге страны составляет - 4,3%. В связи с ростом распространенности БА изучение факторов, способствующих возникновению БА в детском возрасте является весьма актуальным.

Цель исследования: Изучить факторы риска развития БА у детей, проживающих в условиях юга Кыргызстана для разработки антиастматических лечебных и профилактических программ.

Материал и методы. Клинико-лабораторному обследованию подвергались 170 детей, больных БА. Кроме того, по специально разработанной исследовательской карте проведен ретроспективный анализ 110 историй болезней детей с БА. Карта обследования

ребенка больного астмой включала все этапы последовательного обследования ребенка: сбор данных анамнеза, объективный осмотр, общеклинические, биохимические, иммунологические, функциональные, рентгенологические и аллергологические методы исследования, а также установление диагноза. При постановке клинического диагноза руководствовались классификацией БА по степени тяжести (GINA, WHO/NHLBI).

Результаты и их обсуждение. В структуре БА по степени тяжести, преобладали больные с легким течением болезни (84,6%), чем со среднетяжелым (9,4%) и тяжелым течением астмы (6,0%). В группе обследованных детей преобладали больные женского пола (> 1 раза). В результате анализа данных аллергологического анамнеза у наблюдавшихся детей нами было установлено, что к факторам, способствующим формированию БА относятся: наследственно-конституциональная предрасположенность к аллергическим заболеваниям и реакциям (72%), массивная аллергенная нагрузка на плод в антенатальном периоде в результате приема медикаментов матерью (24,7%), избыточного потребления пищевых продуктов, обладающих выраженной сенсибилизирующей активностью (19,4%); высокий уровень экспозиции к аэроаллергенам жилищ (63,1%); курения (67,3%); перенесенные матерью во время беременности вирусная инфекция или обострение хронических болезней (35,5%). В постнатальном периоде формированию БА у обследованных детей способствовали: высокий уровень экспозиции к пищевым аллергенам (62,7%), вызванный неадекватностью питания, излишним употреблением продуктов, обладающих высокой аллергенной активностью, а также полипрагмазия (22,1%), неблагоприятные жилищно-бытовые условия (33,4%), курение в семье (67,3%), высокий уровень аэрогенной аллергенной и химической нагрузки в жилище (23,6%). Наибольшее значение в становлении БА имели предшествующие частые острые респираторные инфекции (74,2%), аллергический риносинусит (46,7%). Влияние курения на плод во время беременности нами было отмечено у 67,3% детей, больных БА. У 59,2% больных уровень IgE в сыворотке крови было повышено.

Выводы. Наличие антенатальных и постнатальных предрасполагающих факторов реализует действие на организм аллергенов, которые являются причинными факторами болезни. Выявление региональных факторов риска возникновения БА позволяют нам создать рациональной системы организации аллергологической помощи детям и разработать на этой основе мер профилактики и терапии этой патологии, учитывающие международные согласительные документы.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРВИ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Пирназарова Гулчехра Зумрудовна, Тахирова Рохатой Норматовна,
Ражабов Илхом Бахромович
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика
Узбекистан, город Ташкент**

Актуальность. Несмотря на современные достижения медицины, в XXI веке распространенность инфекций не только не снижается, а все больше возрастает. Длительное время первое место в структуре инфекционной заболеваемости у детей занимают острые респираторные заболевания (ОРЗ), хотя многие проблемы связанные с патологией органов дыхания, успешно разрешены, частота неблагоприятных исходов данной патологии все еще высоко. Значительное место в этиологической структуре ОРЗ отводится вирусным инфекциям. За последние десятилетия идентифицированы новые вирусы, определяющие тяжелое течение ОРЗ с обструкцией дыхательных путей, особенно

у детей первых лет жизни. Особое внимание уделяется роли, коронавируса, бокавируса, риновируса, вируса гриппа, респираторно-синцитиальному вирусу в развитии обструктивного синдрома дыхательных путей. Подавляющее большинство всех случаев острых заболеваний детей, особенно младшего возраста, вызванной острой респираторной инфекцией. Наиболее частыми синдромами, отягощающими течение ОРЗ, были обструктивный синдром, которые приводили дыхательной недостаточности разной степени.

Цель работы: определить особенности течения респираторных инфекций у детей раннего возраста с синдромом обструкции бронхов.

Материалы и методы исследования. Проведен статистический анализ по данным годовых отчетов 4-городской детской больницы г. Ташкента, а также обследованы 66 детей раннего возраста с ОРВИ осложненные бронхо-обструкцией. Анализировались анамнестические, клинико-лабораторные параметры и данные архивных материалов. У всех детей были проведены рентгенологические, иммунологические, и серологические исследований.

Результаты исследования. Полученные данные показали что, по анамнезу определена частота респираторных инфекций у детей первых 3 лет жизни. Выяснилось, что её частота у детей до 1 года практически совпадает с данными официальной статистики, однако у детей 3 года жизни частота острых респираторных инфекций в 2,6 раза выше, что связано с самолечением. Изучен спектр возбудителей острых респираторных инфекций, протекающих с синдромом обструкции бронхов. Так, среди возбудителей преобладают респираторные вирусы, на 2 месте находится цитомегаловирусная инфекция, затем - микоплазменная и, наконец, хламидийная. Среди вирусов чаще всего зафиксированы риносинцитиальные вирусы, реже всего - вирусы гриппа. Выявлены особенности клинической картины. В частности, детям, страдающим острыми вирусными инфекциями, было свойственно постепенное формирование обструктивного синдрома, небольшая длительность обструкции и сравнительно короткая продолжительность заболевания (10-12 дней). Для цитомегаловирусной инфекции были характерны высокая лихорадка, общая интоксикация, острое начало обструктивного синдрома с выраженной одышкой и длительность заболевания (23-24 дня). Показано, что для детей с рецидивирующим бронхообструктивным синдромом типично сочетание высоких концентраций иммуноглобулинов - IgA, IgE. По данным ультразвукового исследования продемонстрировано, что рецидивы обструкции бронхов типичны для детей с длительно сохранявшимися признаками повышения давления в лёгочной артерии после купирования симптомов (25-75% интервал - 0-4 дня).

Вывод. Представленные клинические особенности различных респираторных инфекций способствуют оптимизации лечебных мероприятий и обоснованному прогнозу исхода заболеваний так, как является один из основных факторов формирования обструктивного синдрома.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ

Ражабов Илхом Бахром угли

Таджиев Ботир Мирхошимович

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика

Узбекистан, город Ташкент

Актуальность. Вирусные гепатиты с хроническим течением относятся к наиболее широко распространенным видам патологии, имеющим необычайно высокую социальную значимость. На сегодняшний день глобальная «тихая» эпидемия вирусных гепатитов «набирает обороты» с большей скоростью, и интенсивность процесса превысила показатели инфекции, обусловленной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), насчитывающей 34 млн человек. В связи с этим возникла необходимость проведения эпидемиологического анализа основных признаков эпидемического процесса ХВГ, при пневмониях в современный период.

Цель исследования: изучение этиопатогенетической роли вирусных и инфекционных агентов, иммунопатологических реакций в формировании хронической патологии печени при острой пневмонии

Материалы и методы. Под нашим наблюдением были 39 детей (15 девочки и 24 мальчиков), преимущественно подросткового возраста (от 16 до 18 лет) с хроническим активным гепатитом различной этиологии (как вирусной, так и невирусной), со сформированным циррозом печени встречалось у одного больного. У 30 детей (17 девочек и 13 мальчиков) выставлен диагноз аутоиммунного гепатита, заболевших острой пневмонией. Наряду с клиническими и биохимическими исследованиями проведено иммунологическое обследование, включающее: определение основных классов иммуноглобулинов, ЦИК. Все дети обследованы методом ИФА на выявление HBsAg, антител к ВГС, цитомегаловирусной, токсоплазменной инфекциям. Для выявления аутоиммунного компонента проведено определение антител к ДНК и антинуклеарных антител.

Результаты и их обсуждение. У 19 обследованных детей с острой пневмонией (1 группа) выявлены антитела к вирусам гепатита В и С; 16 детей (2 группа) были серонегативными в отношении вирусов гепатита. Результаты иммунологических тестов экспресс-диагностики, позволили установить высокую активность гуморального звена (гипериммуноглобулинемия IgM и IgG, превышающая верхние возрастные границы в 2–3 раза), высокий уровень ЦИК, превышающий нормативные значения в 5–6 раз. Особенностью ответа Т-клеточного звена являлась активация CD4, цитотоксических лимфоцитов, а также NK – клеток, кроме того, отмечалось стойкое повышение иммунорегуляторного индекса.

Клинические признаки цирроза легкой начальной степени активности на фоне выраженного цитолитического компонента выявлены у 1 ребенка 1 группы. В группе подростков, серонегативных в отношении гепатитов В, С и А определялись стабильно высокие уровни антител к цитомегаловирусной и токсоплазменной инфекциям. Степень тяжести клинических проявлений, также как и стадий цирроза печени, коррелирует с инфицированием только CMV или mixt – инфекцией CMV+toxoplasma и в последней группе значительно более выражены.

Вывод. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о комбинированном характере иммунологических нарушений при безусловном участии инфекционного фактора, при острой пневмонии в формировании хронической патологии печени.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ COVID-19 ИНФЕКЦИИ В БИШКЕКЕ

Сулайманов Шайирбек Алибаевич, Авлоев Исмаил, Турапова Зулайка, Сонг Диу
Кыргызско-Российский Славянский университет, Кыргызская Республика, город
Бишкек

Актуальность. Во всем мире по состоянию на 11 марта 2021 года Всемирной организацией здравоохранения было зарегистрировано 117 799 589 подтвержденных случаев COVID-19, включая 2 615 018 смертей. В ноябре в Кыргызстане было зарегистрировано значительно больше случаев COVID-19, чем в октябре месяце.

Цель исследования: изучить клинические и диагностические особенности COVID-19 у жителей города Бишкек для оптимизации мер противодействия эпидемии новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы исследования. Нами был разработан опросник, который включил такие вопросы как: пол; возраст; отношение к табакокурению, место учебы и работы. Также проверялись клинические симптомы и методы диагностики новой коронавирусной инфекции. В период так называемой «второй волны» COVID-19 в октябре и ноябре 2020 г., был проведен on-line опрос населения, в котором приняли участие 247 совершеннолетних граждан города Бишкек. Для формирования группы респондентов применен метод случайной выборки. Половозрастное распределение в выборке соответствовало следующей характеристике генеральной совокупности: 57,3% женщин и 42,7% мужчин. Средний возраст участников опроса составил $35,9 \pm 14,9$ года с колебаниями от 20 до 75 лет. Из общего числа опрошенных 8,9% были пенсионерами, 2,0% - безработными. 24% опрошенных курили. Почти половина (47,3%) респондентов были заняты интеллектуальным трудом.

Результаты и их обсуждение. На момент интервьюирования или в течение последних 14 дней 27,7% респондентов отмечали о наличии кашля, 25,6% - боли в горле, 24% - головные или мышечные боли, 13% - страдали от потери вкуса или обоняния, 13% ощущали озноб, 12,5% - одышку или затрудненное дыхание, 8,3% - повышение температуры ($37,8$ °C и выше), 7,3% отмечали наличие тошноты, рвоты и диареи. У каждого четвертого респондента регистрируются симптомы COVID-19; практически каждый шестой человек жаловался на потерю вкуса или обоняния (13%). 12,5% из них чувствовали одышку или затрудненное дыхание. На вопрос, «Если вы заболели COVID-19, то какие у вас были нижеприведенные признаки?», нами получены следующие ответы: потеря вкуса или обоняния, лихорадка, головные или мышечные боли, кашель, боль в горле, озноб. Реже встречались одышка или затрудненное дыхание, тошнота, рвота, диарея. 28,4% анкетированных были направлены на лучевую диагностику, в том числе на рентгенографию органов грудной клетки (ОГК) - 23,5%, компьютерную томографию - 4,9%. По результатам нашего анкетирования ПЦР и ИФА исследования прошли, соответственно, 22,5% и 10,9% респондентов. В период с октября по ноябрь 2020 года никому из анкетированных вакцинальные препараты не вводились. Наличие хронических заболеваний отметили 33% респондентов. Ответы на вопрос о доступности службы скорой медицинской помощи, приема к врачу в ЦСМ (поликлиники) или в больницах, в период анкетирования, были положительными в 41,3% случаев.

Выводы. Полученные нами сведения позволяют сделать заключение о том, что каждый четвертый (27,7%) респондент в это время испытывал симптомы, похожие на COVID-19. 23,5% и 4,9% анкетированных были направлены на рентгенографию органов грудной клетки и компьютерную томографию, соответственно. Лабораторное тестирование прошли 13,7% респондентов. Каждый третий (33%) респондент имел хронические заболевания, и почти половина опрошенных (41,3%) были довольны службой скорой медицинской помощи.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Сулайманов Шайирбек Алибаевич, Муратова Жанара Кочкоровна
Кыргызско-Российский Славянский университет, Кыргызская Республика, город
Бишкек, Ошский государственный университет, Кыргызская Республика, город Ош

Глобальный научный проект «Международное исследование астмы и аллергии у детей - ISAAC» показал, что распространённость аллергических заболеваний (АЗ) превышает данные официальной статистики в 1,2-2,6 раза (Williams Н., 1999, Бримкулов Н.Н., Сулайманов Ш.А., 2001, Узаков О.Ж., Муратова Ж.К., 2015). Более того, низкий процент педиатров на амбулаторном приеме и недостаточность семейных врачей, а также низкая их осведомленность о принципах ведения больных, способствуют ухудшению качества диагностики, адекватной терапии и профилактики обострений АЗ (Колхир П.В., Сулайманов Ш.А., 2015). Необходима трансформация системы оказания помощи детям и подросткам с БА в условиях распространения COVID-19.

Инфекция COVID-19, вызванная новым коронавирусом SARS-CoV-2, стала настоящей пандемией. Среди всех диагностированных случаев COVID-19 на долю детей приходится 1–6%. Дети, как правило, имеют более легкое течение заболевания, чем взрослые, показатели смертности у них крайне низкие. Тем не менее, актуальным является организация адекватной поддержке пациентов с хроническими заболеваниями, особую когорту среди которых составляют дети с аллергическими болезнями. Адаптируясь к современным условиям, ведущие специалисты в области аллергологии составили ключевые рекомендации по ведению детей с аллергией в период пандемии COVID-19. Первой и важнейшей мишенью для инфекции COVID-19 является дыхательная система, COVID-19 приводит к пневмонии и тяжелой дыхательной недостаточности. Сегодня недостаточно доказательств того, что контролируемая бронхиальная астма у детей повышает риск инфицирования SARS-CoV-2 или более тяжелого течения COVID-19. Противовоспалительная терапия БА, в первую очередь ингаляционными ГКС, должна быть продолжена до достижения контроля БА, что поможет снизить риск неблагоприятного течения COVID-19. Использование домашней небулайзерной терапии в условиях пандемии COVID-19 остается предпочтительным методом у детей с БА дошкольного возраста. Весна и лето 2020 г. уникальны тем, что проявление аллергии на пыльцу совпало с пандемией COVID-19. Конкретные рекомендации по лечению АЗ в эпоху COVID-19 должны учитывать сходства и различия в клинике аллергического ринита (АР) и новой коронавирусной инфекции. Ранние легкие симптомы COVID-19 можно спутать с проявлениями АР, или они могут сопутствовать ему. Адекватная терапия АР особенно важна в этот период времени, поскольку неконтролируемое течение аллергического заболевания может привести к более тяжелому течению вирусной инфекции. Фармакотерапия АР не является фактором, утяжеляющим течение заболевания, вызванного COVID-19, в т. ч. интраназальные, а при сопутствующей бронхиальной астме и ингаляционные глюкокортикостероиды. Аллергическое заболевание дыхательных путей, вероятно, не является фактором риска более тяжелого заболевания COVID-19, особенно при условии контролируемого течения. Контроль АР и сопутствующей бронхиальной астмы особенно важен в период эпидемий респираторных вирусных инфекций, включая пандемию SARS-CoV-2. Показано (Колхир П.В., 2015), что у ~50% пациентов крапивница (ХК) носит аутореактивный/аутоиммунный характер и связана с наличием циркулирующих гистамин-высвобождающих аутоантител к IgE или к альфа субъединице высокоаффинного IgE рецептора FcεRI на тучных клетках и базофилах. Для диагностики этой формы крапивницы применяется тест с аутологичной сывороткой. Результаты наших исследований показали, что лишь 31,4% врачей использовали тест в повседневной практической деятельности и только у небольшого количества пациентов. Можно считать,

что у многих пациентов аутоиммунный характер ХК остается неустановленным, что приводит к проведению ненужных исследований, снижению эффективности лечения и необоснованным ограничениям в период пандемии. Согласно нашим данным каждый четвертый (27,7%) респондент в период октябрь-ноябрь 2020 года испытывал симптомы, похожие на COVID-19. 23,5% и 4,9% анкетированных были направлены на рентгенографию органов грудной клетки и компьютерную томографию, соответственно. Лабораторное тестирование прошли 13,7% респондентов. Каждый третий (33%) респондент имел хронические заболевания. Таким образом, необходимым условием эффективности комплекса противоэпидемических мер, направленных на предупреждение пандемии и борьбы с ней, является разумное сочетание медико-организационных мер и постоянное повышение уровня правовой культуры и социального статуса населения.

БОЛАЛАРДА НАФАС ЕТИШМОВЧИЛИК СИНДРОМИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЗОТИЛЖАМ КАСАЛЛИГИДА ЭКГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Тахирова Рохатой Норматовна
Тошкент педиатрия тиббиёт институти
Факультет педиатрияси кафедраси, т.ф.н., доцент
Ўзбекистон Республикаси, Тошкент шаҳри

Долзарблиги. Ўткир ва сурункали носпесифик ўпка касалликлари болалар пульмонологиясининг энг муҳим долзарб муаммоларидан биридир. Юрак-қон томир тизимининг дисфункцияси кўпинча болаларда асоратли зотилжам билан ҳамроҳ кечади ва биринчи соатлардан ривожланади; шу билан бирга, қон айланишининг бузилиши катталарниқидан фарқли, асосий касалликнинг асоратини шакллантиради ва оқибатини аниқлайди. Ушбу ўзгаришлар хилма-хил бўлиб, асосий касалликнинг оғирлигига, беморнинг ёшига, преморбид фонига боғлиқдир. Олимларнинг фикрига кўра, ёш болаларда кардит, ўткир зотилжамнинг асорати сифатида, 4% дан 23% гача учрайди. Касалликнинг диагностикаси - ЭКГда минимал ўзгаришларидан кардиоген шок ҳолати ва тўсатдан ўлимга қадар клиник кўринишларнинг аниқ бўлмаслиги катта қийинчиликлар туғдиради. Болалар узоқ вақт давомида вирусни ташувчиси бўлишлари мумкин, баъзи ҳолларда касалликнинг клиник кўриниши кейинги даврда пайдо бўлиши мумкин, баъзи ҳолларда касаллик аломатлари йўқ бўлиши ҳам мумкин.

Тадқиқот мақсади: болаларда нафас етишмовчилик синдроми билан асоратланган зотилжам касаллигида ЭКГ хусусиятларини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотимиз Тошкент шаҳри 4- болалар клиник шифохонасида даволанган 1 ёшдан 10 ёшгача бўлган нафас етишмовчилик синдроми билан асоратланган зотилжам билан касалланган 68та болаларда ўтказилди. Барча беморларда касалликлар анамнези таҳлил қилинди, спирометрия баҳоланди, кўкрак қасаси рентгенографияси, клиника-лаборатор ва ЭКГ таҳлиллари қилинди. Ташхис МКБ-10 таснифлар бўйича номенклатурасига ҳос равишда қўйилган. Статистик қайта ишлаш стандарт усуллар ва замонавий дастурий (Statistica 6,0) таъминот ёрдамида амалга оширилди. Тафовутлар $P < 0,05$ кўрсаткичида ишончли деб ҳисобланди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Олинган натижаларимизга кўра текширилган беморларнинг 77%да ЭКГда патологик ўзгаришлар аниқланди. Шулардан 25% - чап қоринча гипертрофияси, 15% - ўнг қоринча гипертрофияси белгилари билан учради. Назорат давомида касалликнинг давомийлиги 2 ойдан - 4 ойгача етди. Чап қоринча гипертрофияси касалликнинг давомийлиги ва обструкция ҳолати билан кескин тўғри ижобий корреляцион боғланишни ($r=+0,90$) ташкил қилди. Болаларнинг 22% да қоринчалар эрта кўзғалиши (PQ оралиғининг узайиши) аниқланди. Юрак стимуляторининг

синус тугунидан бўлмачалар тугунига кўчишида эктопик ўтказувчанлик 28% ҳолларда аниқланди. Беморларнинг 16,6% ҳолатида Q-T оралиғида ўзгариш аниқланди, вахоланки қисқа вақти $0,33 \pm 0,01$ с. ва давомийлиги эса 0,42 с. ташкил қилди.

Шундай қилиб, нафас етишмовчилик синдроми билан асоратланган зотилжам касаллигида юрак чап қоринча гипертрофияси белгилари ва обструкция ўртасидаги тўғридан-тўғри боғлиқлик тасдиқланган. Нафас етишмовчилик синдроми билан асоратланган зотилжам билан касалланган ҳар учинчи беморда эктопик ритм шаклида синус тугунининг нотўғри ишлаши кузатилади.

Хулоса. Нафас етишмовчилик синдроми билан кечаётган асоратли зотилжам касаллигида барча болаларда юрак фаолиятини ўтказувчанлик хусусияти бузилганлиги туфайли юрак қон томир тизимини текшириш зарурдир ва давосида коррекция қилиш тавсия этилади.

РЕСПИРАТОР КАСАЛЛИКЛАРГА ЧАЛИНУВЧАН БОЛАЛАРДА ЮРАК ФАОЛИЯТИ ҲОЛАТИ

Тахирова Рохатой Норматовна
Тошкент педиатрия тиббиёт институти
Факультет педиатрияси кафедраси, т.ф.н., доцент
Ўзбекистон Республикаси, Тошкент шаҳри

Долзарблиги. Кардиоваскуляр дисфункция тизимларда кенг тарқалганлиги каби катталар ва турли ёшдаги оғирлашган преморбид касаллиги бўлган болаларда, айниқса ўткир респиратор инфекция фониди, юрак касалликлари жуда кенг тарқалган. Юрак-қон томир тизими бузилишларининг тарқалишида вегетатив-қон томир генезисининг функционал кардиопатиялари устунлик қилади, мактаб ўқувчилари орасида бу кўрсаткич 58,6%ни ташкил қилади. Респиратор инфекция фонидаги касалликларда юрак касалликларининг ўзига хос шикоятлар, клиник ва лаборатория белгилари йўқлиги сабабли камдан-кам ҳолларда кардиологик ташхис қўйилади. Шунинг учун бу касалликларни текширишда Электрокардиография (ЭКГ) кўрсаткичлари ташхисот мезонларига киради. Нафас йўллариининг шикастланиши билан ўткир юқумли касалликларга чалинган болаларда юрак фаолиятни ўрганиш ҳозирги кунгача ўз долзарблигини сақлаб келмоқда.

Тадқиқот мақсади: реабилитация жараёнини янада такомиллаштириш мақсадида тез-тез касал респиратор касалликларга чалинувчан болаларда юрак фаолияти хусусиятларини аниқлаш.

Материал ва усуллар. Тошкент 4-ШБК шифохонасида 3 ёшдан 17 ёшгача бўлган 108 нафар болаларнинг ЭКГ таҳлиллари ўтказилди, улардан биринчи гуруҳ 28 та соғлом болалар, иккинчиси – 80та тез-тез респиратор касалликларга чалинувчан болалар ташкил этди. Статистик қайта ишлаш стандарт усуллар ва замонавий дастурлар ёрдамида амалга оширилди (Statistica 6,0, Statqrophics Plus 5,0). Тафовутлар $p < 0,05$ ишончилиги бўйича ҳисобланди.

Натижалар ва уни муҳокамаси. ЭКГ кўрсаткичлари тез-тез касал бўлиб турадиган 45 болада ($56,3\% \pm 5,54\%$) ўтказувчанлик бузилиши тўртинчи гуруҳ болаларида Гисс тутами ўнг оёқчаси тўлиқ бўлмаган блокадаси кузатилди, соғлом болалар орасида – бтасида ($7,5\% \pm 4,97\%$) ўнг қоринчанинг ортиқча зўриқиши, иккинчи гуруҳ болаларида бтасида ($7,5\% \pm 2,94\%$) кузатилди ($p < 0,05$). Шунингдек, тез-тез касал бўлиб турадиган болалар гуруҳида Р тишчаси 5та болада норматив кўрсаткич оралиғида ($6,3\% \pm 2,71\%$, $p < 0,05$) бўлди, соғлом болаларда - 23 ($83\% \pm 7,0\%$) болада нормал диапазонда бўлган. Яъни ўтказувчанлик ва кўзгалувчанликнинг бузилишини кўрсатади. Юрак қоринчаларида реполяризациясини бузилиши: иккинчи гуруҳда 34та болада ($42\% \pm 5,51\%$), биринчисида – 21та ҳолатда (22%

$\pm 7,8\%$) кузатилган; ST-T ўзгариши - иккинчи гуруҳнинг 26 боласида ($32,2\% \pm 5,2\%$, $p < 0,05$); иккинчи гуруҳ болаларида QT оралиғидаги ўзгаришлар 2,1 марта кўпроқ учради. Эктопик ритм шаклидаги синус тугунининг бузилиши фақат тез-тез касал бўлган болаларда аниқланди ($2,5\% \pm 1,7\%$).

Хулоса. тез-тез респиратор касалликларга чалинувчан болалар гуруҳида юрак фаолиятининг электрофизиологик параметрларининг кўрсаткичлари асосан ўнг қисмида ўзгаришлар билан кузатилди. Бу функционал бузилиш ҳолати асосан электролитлар ва метаболик жараёни бузилиши шаклида ишончли ўзгаришлар мавжудлиги билан аниқланди.

СОЦИАЛЬНО - ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЗАТЯЖНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Файзиев Абитджан Нишанович, Улугов Аскар Исматович
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика
Узбекистан, город Ташкент

Актуальность. Проблемы острой и затяжной пневмоний у детей раннего возраста еще остаются актуальными. Одним из проявлений отягощенного течения пневмонии у детей была затяжная манифестация процесса. Причины данной патологии многообразны, среди них ведущую роль играют социально-гигиенические факторы. К настоящему времени установлены четкие взаимосвязи уровня социально-экономического развития популяции и состояния здоровья индивидуумов.

Цель исследования. Социально-гигиеническое исследование частоты заболеваемости затяжных пневмоний у детей раннего возраста.

Материалы и методы. В настоящей работе проведен анализ причин формирования затяжного течения заболевания. Объектом исследования были 56 детей больных острых пневмонией затяжным течением, в возрасте от 3 месяцев до 3 лет, в том числе 30 детей - до 1го года, 26 детей - от 2 х до 3 лет. Анализировались анамнестические, клинико-лабораторные параметры. Проведен статистический анализ по данным годовых отчетов клиники ТашПМИ, а также изучены архивные материалы. Для уточнения частоты заболеваемости у всех детей и матерей проанализированы данные поликлинических наблюдений (амбулаторные карты). Проведены вычисление относительных показателей, стандартизация, определены вероятности различия по таблице Фишера-Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Наши исследование показали, что каждые из ниже перечисленных факторов являются представительными в качестве причин формирующих затяжное течение заболевание. Медико-социальные, социально-гигиенические факторы способствующему затяжному течению процесса были представлены следующими: многодетность в семьях и отсутствие на этой основе должного внимания к больным детям – 35%, низкий уровень материального обеспечения в ряде семей -18%, отсутствие должного объема медицинского контроля над больными детьми -54%. Конституционные и фоновые факторы включали в себя большой комплекс признаков: последствия перинатальной постгипоксической энцефалопатии, недоношенность, наличие сопутствующих заболеваний (рахит – 25%, анемия – 38%, нарушение питания – 18%, аллергический диатез – 19%). Наличие в анамнезе в периоде новорожденности перенесенных пневмонии и пневмопатии. У ряда больных детей выявлены пограничные состояния в виде дисфункции органов дыхания, в частности синдром вагусной бронхогенной дискринии. Как правило затяжная пневмония формировалась на фоне повторных респираторно-вирусных инфекций, которые чаще проявляли себя с 3-х месячного возраста. Формировании затяжного течения острых пневмоний у детей после

первого года жизни нередко было взаимосвязано с посещением детского дошкольного коллектива. Это было обусловлено тем, что при наличии функциональной незрелости специфических и неспецифических механизмов защиты, усугубляемые не благоприятным течением анти-, интра и постнатальных периодов, сопутствующими заболеваниями, дети проявляли несостоятельность адаптивных реакций к новому для них микробному окружению.

Выводы. Социально-гигиенические, медико-организационные и конституционно - фоновые факторы влияют на клинические проявления пневмонии у детей раннего возраста и способствуют развитию затяжного течения болезни, а также обуславливают неблагоприятный прогноз и частоту летального исхода.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Файзиев Абитджан Нишанович, Улугов Аскар Исмаатович
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика
Узбекистан, город Ташкент

Актуальность. Проблема бронхолегочной патологии у детей до сих пор занимает в педиатрии всех стран одно из центральных мест. Одной из главных проблем здравоохранения в настоящее время является эффективная профилактика и лечения острых и хронических неспецифических заболеваний легких.

Цель работы: Изучение эффективности немедикаментозных, в том числе физиотерапевтических факторов в системе комплексных реабилитационных мероприятий у детей с заболеваниями органов дыхания.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 57 детей в возрасте от 3- до 15 лет с такими заболеваниями как острая респираторная заболевания, осложненная острым и рецидивирующим бронхитом, бронхиальной астмой и пневмонией. Исследования проводились на базе педиатрической клинике ТашПМИ. Все дети были разделены на 2 группы с учетом возраста и нозологических форм. 21 детям (1-я группа) назначали только медикаментозную терапию (антибиотики, сульфаниламиды, антигистаминные, общеукрепляющие препараты, бронходилататоры, отхаркивающие средств, иммунокорректирующие препараты). 36 детям (2-я группа) на фоне указанной медикаментозной и ингаляционной терапии по показаниям осуществлялась ультразвуковая (УЗ) аэрозольная терапия (календула или бронхолитические смеси) при остром бронхите и других заболеваниях органов дыхания, СВЧ терапия комбинированная методика ультразвуковых воздействий на грудную клетку. Всем детям, помимо клинического обследования проводилось лабораторные исследования, анализы крови, мочи, капrogramма, а при диагностической необходимости рентгенологические исследования или УЗИ грудной клетки.

Результаты и их обсуждение. Параметры воздействий немедикаментозной терапии были следующими. У детей 2- группы ультразвуковая воздействия в комбинации СВЧ на область грудной клетки проводились у пациентов с заболеваниями органов дыхания. Частота УЗ составляла 2640 кГц (детям 3-5 лет) или 880 кГц (детям старше 5-7лет), режим импульсивный -2 -10 мс, детям старше 7 лет – непрерывный, способ контактный, методика лабильная, экспозиция 3-10 мин на поле. Воздействие проводили ежедневно или через день, 10-12 процедур на курс лечения. В стадиях разрешения бронхитического или пневмонического процесса применялись УЗ- ингаляции календулы (1-2 капли спиртового раствора на год жизни ребенка) или бронхолитической смеси (1-5 мл) минут ежедневно 10-

15 процедур. Перечисленные физические факторы назначались детям в остром периоде заболевания, а также при переходе его в затяжное течение или первоначальных проявлениях затяжного процесса бронхолегочной патологии. С учетом исключительной частоты поражений центральной нервной системы у детей, возникающих при этом нейровегетативных дистоний на фоне обструктивного бронхита, острых пневмоний и изменений психических функций и эмоциональной среды у старших детей (10-15 лет) проводились электроцеребральные воздействия в форме гальванизации головы или в виде традиционного электросна. Процедуры осуществлялись с индивидуальным подбором частоты 10 Гц, экспозиции 10-15 мин, курс лечения включал 10-15 процедур.

Выводы. В результате проведенного комплексного лечения было установлено, что использование физиотерапевтических технологий в комплексной терапии детей с бронхолегочной патологией, обладает преимуществами перед традиционными медикаментозной терапией.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ВИТАМИН – Д ДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ

Шамансурова Эльмира Амануллаевна, Исаханова Нигора Хикматовна
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика
Узбекистан, город Ташкент

Актуальность. Острые респираторные заболевания (ОРЗ) – самые частые инфекционные заболевания у детей. Несмотря на новые знания об этиопатогенезе ОРЗ и огромное количество лекарственных препаратов в арсенале врача, заболевания респираторного тракта сохраняют 1-е место в структуре общей заболеваемости у детей.

Цель исследования: Оценка влияния гиповитаминоза Д на развитие и клиническое течение острых респираторных инфекций, а также оценка эффективности лечения и профилактики данных заболеваний витамином Д.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 75 детей в возрасте от 1 года до 10 лет с рецидивирующими респираторными заболеваниями, находившиеся на амбулаторном лечении. Продолжительность исследования составила 12 месяцев.

Результаты исследования: С целью оценки эффективности назначения витамина Д дети были рандомизированы на две группы. Основная группа была представлена 40 детьми, которым кроме системной фармакотерапии был назначен витамин Д в лечебной и профилактической дозировке.

Группу сравнения составили 35 детей, находившиеся на стандартной терапии без использования витамина Д.

Для решения поставленных задач было обследовано 75 детей в возрасте от 1 года до 10 лет. Средний возраст больных составил $4,5 \pm 2,1$ лет.

После окончания основного курса лечения всем детям независимо от недостаточности и дефицита витамина Д проводилась поддерживающая терапия витамином Д в дозе 1000 МЕ в сутки. Также всем детям назначались соли карбоната кальция (активный кальций), учитывая высокий процент содержания в нем элементарного кальция и лучшее усвоение. Кальций рассчитывался по $30-75 \text{ мг/кг}$ в сутки [14]. Длительность ОРЗ была от нескольких часов до 10 дней, преимущественно 5-6 сут. В среднем в основной группе срок давности заболевания составил $2,1 \pm 0,9$, в группе сравнения – $1,9 \pm 0,7$ дня. У детей преобладали заболевания верхних дыхательных путей, такие как острый ринофарингит (27,5% в основной группе и 30% в группе сравнения) и острый стенозирующий ларинготрахеит (по 50% в обеих группах).

Частота ОРЗ в течение года была различной в наблюдаемых группах и составила от 6 до 12 эпизодов в год. В среднем в основной группе она зарегистрирована $6,5 \pm 2,6$, в группе сравнения – $5,5 \pm 1,4$ раза в год ($p > 0,05$).

В основной группе и в группе сравнения преобладали дети с частотой ОРЗ более 5 раз – 87,5 и 80% соответственно.

Среди обследованных детей только у 30,7% (23 из 75) наблюдалось нормальное содержание витамина D в сыворотке крови, в то время как у 69,3% пациентов были выявлены различные нарушения (рис. 1): D-витаминная недостаточность (28,0%), D - витаминный дефицит (41,3%). Средние показатели витамина D у детей с ОРИ составили $25,6 \pm 1,2$ нг/мл.

Так достоверно чаще у детей с рецидивом респираторных инфекций свыше 5 раз в год отмечался дефицит уровня витамина D, по отношению к детям рецидивы у которых были реже 5 раз в год (16,7% против 57,8%; $P < 0,01$). В результате было установлено, что добавление витамина D снижает риск развития хотя бы одного эпизода ОРИ на 12% (отношение шансов (ОШ) 0,88; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,81-0,96; $p < 0,001$).

Выводы.: Применение витамина D не сопровождалось развитием неблагоприятных реакций и приводило к достоверному уменьшению числа эпизодов ОРИ при исходном дефиците витамина D. У детей с ОРИ, особенно повторно болеющих респираторными заболеваниями, наблюдаются гиповитаминоз D, что ведет к вторичным нарушениям кальциевого обмена и систем его регуляции.

БОЛАЛАРНИНГ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИГА ҚАЙТАЛАНУВЧИ БРОНХИТНИНГ ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

**Шайхова Мунира Икромовна
Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон
Республикаси, Тошкент шаҳри**

Долзарблиги. Бронхитлар болалар ўртасида кенг тарқалган касаллик бўлиб, педиатрлар амалиётида доимо учраб туради. Бронхитлар - нафас аъзоларининг зарарланиши билан кечувчи касалликларнинг асосини ташкил қилади. Нафас йўлларининг ўткир ва сурункали касалликлари болаларнинг нормал ривожланишига салбий таъсир кўрсатади. Болаларнинг жисмоний ривожланиши кўрсаткичларини таҳлил қилиш натижаларига кўра уларнинг саломатлиги ҳақида объектив ва ишонарли маълумотларни олиш мумкин ва динамикада олиб бориладиган кузатувлар эса болаларнинг келажакда саломатлиги ҳақидаги прогнозни илмий асослашга имкон беради.

Тадқиқот мақсади: Болаларнинг жисмоний ривожланишига қайталанувчи бронхитнинг таъсирини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Қайталанувчи бронхитдан азият чекувчи 3 ёшдан 6 ёшгача бўлган 50 нафар болалар текширилди, уларнинг 27 нафарини ўғил болалар, 23 нафарини эса қиз болалар, жумладан, 3 ёшли болалар – 9 нафар (18,0%), 4 ёшли -11 нафар (22,0%), 5 ёшли -14 нафар (28,0%) ва 6 ёшли – 16 нафар болалар ташкил қилган. Болалар умумклиник текширувдан ўтказилди, уларнинг тана вазни, бўй узунлиги ва кўкрак айланаси ўлчанди.

Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси. Касалликнинг клиник кўриниши таҳлил қилинганида шу нарсани кўрсатдики, болаларда хуружсимон йўтал устунлик қилган. Йўтал характери ўзгарувчан бўлган, гоҳида қуруқ, гоҳида эса нам бўлган. Касаллик одатда ойига бир неча марта қайталаган. Ўпка аускултациясида қуруқ ва нам хириллашлар эшитилган. Қайталанувчи бронхит кўпинча вегетатив дистония билан бирга кечган. Касаллик бир неча

ойдан бир неча йилгача давом этган. Касалликнинг 2 йилгача давом этиши беморларнинг 24 нафарида (48,0%), 3 йилдан 5 йилгача - беморларнинг 16 нафарида (32,0%), 5 йилдан кўп – 10 нафарида (20,0%) кузатилган. Кўпчилигида – 26 нафарида (52,0%) касаллик узок вақт давом этган. Маълумотлар таҳлил қилинганида шу нарса аниқландики, қайталанувчи бронхит кўпинча аллергия реакциялар билан бирга кечган: озиқ-овқат аллергияси 20 нафар болаларда (40,0%), атопик дерматит – 17 нафар болаларда (34,0%) ва дориларга аллергия – 13 нафар болаларда (26,0%) кузатилган. Қайталанувчи бронхитнинг шаклланиши ва ривожланиши механизмида қатор хавф омиллари аҳамиятга эга бўлган. Генетик омиллар беморларнинг 34 нафарида (68%), аллергия диатез – 30 нафарида (60,0%), ҳаётининг биринчи йилида сунъий овқатлантириш – 41 нафарида (82%) учраган. Болаларнинг жисмоний ривожланишини таҳлил қилиш учун ЖССТ томонидан тавсия этилган жадваллардан фойдаланилди.

Ўсиш кўрсаткичлари ўғил болаларда стандарт кўрсаткичлардан 6,1-9,5% га, қиз болаларда – 2,6-6,2% га паст бўлган. Тана вазни кўрсаткичлари ўғил болаларда стандарт кўрсаткичлардан 3,4-6,6% га, қиз болаларда эса – 7,4-18,1% га паст бўлган. Кўкрак қафаси айланаси кўрсаткичлари ўғил болаларда стандарт кўрсаткичлардан 2,6-4,2% га, қиз болаларда эса 2,1-3,6% га паст бўлган.

Хулоса. Шундай қилиб, нафас йўллариининг ўткир ва сурункали касалликлари болаларнинг нормал ривожланишига салбий таъсир кўрсатади. Қайталанувчи бронхитдан азият чекувчи болаларнинг бўй узунлиги, тана вазни, шунингдек кўкрак айланаси кўрсаткичларида танқислик билан намоён бўлувчи жисмоний ривожланишдан орқада қолиши кузатилган. Касалликнинг асоратлари юзага келмасдан шифокор тавсияларига амал қилиш ва давони ўз вақтида олиб бориш қайталанувчи бронхитдан соғайиш имконини беради.

У. ТРУДУ МОЛОДУХ УЧЕНУХ

ФТИЗИАТРИЯ

ВЛИЯНИЕ ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ НА НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ

Аджаблаева Динара Намазовна
Самаркандский Медицинский институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра фтизиатрии
Научный руководитель – Ходжаева С.А.

Аннотация. Число детей, впервые инфицированных микобактериями туберкулеза, продолжает расти. Наиболее часто первичному инфицированию подвержены дети из очагов туберкулезной инфекции.

Цель: выявить отклонения в состоянии качества жизни у детей с латентной туберкулезной инфекцией, проживающих в очагах туберкулезной инфекции.

Материалы и методы исследования. обследовано 110 детей в возрасте 0-14 лет. Показатель качества жизни определялся при помощи опросника PedsQL версия 4.0 для детей 0-14 лет. Обследовано две группы детей и подростков из контакта с больным туберкулезом, наблюдавшихся и лечившихся в противотуберкулезном диспансере Самаркандской области: 1-ю группу (n = 50) составили больные активными формами туберкулеза, 2-ю группу (n = 60) пациенты у которых диагностирована латентная туберкулезная инфекция.

Результаты и их обсуждение. У детей обеих групп наиболее часто в семье туберкулезом болела мать. Преобладающим источником инфекции детей были больные с инфильтративной формой туберкулеза легких. Дети, у которых выявлен активный туберкулез, с наличием латентной туберкулезной инфекции в анамнезе, находились в тесном контакте с членом семьи, который ранее пребывал в пенитенциарной зоне, а также не имел достаточных материально-бытовых условий к существованию.

У больных с ЛТИ показатели качества жизни и их физического функционирования также были достаточно низкие – $44,5 \pm 2,5$, так как ЛТИ имеет влияние на общее состояние организма, что проявляется в виде слабо выраженного недомогания у этой группы пациентов. У детей с активным туберкулезом показатели физического функционирования оказались самыми низкими.

Самые низкие показатели эмоционального функционирования отмечены у детей с ЛТИ и активным туберкулезом – $52,1 \pm 3,3$ и $53,2 \pm 2,4$, что свидетельствует о негативном влиянии специфического процесса на нервную систему.

В группе детей с ЛТИ показатели социального функционирования составили $57,2 \pm 2,1$. Это отражает наличие таких проблем как вынужденное временное прекращение социальных отношений в детском коллективе в связи получением превентивного лечения в противотуберкулезном санатории. Среди больных с активным туберкулезом в очередной раз зафиксированы самые низкие показатели уже социального функционирования – $42,7 \pm 2,1$.

У больных с активным туберкулезом данная шкала функционирования имеет низкие показатели – $48,0 \pm 5,1$, что свидетельствует о том, что эти больные часто пропускают занятия в связи с тяжестью своего состояния, невозможности сосредоточивания на занятиях. У детей с ЛТИ жизнь в школе оценена на уровне $65,4 \pm 2,0$ балла, основные проблемы этой группы больных носили временный характер.

Шкала психосоциального является суммарной шкалой эмоционального и социального функционирования. По результатам этой шкалы относительно низкие в группе детей с ЛТИ – $52,3 \pm 2,4$, и достоверно низкие в группе пациентов с активным туберкулезом – $47,9 \pm 3,4$.

Выводы. Наличие у ребенка активной формы туберкулезного процесса в организме создает предпосылки для всестороннего ухудшения всех параметров качества жизни, тогда как латентная туберкулезная инфекция оказывает неблагоприятное воздействие лишь на отдельные аспекты качества жизни. Чаще всего страдает психосоциальное функционирование. С учетом латентности течения инфицирования микобактериями туберкулеза, показатели качества жизни можно рассматривать как отражающие психологический компонент адаптированности ребенка.

ВИЧ ИНФЕКЦИЯ СОЧЕТАННАЯ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ

Асрарова Зилола Дильшодовна

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика
Узбекистан, город Ташкент

Кафедра детские инфекционные болезни

Научный руководитель: к.м.н., доцент Даминова М.Н.

Актуальность. ВИЧ и туберкулёз - это две взаимосвязанные эпидемии, являющиеся ведущими инфекционными причинами смертности во всём мире. При этом ВИЧ-инфекция является мощным фактором риска развития активного туберкулёза.

Цель работы - изучить особенности ВИЧ-инфекции сочетанной с туберкулёзом у детей.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование ВИЧ-инфекции сочетанной с туберкулёзом 57 детей от 3-х до 14 лет, на базе Республиканского Специализированного научно-практического центра фтизиатрии и пульмонологии. Контрольную группу ($n=17$) составят ВИЧ инфицированные дети без туберкулеза. Изучали общий анализа крови, кала, мочи, уровень CD4 клеток. Рентгенологическое исследование.

Результаты и их обсуждение. Под нашим наблюдением находилось 57 детей для изучения особенностей ВИЧ инфекции сочетанной с туберкулёзом, в возрасте от 4 лет до 15 лет, которые находились на учёте в НИИ Вирусологии МЗ РУз.. Мальчиков отмечалось 25(43,86%) и девочек 32(56,14%). Группу сравнения составили 23 детей ВИЧ - инфицированных детей без туберкулёза, того же возраста. Результаты повторных обследований на ВИЧ были у них отрицательными. Был проведен сравнительный анализ клинико-гематологических и иммунологических показателей. Так, инфекционно-токсический синдром на ранних стадиях ВИЧ-инфекции, наблюдался в основном при сочетанной патологии. Постепенный переход ВИЧ-инфекции, сочетанной с туберкулезом в стадию вторичных заболеваний, сопровождался развитием инфекционно-токсического синдрома у 13,6% больных в IVБ стадию и доходил до 40,9% в IVB стадию заболевания. Течение заболевания утяжелялось прежде всего за счет утяжеления течения и частой генерализации туберкулезного поражения легких. Одновременно с инфекционно-токсическим встречался и астеновегетативный синдром 31(54,39%), частота встречаемости которого превышала первый. Этот синдром находился в тесной связи с развитием туберкулезного процесса. При ВИЧ-инфекции без наличия туберкулеза 18(78,26%)($p<0,001$). У больных ВИЧ-моноинфекцией проявления астено-вегетативного синдрома достигали 73,91% от числа пациентов только в IVБ стадию ВИЧ-инфекции. На стадии IVB астеновегетативный синдром достигал 100%. Этот синдром находился в тесной связи с развитием туберкулезного процесса. У больных ВИЧ инфекция сочетанная с туберкулёзом одновременно с инфекционно-токсическим 9(15,79%) встречался и

астеновегетативный синдром 31(54,39%), частота встречаемости которого превышала первый, а так же бронхолегочной синдром 17(29,83%). Как показали исследования, его выраженность зависела от степени тяжести поражения легких. Для ВИЧ инфекция сочетанной с туберкулезом были характерны более выраженные проявления потери массы тела (с переходом в кахексию в стадии вторичных заболеваний), которые наблюдались более чем у 81,82% пациентов из наблюдаемой группы начиная с IVA стадии ВИЧ-инфекции. Лимфаденопатия 49(85,97%), 15(65,22%)($p<0,001$), гепатомегалия 54(94,74%), 21(91,3%)($p<0,001$) и потеря веса 46(80,71%), 11(47,83%)($p<0,001$) являлись типичными клиническими признаками, встречающимися в обеих группах больных, однако частота их развития была достоверно выше у больных при сочетанном течении заболевания.

Выводы. Таким образом, сравнительный анализ динамики сочетанной патологии и моноинфекции ВИЧ указал на более быстрое прогрессирование заболевания у больных с сочетанным инфицированием, прежде всего за счет утяжеления течения и частой генерализации туберкулезного поражения легких; при этом в IVB стадии ВИЧ-инфекции процент больных с признаками инфекционно-токсического синдрома достигал 100%.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ, СОЧЕТАННОМУ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Афанасьев Е.И.

Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования
«Ижевская государственная медицинская академия» Министерства
здравоохранения Российской Федерации, Российская Федерация, город Ижевск
Кафедра фтизиатрии

Научный руководитель: д.м.н., доц. Русских О.Е.

Актуальность. В настоящее время распространение ВИЧ-инфекции оказывает значимое влияние на заболеваемость туберкулезом и является одним из самых значимых медицинских и биологических факторов риска на туберкулез. По данным ряда исследователей, вероятность заболевания туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией в 20-58,6 раз выше, чем у лиц с ВИЧ-отрицательным статусом из-за снижения у них иммунологической реактивности и реактивации латентной туберкулезной инфекции.

Цель исследования: Провести сравнительный анализ основных эпидемиологических показателей по туберкулезу легочных и внелегочных локализаций у больных с ВИЧ-инфекцией и у лиц, имеющих отрицательный ВИЧ-статус за 10 лет (с 2011 по 2020 гг.) в Удмуртской Республике (УР), Россия.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный сравнительный анализ основных эпидемиологических показателей по туберкулезу у больных с ВИЧ-инфекцией и у лиц, имеющих отрицательный ВИЧ-статус. Построены графики и таблицы. Глубина исследования 10 лет (с 2011 по 2020 гг.). Исследования проводились объективными методами (по данным официальных годовых отчетов БУЗ УР «РКТБ МЗ УР» и статистических материалов ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ).

Результаты и их обсуждение. В период с 2011 по 2020 гг. в УР динамика показателей заболеваемости как туберкулезом органов дыхания (с 65,4 до 25,9 на 100 000 населения соответственно), так и внелегочным туберкулезом (снижение показателя в 6,7 раз с 2,0 до 0,3 на 100 000 населения) имеет нисходящую направленность. Показатели распространенности туберкулеза органов дыхания за исследуемый период изменились с 152,7 до 67,8 на 100 000 населения, или на 55,6%. Показатели распространенности внелегочного туберкулеза за последние 10 лет также снизились с 11,6 до 0,8 на 100 000 населения соответственно, или на 93,1%. Показатель смертности от туберкулеза в УР

изменился в 5,4 раза с 15,1 до 2,8 на 100 000 населения. На фоне роста показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией (с 33,6 в 2011 г. до 85,2 на 100 000 населения в 2017 г. и дальнейшим снижением до 56,2 на 100 000 населения) в УР происходит стремительный рост показателей заболеваемости и распространенности сочетанной патологии ТБ/ВИЧ (на 89,4% показателя заболеваемости с 4,7 до 8,9 на 100 000 населения в 2018 г. с небольшим снижением на 28,1% до 6,4 в 2020 г.; на 63,3% повысился показатель распространенности с 10,9 до 17,8 на 100 000 населения в 2019 г., и небольшим снижением на 10,7% до 15,9 соответственно в 2020 г.). Показатель смертности больных туберкулезом от ВИЧ-инфекции в УР повысился с 2,4 в 2011 г. до 7,8 в 2019 г., что составило 325,0%. За последний год наблюдения данный показатель снизился на 26,9% до 5,7 на 100 000 населения.

Выводы. ВИЧ-инфекция оказывает существенное негативное влияние на эпидемический процесс по туберкулезу в Удмуртской Республике. В настоящее время показатель заболеваемости сочетанной патологией ТБ/ВИЧ ежегодно возрастал и достиг значения 6,4 на 100 000 населения в УР в 2020 г. Показатели распространенности и смертности сочетанной патологией ТБ/ВИЧ также имеют восходящую тенденцию (рост на 45,9% и 237,5% соответственно). Данная картина наблюдается на фоне увеличения показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией за исследуемый период и снижения основных эпидемиологических показателей по туберкулезу. Однако следует отметить, что последние 3 года наблюдения фиксировался спад показателей по сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Аъзамжонова Мохира Акрамжон кизи

**Научный руководитель: Б.Т. Батинова, ассистент кафедры фтизиатрии
Андижанский Государственный медицинский институт**

Актуальность проблемы. Заболеваемость детей и подростков в очагах в десятки раз превышает эти показатели в популяции в целом, причем более половины заболевших выявляются в очагах с бактериовыделителями.

Цель исследования: Изучить заболеваемость детей и подростков в очагах туберкулезной инфекции и определить влияние различных типов очагов на возникновение туберкулеза.

Материалы и методы исследования. Изучено 28 бациллярных очагов, в 10 из них проживали лица с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ), совместно в обоих типах очагах проживали дети и подростки.

Результаты исследований и их обсуждение. Возраст детей и подростков, проживающих в очагах, составил в среднем 8,2 года, в очаге первого типа проживало 38 детей и подростков, во втором типе 29. Из 38 детей первого типа, 18(47,3%) это дети до 6 лет, все дети изолированы для проведения первичной химиопрофилактики. У оставшихся 20 наблюдаемых выявлено: у 6(15,8%) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, у 8(21%) подростков - очаговый туберкулез, у 6(15,8%) инфильтративный туберкулез. Таким образом, в очаге первого типа у 37% детей и подростков возникают локальные формы туберкулеза. Во втором типе очагов проживало 29 детей и подростков, 10 детей после тщательного обследования были изолированы в детском специализированном санатории, где проводилось общеукрепляющее лечение, направленное на повышение сопротивляемости организма. Из 19(65,5%) контактных: у 8 детей диагностирован

туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, у 4 очаговый и у 7 инфильтративный туберкулез. Причем у 2 подростков с инфильтративным туберкулезом установлена лекарственная устойчивость к основным препаратам, они взяты на лечение по стратегии ДOTS+.

Выводы. У детей и подростков, проживающих в очагах с лекарственно устойчивым туберкулезом заболеваемость среди контактных лиц в два раза выше, чем среди контактных лиц из очагов без лекарственной устойчивости. Из этого вытекает, чем эффективнее будет проводиться терапия впервые заболевших туберкулезом, тем меньше будет случаев лекарственно устойчивого туберкулеза.

ПРОФИЛАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Бекташев И.Б.

**Научный руководитель: Р.А. Хакимова, доцент кафедры фтизиатрии
Андижанский Государственный медицинский институт**

Актуальность: современная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости туберкулезом в Узбекистане характеризуется ростом лекарственной устойчивых форм. Среди множества факторов способствующих развитию устойчивости необходимо отметить нарушение контролируемого лечения на амбулаторном этапе в условиях сельских поликлиник - когда медицинская сестра отпускает лекарства больному на 1-2 недели. Такое грубое нарушение может приводить к тому, что больной не будет принимать препараты и нередко, данный больной может стать источником распространения лекарственно-устойчивого туберкулеза среди здорового населения.

Целью исследования: явилось изучение частоты распространения первичной лекарственной устойчивости в течение одного года, по данным Андижанского противотуберкулезного диспансера.

Материалы и методы исследования: в течение 2020 года в стационар поступило 1604 пациентов, из них у 1146 пациентов по исследованию на аппарате GeneXpertRif выявлена чувствительность к препаратам первого ряда, у 220-пациентов установлена множественная лекарственная устойчивость, у 63 пациентов в референс лаборатории выявлена широкая лекарственная устойчивость (к изониазиду и рифампицину).

Результаты исследования и их обсуждение: из 1604 пациентов, 1266 (78,9%) –это пациенты у которых туберкулез диагностирован впервые и ранее они никогда не получали противотуберкулезное лечение, 338 (22,1%) больных состояли на учете в противотуберкулезном диспансере. Из 220 (13,7%)пациентов с лекарственной устойчивостью: впервые заболевшие составили- 119, больные хроники- 101. Тревожным фактом является то, что 54% больных с множественной лекарственной устойчивостью- это впервые заболевшие пациенты, 96 из которых в анамнезе имели контакт с больными родственниками (отец, мать, брат, сестра, бабушка, дедушка), то есть тесный семейный контакт. Данный факт свидетельствует о том, что нарушение контролируемого лечения в условиях поликлиники может привести к развитию лекарственной устойчивости и распространения среди контактных лиц. Студенты научного кружка кафедры совместно с преподавателями разработали коробку с таймером, позволяющей один раз в течение суток выдать препараты, для приема препаратов на контролируемом амбулаторном лечении. Попытка повторно выдать препараты приводит к поломке коробки. Тем самым предупреждается выдачи препаратов на руки больному для самостоятельного приема на

несколько дней. Это обеспечит регулярный и аккуратный прием препаратов, что в конечном этапе приведет к повышению результатов лечения и самое главное предупредит формирование лекарственной устойчивости.

Заключение: для предупреждения развития лекарственно устойчивых форм туберкулеза, повышения эффективности лечения необходимо изыскивать способы, способствующие повышению качества контролируемого лечения на амбулаторном этапе в условиях поликлиники.

ЧАСТОТА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА TOLL - ПОДОБНЫХ РЕЦЕПТОРОВ АССОЦИИРОВАННОГО С РАЗВИТИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Богодухова Екатерина Сергеевна

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Россия, г. Чита

Кафедра туберкулеза

Научный руководитель к.м.н., доцент Байке Е.Е.

Актуальность. Туберкулез (ТБ) — особо опасное инфекционных заболеваний уносящей ежедневно жизни более 4500 тысяч человек во всем мире. ТБ чаще всего развивается на фоне сниженного иммунологического ответа организма. Одним из наиболее значимых представителей системы врожденного иммунитета считаются Toll – подобные рецепторы (TLR) — класс клеточных рецепторов распознающих консервативные структуры микроорганизмов и активирующих клеточный иммунный ответ.

Цель исследования – изучить влияние полиморфизма генов TLR2 (*Arg753Gln*), TLR3 (*Phe412Leu*), TLR4 (*Asp299Gly*), TLR6 (*Ser249Pro*) в этиопатогенезе туберкулеза легких в Забайкальском крае.

Материалы и методы. В работе приведены данные результатов комплексного исследования 120 пациентов с установленным диагнозом «Туберкулез органов дыхания» состоящих на учете у фтизиатра в период 2014-2015 гг. Контрольная группа – 30 реципиентов в возрасте $38,5 \pm 3,5$ лет, считающих себя относительно здоровыми и не имеющих на момент исследования патологии легких. Материал исследования - образцы ДНК выделенной из ядросодержащих клеток периферической крови. Для оценки соответствия распределений наблюдаемых генотипов ожидаемым значениям при равновесии Харди-Вайнберга и для сравнения распределений частот генотипов и аллелей в двух субпопуляциях использовали критерий χ^2 . Статистическая обработка данных проводилась с использованием on-line калькулятора (http://gen-exp.ru/calculator_or.php).

Результаты исследования. В результате нашего исследования обнаружены все искомые мутации в гомо- и гетерозиготном состоянии с частотным подчинением закону Харди-Вайнберга ($p > 0,05$).

При изучении полиморфизма генов TLR 2 (*Arg753Gln*) и TLR 3 (*Phe412Leu*) статистически значимых данных не получено. Полиморфизм гена TLR 4 (*Asp299Gly*) по гомозиготному варианту генотипа *Asp/Asp*, в группе больных туберкулезом был в 20,9 раза ниже по сравнению с его частотой в контроле ($p=0,009$); OR=0,108 [95% CI: 0,014-0,830]). Однако, носители гетерозиготного *Asp/Gly* исследуемого гена в группе здоровых реципиентов встречались на 18,4% чаще, чем обладатели этого же генотипа среди больных ($p=0,009$); OR=9,242 [95% CI: 1,205-70,851]). При распределении генотипов полиморфизма гена TLR 6 (*Ser249Pro*) среди больных туберкулезом выявлено снижение частоты носительства гетерозиготного генотипа *Ser/Pro* (в 4,2 раза) и увеличение числа обладателей гомозиготного генотипа *Ser/Ser* (в 21,7 раза) по сравнению с таковыми у здоровых лиц ($p=0,041$; OR=2,494 [95% CI: 1,056 – 5,889]). Гомозиготный генотип по мутантному

полиморфизму *Pro/Pro* гена TLR6 у больных туберкулезом обнаруживался у 12,5% соответственно ($p=0,026$).

Полученные данные согласуются с расчетами отношения шансов, которое свидетельствует в пользу того, что носительство гетерозиготного варианта *Asp/Gly* гена TLR 4 (*Asp299Gly*) (OR=9,942 [95% CI: 1,205 – 70,851]) и гомозиготного генотипа *Ser/Ser* полиморфизма гена TLR 6 (*Ser249Pro*) (OR=2,494 [95% CI: 1,056 – 5,889]) могут быть ассоциированы с развитием туберкулеза органов дыхания и рассматриваются как факторы риска развития заболевания

Выводы. Таким образом, установлено, что полиморфизм генов TLR 2, TLR 3 и TLR 6 предрасполагает к развитию туберкулеза. Наиболее значимыми в формировании предрасположения к развитию заболевания являются генотипы *Asp/Asp* полиморфизма TLR 4 (*Asp299Gly*) и *Ser/Ser* и *Pro/Pro* гена TLR 6 (*Ser249Pro*).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СХЕМЫ ХИМИОТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОКСИФЛОКСАЦИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКОБАКТЕРИОЗОВ ЛЁГКИХ

Бородин Дмитрий Игоревич

Белорусский государственный медицинский университет, Республика Беларусь,
город Минск

Кафедра фтизиопульмонологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Кривошеева Ж.И.

Актуальность. Нетуберкулёзные микобактерии (НТМ) – повсеместно распространённый вид микобактерий, вызывающих у человека микобактериозы (МБ). За последние годы число диагностированных МБ ежегодно увеличивается, в сравнении с туберкулёзом, заболеваемость которым неуклонно снижается. Особенно важной эта проблема становится на фоне распространения ВИЧ-инфекции, а также более широкого применения иммуносупрессивной терапии. Диагностику МБ существенно затрудняет сходство клинической и рентгенологической картины с туберкулёзом. Вопрос лечения МБ стоит так же остро. Стоит упомянуть, что диагноз МБ далеко не всегда предполагает какое-либо лечение. Показания к терапии определяются индивидуально. Химиотерапевтические схемы основаны на использовании противотуберкулёзных лекарственных средств и постоянно претерпевают дополнения.

Цель исследования: сравнение клинической и бактериологической эффективности терапевтических схем, содержащих и не содержащих моксифлоксацин при лечении МБ лёгких.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 75 пациентов с диагнозом МБ лёгких в РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии и противотуберкулезном диспансере № 2 г. Минска (2012 – 2020 гг). Все пациенты в зависимости от применяемой схемы лечения были распределены на три группы – I (схема 1), II (схема 2) и III (схема 3). Каждая группа состояла из 25 пациентов. Пациенты всех трех групп получали ежедневно кларитромицин по 1000 мг/сутки в два приёма перорально, этамбутол по 15 мг/кг/сутки перорально и рифампицин по 450 мг/сутки перорально. Второй группе пациентов дополнительно назначался моксифлоксацин по 400 мг/сутки перорально, пациентам третьей группы вместо моксифлоксацина вводили в/мышечно по 15 мг/кг в сутки амикацин. Критериями эффективности являлись: положительная динамика лабораторных, рентгенологических, функциональных данных и клинических проявлений

Результаты и их обсуждение. Клиническая эффективность статистически значимо не отличалась во всех трёх группах и составила 56%, 60% и 60% соответственно ($p>0,05$). Бактериологическая эффективность лечения в группе с применением моксифлоксацина

составила 80%, статистически не отличаясь от группы I (56%) и группы III (84%). Однако Различия между группами I и III были статистически значимы ($\chi^2=4,667$; $p=0,031$). Стоит отметить и изменение в видовой структуре после лечения по различным схемам. После лечения в первой группе удалось добиться эрадикации *M. Intacellulare*, во второй – *M. Intacellulare* и НТМ других реже встречающихся видов, а в третьей – *M. Intacellulare*, НТМ других реже встречающихся видов и *M. Fortuitum*.

Выводы. Статистические различия в клинической эффективности у схем, содержащих и не содержащих моксифлоксацин, не установлены. Бактериологическая эффективность во всех схемах была выше клинической, однако у схемы с применением моксифлоксацина не было обнаружено статистических различий в сравнении с остальными. Стоит отметить, что схемы, содержащие моксифлоксацин и амикацин обладают, вероятно, большим терапевтическим эффектом по отношению к НТМ других реже встречающихся видов в сравнении с трех-компонентной схемой химиотерапии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Вафакулова Мафтуна Гайратовна
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Республика Узбекистан, город Ташкент
Кафедра амбулаторной медицины, физического воспитания
Научный руководитель: ассистент кафедры, Каримова Д.И.

Актуальность. Туберкулёз - это проблема всего человечества. К настоящему времени около трети населения мира инфицированы микобактериями туберкулёза (этот микроорганизм является возбудителем туберкулёза). Каждый год 1% населения планеты инфицируется туберкулёзом. Ежегодно регистрируют примерно 8,4 миллиона новых случаев туберкулёза и примерно 2 миллиона человек умирают от этого заболевания. Туберкулез является ведущей инфекционной причиной заболеваемости и смертности среди взрослых во всем мире; болезнь является причиной смерти приблизительно 1,7 миллиона человек, преимущественно в странах с низким и средним уровнем дохода. Туберкулез может повредить все органы человека, но чаще всего очагом заболевания являются легкие. Проблема лечение туберкулёзных больных остаётся до сих пор актуальной из-за невыраженного эффективностью антибактериальных терапии. Показано значительный эффект применения комплексного воздействия несколько физиотерапевтических методов для лечение больных с туберкулёзом легких («Вестник современной клинической медицины» 20015г., Ханин А.Л, Пильник Г.В, Никотина Г.Л)

Цель исследования: сравнить эффективность лечения деструктивного, бациллярного туберкулеза легких у впервые выявленных больных, получавших стандартную химиотерапию, и у пациентов, которым на фоне стандартных схем лечения туберкулеза применяли магнитно-инфракрасную лазерную терапию и ультразвуковые ингаляции с контрикалом.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 90 больных ТБ. Пациенты были поделены на 4 группы по 23 человек: 1-я группа на фоне стандартной химиотерапии получала магнитно-инфракрасную лазерную терапию, 2-я — ингаляции с контрикалом, 3-я — ингаляции с контрикалом и через 20 мин магнитно-инфракрасную лазерную терапию на пораженную туберкулезным процессом проекцию легких и 4-я группа сравнения (22 человек) получала стандартную химиотерапию.

Результаты и их обсуждение. Купирование интоксикационного и бронхолегочных синдромов к концу первого месяца отмечалось в 62,8% случаев в 1-й группе, в 69% случаев во 2-й, в 84,8% случаев в 3-й, в 40,6% случаев — в 4-й группе сравнения. Абациллирование больных туберкулезом методом микроскопии на 3-м мес лечения в 3-й группе составило 93,3%, в то время как в 1-й и 2-й основных группах — 82,2 и 86,7% соответственно, 51,1% — в 4-й группе сравнения. Закрытие полостей распада через 6 мес лечения было у 95,6% больных: в 3-й группе — 57,8%, в 1-й — 77,7%, во 2-й — 28,9% и лишь у 28,9% в 4-й группе сравнения.

Выводы. Исходя из полученных результатов проведенного нами исследования было выявлено, назначение комплексной физиотерапии усиливает эффект антибактериальной терапии деструктивного туберкулеза легких за счет многогранного комплексного воздействия на основные патогенетические механизмы специфического воспаления.

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Галиуллин Талгат Излиевич

Республиканский специализированный научно-медицинский практический
центр фтизиатрии и пульмонологии, Республика Узбекистан, город. Ташкент
Научный руководитель: д.м.н Парпиева Н.Н.

Введение. В последние годы увеличивается число больных туберкулезом с сопутствующими заболеваниями, которые ставят перед фтизиатрами серьезные проблемы. При этом отмечается взаимное утяжеление течения заболеваний.

Цель: изучить частоту и характер сопутствующей патологии у больных ТБ легких.

Материал и методы. Изучено истории болезни 2105 больных ТБ пролеченных в центре фтизиатрии, из них мужчины составили 1359 (64,6%), женщины 746 (35,4%) за 5 последних лет пролеченных в областном .

Результаты и обсуждение. У (19,2%) больных были диагностированы наличие сопутствующих заболеваний: ВИЧ инфицирование 61 (15%), сахарный диабет 1 типа- 25 (6,3%), сахарный диабет 2 типа- 289 (71,3%) и больные долгое время принимающие глюкокортикостероиды -30 (7,4%). Больных разделили на две группы: 1 группа больных с сопутствующими заболеваниями 405 пациентов и 2 группа больных ТБ легких без сопутствующих заболеваний -215 пациентов. При анализе частоты встречаемости клинических форм ТБ легких установлено, что так среди больных из 1 группы наиболее чаще встречались инфильтративный ТБ (55%), фиброзно кавернозный ТБ(25,7%). У больных из 2 группы , без сопутствующей патологии наиболее часто встречались инфильтративный (45,1%), фиброзно –кавернозный ТБ (24,6%) и очаговый ТБ (14,4%) . Чаще встречались больные умеренно выраженными (63%) и сильными выраженными симптомами (24,2%) ТБ интоксикации в 1 группе больных . В тоже время у больных из 2 группы преобладали больные с умеренно выраженной интоксикацией (64%). Сильно выраженные (79%) и умеренно выраженные (19,7%) респираторные проявления чаще встречались у больных 1 группы. При обследовании по методике Gen Expert выделения микобактерий туберкулеза (МБТ) в мокроте отмечено в 1 группе у 67,9±2,1% , а во 2 группе 57,2±3,3 % пациентов(P≤0,05). У 90 (22,2±2,9 %) больных отмечалась устойчивость к первому ряду препаратов. У 38 (18,0±3,0 %) больных отмечалась устойчивость к первому ряду препаратов.

Заключение. Частота сопутствующей патологии у больных ТБ составляет 19,2 %, ТБ легких на фоне сопутствующих заболеваний патологии характеризуется преобладанием деструктивных форм ТБ, более выраженными симптомами ТБ интоксикации и респираторных проявлений основного легочного процесса, массивным бактериовыделением, высокой устойчивостью МБТ к химиопрепаратам, более большим объемом поражения легочной ткани и большими полостями распада

ПЕРЕНОСИМОСТЬ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ С ГЕПАТОМЕГАЛИЕЙ

Гоффоров Бурхонжон Бахромжон

Андижанский Государственный медицинский институт

Научный руководитель: Г.И.Султонов, ассистент кафедры фтизиатрии

Актуальность проблемы: Организация и проведение лечения туберкулеза ВИЧ инфицированных детей с установленной гепатомегалией представляет актуальную проблему фтизиатрии.

Цель исследования: явилось изучить переносимость противотуберкулезных препаратов у ВИЧ инфицированных детей с гепатомегалией.

Материалы и методы: нами изучено 110 истории болезни детей с сочетанной инфекцией, прошедших стационарный этап лечения в противотуберкулезном стационаре.

Результаты их обсуждение: У обследованных детей: в 92 случаях (83,6%) установлен туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, все остальные формы были представлены единичными случаями (диссеминированный- 4; экссудативный плеврит-2 и т.д.). При поступлении в стационар у 74 (67,2%) детей выявлено увеличение размеров печени, причем у 34(46 %) детей печень была значительно увеличена в размерах. У остальных размеров печени увеличивались незначительно. Биохимические анализы у детей с гепатомегалией в основной массе не давали отклонений показателей, лишь у 8 детей, которые были пролечены по поводу гепатита А, В и С отмечено незначительное повышение аминотрансфераз у 7-АЛТ до 1,2 ммоль/л; АСТ у 5 до 1,0 ммоль/л. На основании полученных данных, для предупреждения развития побочного действия антибактериальных препаратов, этим больным с первых дней терапии, в схему лечения обязательно включали гепатопротекторы (эссенциале или карсил). И тем не менее несмотря на такое лечение, у 6 детей отмечалось формирование непереносимости препаратов, сопровождающееся повышением аминотрансфераз, усиление детоксикационной терапии и в 2 случаях гормонотерапии у 3 пациентов позволило восстановить лечение в прежнем объеме, 3 пациента были переведены на альтернативные режимы лечения.

Выводы: у ВИЧ инфицированных детей с гепатомегалией при проведении химиотерапии обязательным является комплексное лечение с включением гепатопротекторов и при необходимости глюкокортикоидов, что позволяет предупредить развитие побочного действия противотуберкулезных препаратов.

ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ С ВЫСОКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ ОРГАНИЗМА

Дильшодов Асилбек, Хасанов Абдураззок

Андижанский Государственный медицинский институт

Научный руководитель: Д.К.Махсумова, старший преподаватель кафедры фтизиатрии

Актуальность. В настоящее время в диагностику туберкулеза у детей широко внедряется новый антиген для кожной пробы – диаскинтест (ДСТ), на основе белков ESAT-6 и CFP-10, специфичных для фазы размножения МБТ и отсутствующих у микобактерий вакцинного штамма БЦЖ. Результаты применения этого теста у детей с высокой неспецифической сенсibilизацией организма в современной научной литературе не отражены.

Цель исследования. Определить особенности реагирования детей на кожные пробы с туберкулином и с диаскинтестом в зависимости от клинических проявлений неспецифической сенсibilизации. Выяснить целесообразность направления по результатам туберкулинодиагностики детей с аллергическими заболеваниями в специализированное диагностическое отделение.

Материалы и методы. Обследовано 170 детей (54,7% мальчиков и 45,3% девочек) в возрасте от 4 мес. до 15 лет, пациентов обратившихся в противотуберкулезный диспансер. Помимо общепринятых методов, обследование детей включало: компьютерную томографию органов грудной полости, индивидуальную туберкулинодиагностику, диаскинтест, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, консультации специалистов. **Результаты и их обсуждение:** По результатам обследования дети разделены на 4 группы: 1-я группа – активный туберкулез органов дыхания – 54 чел., 2-я группа – впервые выявленные остаточные изменения (кальцинаты) – 27 чел., инфицированные дети из групп риска по туберкулезу – 62 чел., не инфицированные МБТ дети с неспецифическими заболеваниями – 27 чел.

Повышенная аллергическая настроенность организма присутствовала у 40% пациентов диагностического отделения, в том числе у 15,9% (27 чел.) детей она проявлялась аллергическими заболеваниями и 24,1% пациентов (41 чел.) – аллергическими реакциями в анамнезе. Только у 60% пациентов (102 ребенка) аллергологический анамнез не былотягощен. Причем среди детей, у которых выявили активный туберкулез, доля лиц с неотягощенным аллергологическим анамнезом была максимальной – 74,1%, а среди детей, оказавшихся не инфицированными микобактериями туберкулеза (МБТ) – минимальной – 33,3% ($p < 0,05$).

Выводы. 1. Среди детей, направляемых в противотуберкулезный диспансер для исключения заболевания туберкулезом, значительный удельный вес составляют пациенты с аллергическими реакциями в анамнезе (24,1%) и аллергическими заболеваниями (15,9%). 2. Процент подтверждения диагноза туберкулеза наиболее высок у детей с неотягощенным аллергологическим анамнезом (39,2%) и минимален у детей, страдающих аллергическими заболеваниями (7,4%).

FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF TUBERCULOSIS IN CHILDREN WITH HIV INFECTION

Mamadiyurova M.A.
Samarkand state medical institute
Phthisiology chair
Academic advisor – S.A. Khodzhaeva

Purpose. Study of the peculiarities of the course of tuberculosis in children with HIV infection.

Materials and methods. We examined 54 children treated in the pediatric department of the clinic of the center of phthisiology and pulmonology over the past three years, with the presence of HIV infection and intrathoracic tuberculosis (IHT). The age of the surveyed ranged from 1 year to 14 years, 77.7% of them were from 2 to 6 years old. There were 35.2% girls, 64.8% boys.

Results and discussion. In 77.7% of children, tuberculosis was detected during preventive examination of HIV-infected children, in 22.2% - HIV infection was detected during anti-tuberculosis therapy. According to the level of CD cells, the patients were divided into 2 groups. The 1st group included 18 children with a slight decrease in the level of CD cells, and the 2nd - 36 children with a progressive severe degree of immunodeficiency. Most of the examined children of the 2nd group were diagnosed with disseminated (37%) and generalized (20.3%) primary tuberculosis. Limited forms of VHT were registered 2 times more often in children in group 1 with moderate immunodeficiency (18.5 ± 5.5 and $9.3 \pm 3.8\%$). All children with TB / HIV have generalized adenopathy and hepatomegaly.

More pronounced hepatomegaly with liver enlargement by 5 cm or more was observed 5 times more often in the group of children with severe immunosuppression. Despite severe hepatomegaly, a biochemical blood test in most patients established the activity of liver enzymes at the upper limit of the norm. Only 12.9% of children had moderate fermentaemia, which returned to normal after 2-3 months of chemotherapy. Weight deficiency was observed in 94.5% of the examined children and had a direct dependence on the degree of immunodeficiency. Increased body temperature in 64.8% of children with TB / HIV was characterized by inconsistent, prolonged febrile condition. Catarrhal changes in the lungs were noted in 38.9% of children on admission. Growth retardation was 1.4 times more often observed in the group of children with severe immunodeficiency.

In 20 surveyed children of preschool age (3-5 years old), colloquial speech was not developed, there was no independent walking skill. Shifts in the hemogram in the form of a decrease in the level of hemoglobin were noted in 88.9% of the examined children, in 51.8% - moderate leukocytosis within 8-12 thousand, in 64.8% - neutrophilic shift to the left, in 96.2% of children - accelerated ESR within the range of 20-70 mm / hour. Mycobacterium tuberculosis was found in sputum in 11.1% of children. The results of the Mantoux test with 2TE were negative in 87.1% of children.

Radiographically, in children from the 2nd group, the volume of the lesion of the intrathoracic lymph nodes was more extensive, and 2 times exceeded the volume of the lesion in children of the 1st group. A complicated course of tuberculosis was established in 61.1% of children: in 21.5% of patients - atelectasis of individual segments of the lungs, in 15.7% - pleurisy, in 90.1% - foci of seeding in the lung tissue.

Findings. The clinical course of TB / HIV in children is distinguished by the multifaceted clinical signs of the disease with a predominance of the general intoxication syndrome. Due to the high frequency of detection of polylymphadenopathy against the background of intoxication syndrome, children with HIV infection require a thorough X-ray and tomographic examination.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ПОДРОСТКОВ

Мустабова Мафтуна Саъдулла кизи, студентка 408 группы лечебного факультета Самаркандский государственный медицинский институт

Кафедра фтизиатрии

Научный руководитель: Саидова М. А.

Актуальность. Рост и значение социальных факторов возникновения туберкулеза определил новое приоритетное направление во фтизиатрии, ориентированное на изучение особенностей течения туберкулеза у подростков из социально-дезадаптированных семей.

Цель исследования: Изучение распространенности туберкулеза и роли факторов риска на течение клинических форм туберкулеза.

Материалы и методы. Нами проведены обследования 87 подростков при анализе их истории болезни отмечено, что социальные факторы отмечены 28,7% (25 случаев), в семье злоупотребляет алкоголем отец 12,6 % (11 случаев), материально-бытовые условия в семье были неблагоприятными 55,2 % (48 случаев), почти половина неблагоприятных семей 39 % были многодетными.

Результаты и их обсуждение. У обследованных подростков диагностирован первичный туберкулезный комплекс 28,9 % (26 случаев), туберкулезный плеврит 3,2 % (3 случая), туберкулез внутригрудных лимфатических узлов 58,5 % (50 случаев), инфильтративный туберкулез 5,6 % (5 случаев), очаговый туберкулез 2,3 % (2 случая). Количество подростков, заболевших туберкулезом в 2019 году среди городских жителей отмечено 35,6 % (31 подросток), среди сельских жителей – 64,3 % (56 подростка). Установлено, что среди всех заболевших туберкулезом подростков 18,4 % (16 случаев) не имели поствакцинальных знаков 9,1 % (8 случаев) и размер рубца был менее 5 мм у 5,7% (5 подростков). При поступлении в детское отделение Самаркандского областного центра фтизиатрии и пульмонологии состояние подростков в большинстве оставалось удовлетворительным, лишь у 9,1 % (8 подростков) оно было средней тяжести и тяжелым в следствии наличия субфебрильной температуры и симптомов интоксикации, в частности $t^{0} 38^{\circ} C$ 5,7 % (5 случаев), $37^{\circ} C$ у 14,9 % (13 случаев), кашель у 35,6 % (31 случай), потеря массы тела 5,7 % (5 случаев), плохой аппетит у 40,2 % (35 случаев), раздражительность 6,8 % (6 случаев), туберкулиновые реакции были выраженными 12-14 мм, папула в 41,4 % (36 случаев) и гиперергическими 33,3 % (29 случаев). В стационаре всем детям проводилось лечение по категориям ДОТС с включением методов патогенетического лечения. Адекватное лечение привело к улучшению общего состояния детей.

Выводы. Отрицательные социально-экономические факторы значительно повышают риск заболевания туберкулезом у подростков. На частоту заболевания туберкулеза органов дыхания влияет качество и эффективность проводимой вакцинации БЦЖ. Дети в сельских местностях заболевают больше, чем в городских условиях.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА АТИПИЧЕСКИХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Нўмонов Абдурашул Дилшод ўғли (студент 5 курса педиатрического факультета)

Андижанский Государственный медицинский институт

Научный руководитель: И.К.Мавлянов, ассистент кафедры фтизиатрии

Актуальность проблемы. Обычно возбудителем пневмонии является бактериальная флора, у детей не вызывают диагностических сложностей, и она хорошо поддается лечению стандартными антибиотиками. В случае с атипичными возбудителями, симптомы пневмонии меняются как в сторону сглаженной клинической картины, так и агрессивного молниеносного развития. Без специфического лечения возможны негативные последствия вплоть до летальных исходов. Поэтому вопрос дифференциальной диагностики атипических пневмоний у детей всегда остается актуальным.

Цель исследования: Изучить клиническое течение туберкулеза и атипических пневмоний, позволяющих различить перечисленные заболевания у детей.

Материалы и методы исследования. Обследованы 67 детей (неоднократные леченных по поводу неспецифических пневмоний и получивших в течении последнего месяца терапию антибиотиками широкого спектра действия, без рентгенологических положительных изменений), направленных в областной противотуберкулезный диспансер. Данным больным после традиционных методов исследования: 3 кратного исследования мокроты на БК, проведен ИФА (иммуноферментный анализ) со специфическими антигенами, а также по показаниям проведен ускоренный метод обнаружения микобактерий туберкулеза и лекарственной устойчивости методом GeneXpert посева на питательные среды.

Результаты исследования и их обсуждение. После проведенных исследований 51 пациенту установлен диагноз туберкулез, у 16 пациентов туберкулезный процесс исключен, из них у 9 выявлена хламидийная у 7 микоплазменная пневмонии. Для микоплазменной и хламидийной пневмонии характерно подъем температуры до 37,1 - 37,9⁰С в 85,7% и 77,8% соответственно. При туберкулезе в 78,4% более характерно температура 37,0- 37,5⁰. Такие симптомы как головная боль (100% и 85,7%), осиплость голоса (66,7% и 57,2%), в несколько раз чаще встречается при хламидийной и микоплазменной пневмонии, чем при туберкулезе (23,5% и 23,5% соответственно). Перкуссия легких у 96,1% больных при туберкулезе без изменений. Аускультативные изменения в виде сухих или влажных хрипы чаще выявлялись при хламидийной и микоплазменной пневмонии. Диагноз туберкулез у данных больных исключен на основании анамнеза, клинического течения болезни, отрицательных результатов мокроты методом бактериоскопии, посева на питательные среды, а также GeneXpert и после получения отрицательного результата ИФА с туберкулезным антигеном.

Выводы. Таким образом, у детей с хроническим течением пневмоний при возникновении подозрения на туберкулез необходимо проводить исследование GeneXpert, культуральные исследования, а также ИФА диагностику с туберкулезным, хламидийным и микоплазменными антигенами. Наиболее характерным симптомокомплексом для хламидийной и микоплазменной пневмонии являются более острое начала болезни, более высокая температура, головные боли, осиплость голоса, риниты, артралгии и миалгии, более богатая перкуторная и аускультативная картина.

РАЗВИТИЕ АКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

Омонова Чарос Пахлавон кизи.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика
Узбекистан, город Ташкент.

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Научный руководитель: ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии
Мухтермова В.Н.

Цель: изучение частоты возникновения активного туберкулеза (ТБ) у детей и подростков при наличии различных факторов риска.

Материалы и методы. Для проведения исследования были использованы данные о 145 детях и подростках г. Ташкента с впервые установленным активным ТБ, верифицированным иммунологическими, рентгенологическими и бактериологическими методами. У заболевших детей оценивалось наличие факторов риска, которые могли способствовать возникновению ТБ. Далее высчитывалось общее число детей и подростков с тем или иным фактором риска, проводилось сравнение с группой детей, у которых отсутствовали какие-либо факторы риска ТБ.

Результаты и их осуждения. При вычислении и сопоставлении группы риска возникновения ТБ среди детей и подростков, установлено, что достоверно высокие риски возникновения активного ТБ у детей и подростков были получены: в случае семейного контакта с пациентом, страдающим ТБ с бактериовыделением, — 71,2%; в случае инфицирования микобактериями ТБ в течение длительного времени — 5,0 %. Помимо этого, получен достоверно высокий относительный риск возникновения туберкулеза органов дыхания у детей и подростков, проживающих в социально неадаптированной семье — 2,3%. Среди всех анализируемых эндогенных факторов, достоверно высокие относительные риски возникновения ТБ у детей и подростков были получены: в случае часто регистрируемых острых респираторных инфекций и хронических заболеваний органов дыхания— 12,6%, при наличии ВИЧ инфекции — 6,8%, сахарного диабета- 1,2%, хронического пиелонефрита— 0,5%, гастрита — 0,4%.

Выводы. Установлено, что наиболее опасными факторами, повышающими риск возникновения активного ТБ у детей и подростков, являются: семейный контакт с пациентом, страдающим ТБ с бактериовыделением, инфицирование микобактериями ТБ в течение длительного времени, проживание в социально неадаптированной семье. Эндогенными факторами с достоверно высоким относительным риском возникновения ТБ у детей и подростков являются часто регистрируемые острые респираторные инфекции, ВИЧ инфекция и сахарный диабет.

МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ДИССЕМНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ

Назирова Кахрамон Нодиржон ўгли

Ташкентский Педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан,
город. Ташкент

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Ташпулатова Ф.К.

Актуальность. Проблема туберкулеза у ВИЧ инфицированных пациентов является глобальной проблемой современной фтизиатрии. Имеет у этой категории больных особую актуальность приобретает медико социальные факторы, которые негативно оказывают влияние на течение и исход процесса.

Цель: изучение значения медико- социальных факторов у больных детей с диссеминированным туберкулезом и ВИЧ инфекцией.

Материал и методы: Проведен анализ факторов риска развития туберкулеза у 24 детей с диссеминированным туберкулезом легких находящихся на стационарном лечении в клинике центра фтизиатрии и пульмонологии. Среди обследованных были 12 мальчиков (50%) и 12 (50%) девочек в возрасте от 3 до 11 лет.

Результаты: У 19 (79,2%) обследованных детей первоначальным диагнозом был ВИЧ, одновременно ТБ и ВИЧ выявлен у 4 (16,6%). Туберкулез предшествовал только у одного (4,2%) ребенка. ВИЧ выявлен у 18 (75%) детей при диспансеризации, при обращаемости - 6 (25%). Туберкулезный контакт отрицали 22 (91,7%) пациентов. Туберкулезный контакт имели в анамнезе только 2 (8,3%) детей. Установлено проживание 8(33%) детей в асоциальных семьях, низкие материальные условия у 14 (58,3%) обследованных. В 20,8% случаев отмечено злоупотребление родителями алкоголем. У 14(58,3%) детей один из родителей не работал. У 8 (33,3%) детей не работали оба родителя. В 16% случаев отмечено неполная семья. Неудовлетворительные бытовые условия отмечены у 12(50%) детей. При осмотре у 10 (41,7%) отсутствовали поствакцинальные знаки БЦЖ. Диссеминированный туберкулез у детей с ВИЧ инфекцией развивался на фоне выраженного (33%) и тяжелого (64%) иммунодефицита. Клинически часто отмечали наличие лимфаденитов (87,5%), кандидоза полости рта (37,5%), диареи (8,3%).

Вывод: На основании анализа частоты встречаемости медико –социальных факторов риска установлено, что ведущим значением в развитии диссеминированного туберкулеза легких у детей с ВИЧ инфекцией является степень иммунодефицита. Не малое значение имеет социальные факторы риска.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЗГОВЫХ ОБОЛОЧЕК У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ

Кулдашов Ахмаджон Шамсуддинович

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан,
г.Ташкент

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Научный руководитель: д.м.н, доцент Ф.К. Ташпулатова

Актуальность. Увеличение число больных туберкулезом и ВИЧ инфекции отразилось на своеобразное течение туберкулезного процесса особенно при поражении центральной нервной системы, которое затрудняет раннюю диагностику и эффективность терапии у этих категории больных.

Цель: изучить особенности клинического течения туберкулеза мозговых оболочек у пациентов с ВИЧ инфекцией.

Материалы и методы: Комплексно обследовано в ГКТБ г. Ташкента с 2018 по 2020годы - 42 больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ инфекции. Среды обследованных больных мужчины -57,1% и женщины -42,9%, в возрасте от 20 до 58лет.

Обследованные больные распределены на 2 группы: **1-группа** – 27 (64,3) случаев у больные на фоне ВИЧ инфекции получающие антиретровирусной терапии развился туберкулез мозговых оболочек. **2 группа** - у 15 (35,7) случаев при обследовании наряду с туберкулезом мозговых оболочек впервые установлено ВИЧ инфицированность. Среды обследованных больных туберкулез органов дыхания составило 54,8% случаев, внелегочные формы туберкулеза - у 30,9%. Всем больным проводились комплексные обследования; клиничко-неврологические, биохимические, микробиологические, рентгено-томографические (МСКТ, МРТ) - исследование пораженных органов.

Результаты: Основная 1 группа - 27 больных, получавшие комплексное антибактериальную терапию препаратами 1 и 2 ряда, по показаниям лабораторных исследований, патогенетическую, дегидратационную, дезинтоксикационную, стероидную а также пункционную терапии. Следует отметить, что у 10 (37,3) больных из первой группы, при неврологическом обследовании, не отмечена ригидность затылочных мышц (симптом Кернига). В период лечения, из-за высокого ликворного давления приходились частые пункционные манипуляции. При нарастании неврологической картины, для уменьшения внутричерепного давления проводилось оперативное вмешательство - у 2 случаев больных из первой группы - шунтирование по поводу гидроцефалии. При изучении МБТ на ликворе обнаружено - у 9 (33,3) случаев МБТ/RIF.

2 - группа - 15 больных получавшие комплексную антибактериальную терапию 4-5 антибактериальными препаратами, симптоматической, пункционной терапии в постельном режиме в течение 2 месяцев. Результаты изучения клинического течения установлено, что среды 1-группы - у 13 (48,1) больных отмечено клиническое улучшение и выздоровление, а среди 2- группы больных - у 9 (60,0) случаев соответственно. Ухудшение состояние среди обследованных из первой группы больных обусловлено развитием менингоэнцефалита – 9 (33,3) из них - у 6 (22,2) 1-группы, у 3 (20,0) случаев 2-группы, менингоэнцефаломиеелита - у 5 (18,5) -2 (7,4) соответственно случаев, летальность составляла – 9 (33,3) случаев из 1-группы - у 2 (13,3) случаев 2-группы соответственно.

Вывод. Установлено, что при поздней диагностики процесса, не смотря на проведение комплексной терапии при туберкулезе мозговых оболочек у ВИЧ позитивных больных, требуют дальнейших углубленных изучений электроэнцефалографических, эхоэнцефалографических показателей, электромиографических, изучений мышц, а также тесты на ТЛЧ антиретровирусных препаратов, а также усовершенствование методов комплексной терапии.

ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫХ ОЧАГАХ

Сотволдиева И.Н.

Андижанский Государственный медицинский институт

Научный руководитель: Р.А. Хакимова, доцент кафедры фтизиатрии

Актуальность: несмотря на большие достижения в борьбе с туберкулезом- снижение заболеваемости и смертности в 1,5 раза по сравнению с данными показателями в Республиках Центральной Азии, проблема заболеваемости контактных лиц в очагах туберкулеза с сохраненной чувствительностью и особенно с лекарственно устойчивым туберкулезом является актуальной проблемой фтизиатрии, имеющей большое социальное значение. Многочисленные исследования по этой проблеме однозначно указывают на тот факт, что заболеваемость в этих очагах в 6-10 раз превышает общий уровень заболеваемости населения .

Целью исследования явилось: изучение факторов, способствующих заболеванию контактов в лекарственно устойчивых очагах и меры по предупреждению развития туберкулеза у контактных .

Материалы и методы исследования : в разработку включены 109 пациентов с множественной лекарственной устойчивостью. У данных пациентов множественная лекарственная устойчивость выявлена методом ПЦР в реальном времени на аппарате GeneXpertRif.

Результаты исследования и их обсуждение: из 109 пациентов с множественной лекарственной устойчивостью - 96 имели контакт с больными туберкулезом.

По возрасту пациенты распределились следующим образом: лиц женского пола было 41; мужской пол- 55 .Наибольший процент случаев заболевших контактов приходится на возраст от 12 лет и младше, наибольшее число заболевших детей были в возрасте от 5 до 8 лет. Изучение анамнеза данных контактов наиболее часто выявлен контакт с родителями- у 54 пациентов(56,3%). У детей ведущей клинической формой был туберкулез внутригрудных лимфатических узлов - преимущественно инфильтративная и опухолевидная форма, у 4 детей выявлено осложнение в виде экссудативного плеврита. У 16 детей диагностирован первичный туберкулезный комплекс. У 6 пациентов установлен диссеминированный туберкулез и поражение периферических лимфатических узлов.

Изучения методов выявления туберкулеза у контактных детей установило, что основная масса выявлена после появления бронхо- легочной симптоматики, безуспешного лечения в стационаре по поводу воспалительных неспецифических заболеваний бронхов и легких. Всего у 19 контактных лиц после выявления родственников была поставлена проба Манту с 2 ТЕ, при положительных и гиперергических ответных реакциях проведен Диаскин тест, который также дал положительные результаты.

В целях дифференциальной диагностики с неспецифическими заболеваниями бронхо-легочной системы со схожей рентгенологической картиной, при отрицательной пробе Манту у 26 детей и подростков именно Диаскинтест и в последующем исследование мокроты методом ПЦР в реальном времени установил у них лекарственно устойчивый туберкулез.

Выводы: Таким образом, контактные дети и подростки из лекарственно устойчивых очагов диагностируются в процессе дифференциальной диагностики с неспецифическими заболеваниями бронхо- легочной системы. Это диктует необходимость более тщательного обследования контактных лиц из очагов лекарственно устойчивого туберкулеза. Необходимо формировать настороженность врачей общей практики в отношении развития туберкулеза у контактных лиц в очагах с лекарственно устойчивым туберкулезом.

ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Торопова Виктория Алексеевна

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

Кафедра фтизиатрии

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры фтизиатрии СПбГПМУ Васильева Е.Б.

Актуальность. Сочетание туберкулеза и поражение печени различной этиологии является неблагоприятным фактором как в течение заболевания, так и возможности применения полноценного курса химиотерапии, что приводит к более длительным срокам лечения, и в то же время усугубляет токсическое медикаментозное воздействие на печень.

Цель исследования: сравнительный анализ развития ЛИПП у детей с различной патологией печени и без нее на фоне химиотерапии туберкулеза, эффективности проведения гепатотропной терапии в разных группах пациентов.

Материалы и методы. Изучено 83 истории болезни детей, находившихся на лечении в туберкулезном отделении ДИБ №3 г. Санкт-Петербурга. Возраст детей от 6 месяцев до 14 лет. Девочек - 49, мальчиков - 34. Пациенты разделены на 2 группы: 1 группа - 28 детей с туберкулезом и заболеваниями гепатобилиарной системы; 2 группа - 55 детей с туберкулезом без патологии гепатобилиарной системы. Сопутствующая патология у детей 1 группы представлена ДЖВП, болезнью Жильбера, вирусными гепатитами. Всем детям выполнен комплекс клинического, лабораторного обследования. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета анализа данных программы Microsoft Excel 2010. При определении достоверности разности относительных величин применяли χ^2 -критерий Пирсона. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что в первые 2-3 месяца интенсивной фазы химиотерапии туберкулеза регистрировалось повышение показателей ферментативной активности печени (АЛТ, АСТ) у 38,5% детей основной группы и 21,5% пациентов группы сравнения ($p < 0,05$), повышение общего билирубина у 14,5% детей 1 группы, во 2-й группе этот показатель оставался в пределах нормы. Изменения биохимических показателей печени сопровождалось клиническими проявлениями в виде болей и тяжести в правом подреберье, тошноты, рвоты, иктеричности слизистых и кожных покровов (у больных с синдромом Жильбера) на этом сроке терапии в 50% случаев у больных основной группы и у 6% пациентов сравнимой группы ($p < 0,05$). К 5-6 месяцам основного курса лечения выявлялись изменения показателей АЛТ и АСТ у 21, 4% больных 1 группы и 4% пациентов 2-й группы ($p < 0,05$). Повышение общего билирубина регистрировалось только у 11% больных 1 группы. Всем пациентам 1 группы одновременно с химиотерапией проводилась гепатопротекторная терапия двумя препаратами, пациентам 2-й группы – одним гепатопротектором. В процессе исследования установлено, что у детей с подтвержденными ВЭБ, герпетической инфекцией, ЦМВ (4 пациента из детей 2 группы) во всех случаях отмечалось повышение показателей ферментативной активности печени.

Выводы. Повышение показателей ферментативной функции печени в первые месяцы химиотерапии с клиническими проявлениями с большей частотой регистрировалось в группе детей с заболеваниями гепатобилиарной системы по сравнению с детьми сравнимой группы. Дети с подтвержденной ВЭБ-, ЦМВ-, герпетической инфекцией требуют детального изучения, так как наиболее тяжелая форма лекарственно-индуцированного поражения печени зарегистрирована у ребенка с ВЭБ-инфекцией. Проведение интенсивной гепатопротекторной терапии приводит к снижению и стойкой

нормализации биохимических показателей у подавляющего большинства пациентов обеих групп в течение 2 - 6 недель.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ЖИЛИЩНЫХ УСЛОВИЙ НА РАЗВИТИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Шамситдинов Ж.З.

Андижанский Государственный медицинский институт

Научный руководитель: Р.К.Абдуманова, ассистент кафедры фтизиатрии

Актуальность: несмотря на значительное улучшение основных эпидемиологических показателей туберкулеза в Республике Узбекистан, проблема предупреждения возникновения туберкулеза у контактных лиц, особенно у детей, является злободневной и в настоящее время. Многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов заболеваемость детей в очагах в десятки раз превышает эти показатели в целом в популяции, причем более половины из заболевших выявляются в очагах с бактериовыделением. Однако мало источников изучавших влияние условий проживания на возникновение туберкулеза.

Целью исследования явилось: изучить заболевания в очагах туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, проживающих в различных жилищных условиях.

Материалы и методы исследования : в разработку включены 109 пациентов с множественной лекарственной устойчивостью. У данных пациентов множественная лекарственная устойчивость выявлена методом ПЦР в реальном времени на аппарате GeneXpertRif.

Результаты исследования и их обсуждение: из 109 пациентов с множественной лекарственной устойчивостью - 96 имели контакт с больными туберкулезом.

По возрасту пациенты распределились следующим образом: лиц женского пола было 41; мужской пол- 55 . Наибольший процент случаев заболевших контактов приходится на возраст от 12 лет и младше, наибольшее количество детей были в возрасте от 5 до 8 лет. Изучение анамнеза данных контактов наиболее часто выявлен контакт с родителями- у 54 пациентов(56,3%).

Изучение анамнеза жизни пациентов выявило, что 78 (71,6%)- являлись жителями села, у 47(43,1%) - семья была многочисленной, условия жизни, больных, имеющих контакт с родителями - были оценены как неудовлетворительные: дом малой площадью- у 69 (63,3%) с плохо отапливаемые и освещенными комнатами, 84(77%)- контактных проживали в одной комнате с больным родителем, гигиенические правила соблюдались плохо, изоляция детей из очагов также была низкой.

По клиническим формам у подростков превалировал инфильтративный туберкулез, причем у выявлен распад паренхимы легкого. У детей ведущей клинической формой был туберкулез внутригрудных лимфатических узлов - преимущественно инфильтративная и опухолевидная форма, у 4 детей выявлено осложнение в виде экссудативного плеврита. У 16 детей диагностирован первичный туберкулезный комплекс. У 6 пациентов установлен диссеминированный туберкулез и поражение периферических лимфатических узлов.

Выводы: Таким образом у контактных лиц, проживающих в очагах с лекарственной устойчивостью наиболее часто заболевают дети младше 12 лет, превалируют локальные формы первичного туберкулеза, профилактические мероприятия по изоляции и оздоровлению очагов, госпитализация в санаторий остается очень низким особенно в группе детей 8 лет и младше, выявляются большинство контактов в процессе

дифференциальной диагностики с неспецифическими заболеваниями, по поводу которых дети и подростки неоднократно получают стационарное лечение, что является социально опасным в плане распространения лекарственно- устойчивого туберкулеза. Пик заболевания контактов в очагах приходится на срок год или полтора от момента выявления основного источника.

РЕАКЦИЯ ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА АНТИГЕНЫ ESAT-6 И CFP-10 В КОЖНОМ И ЛАБОРАТОРНОМ ТЕСТАХ

Шорина Анастасия Владимировна
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический
Медицинский Университет», г. Санкт-Петербург, Россия
Кафедра Фтизиатрии

Научный руководитель: д.м.н, профессор, зав. кафедрой фтизиатрии Лозовская М.Э.

Актуальность. С 2015 г. в Российской Федерации для обследования на туберкулезную инфекцию детей применяется внутрикожная проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР или Диаскинтест), содержащим антигены микобактерий ESAT-6 CFP-10. На этих же антигенах основан тест *in vitro* QuantiFERON-тест (QFT).

Цель исследования: Сравнительный анализ результатов применения тестов АТР и QFT для определения особенностей реагирования иммунной системы ребенка *in vivo* и *in vitro*. Материалы и методы. В исследование включены 199 детей (100 мальчиков, 99 девочек) в возрасте от 6 мес. до 14 лет, разделенных на три группы: I группа: с латентной туберкулезной инфекцией (ЛТИ) – 78, II группа: больные туберкулезом – 88, III группа: с впервые выявленными кальцинатами – 33. Все дети прошли комплексное фтизиатрическое обследование, включающее компьютерную томографию органов грудной полости. Пробы с АТР и QFT проводились до начала химиотерапии с интервалом не более 1 недели, причем QFT выполнялся первым. Полученные данные обрабатывались при помощи лицензионной программы Statistica 6.1.

Результаты. Положительные результаты пробы с АТР отмечались в целом у 163 детей (82,0%), в I группе у 74 (94,9%), во II группе у 72 (81,7%), в III группе у 17 (51,5%). Положительные результаты QFT отмечались у 152 детей (76,4%), в I группе 66 (84,6%), во II группе 71 (80,6%), в III группе 15 (45,7%). Сопоставление результатов пробы с АТР и QFT выявило их совпадение у 164 детей (82,4%): оба теста положительные были у – 140 (70,4%), оба отрицательных – у 24 (12,0%). Разнонаправленные тесты были у 35 детей (17,6%). Среди 35 детей с противоположными результатами двух тестов в большинстве случаев положительный тест с АТР сочетался с отрицательным QFT - 23 (11,6%): в I группе (ЛТИ) отличия между вариантами расхождения тестов были статистически значимы ($\chi^2=5,2$, $p<0,02$). Еще у 12-ти (6%) детей при отрицательной пробе с АТР наблюдался положительный QFT. Корреляция между уровнями проб с АТР и QFT в их количественных значениях отсутствовала ($r=0,15$). Анализ возможных причин расхождения результатов пробы с АТР и QFT показал следующее: детей до 3х лет среди пациентов с разнонаправленными результатами было 14/35 (40%), с двумя положительными – 25/140 (17,8%; $\chi^2=8,5$, $p<0,003$). Сопутствующая патология у детей с двумя положительными реакциями: аллергические заболевания – 27 (19,2%), ЛОР-патология 19 (13,5%), гельминтозы – 42 (30,0%), неврологическая патология – 5 (3,5%), ВИЧ – 1 (0,7%), другие заболевания – в единичных случаях. У детей с разнонаправленными результатами: аллергические заболевания – 13 (37,1%; $\chi^2=5,7$, $p<0,05$), ЛОР-патология – 1 (2,8%), гельминтозы – 7 (20,0%), неврологическая патология – 2 (5,7%), ВИЧ – 4 (11,4%; $\chi^2= 9,5$, $p<0,002$). Сроки инфицирования рассмотрены у детей с ЛТИ (78 человек). Ранний период первичной туберкулезной инфекции имел место у детей с разнонаправленными пробами

АТР и QFT в 8 случаях из 16 (50,0%) и у пациентов с положительными результатами обоих тестов в 14 случаях из 140 (10,0% $\chi^2=26,6$; $p<0,001$).

Выводы. У детей с различными вариантами туберкулезной инфекции результаты проб с АТР и QFT совпадают в большинстве случаев (82,4%). Среди разнонаправленных результатов преобладает вариант АТР-положительный/QFT-отрицательный, особенно в группе с ЛТИ, где он составляет 15,4% ($p<0,05$). Наиболее вероятная причина расхождения тестов *in vitro* и *in vivo* состоит в выраженности специфического иммунитета и в стадиях развития туберкулезной инфекции.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ

Фаттахов Рафкат Акрамович

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Научный руководитель: д.м.н, доцент Ф.К. Ташпулатова

Актуальность: Одним из отрицательным факторов в развитии и тяжелого течения туберкулеза легких является курения табака, никотина. Табачный дым увеличивает риск инфицирования микобактериями туберкулёза (МБТ) из-за изменений реснитчатого эпителия слизистой оболочки дыхательных путей, снижения фагоцитарной активности альвеолярных макрофагов, угнетения цитотоксической активности естественных клеток-киллеров, дендритных клеток. Компоненты табачного дыма оказывают влияние и на *Mycobacterium tuberculosis*: имеются данные об увеличении жизнеспособности и ускоренном формировании лекарственной устойчивости (ЛУ) в экспериментальных субкультурах [1,3].

Цель: изучить особенности клинического течения ТБ на фоне табакокурения.

Материал и методы. Обследовано 120 больных туберкулезом легких (ТБ) находившихся на стационарном лечении в терапевтических отделениях центра и филиала фтизиатрии и пульмонологии г. Ташкента в 2017-2019гг. Больные были распределены на две группы: I группа 80 больных ТБ, курящие, II группа 40 больных ТБ, не курящие. У всех больных определялся статус курения (число выкуриваемых в день сигарет, длительность ТК, степень никотиновой зависимости (НЗ) по тесту Фагерстрёма. Для определения индекса Тиффно была проведена пикфлоуметрия.

Результаты. Изучение анамнеза показало, что больные с ТБ начинали курить в подростковом возрасте до 16 лет (54,2%) ,31, 4% приобщились к курению в возрасте от 16 до 18 лет, и только в 14,3% случаев начали курить после 19 лет. Как можно отметить больные ТБ выкуривали в среднем 10 сигарет в день (от 5 до 15 сигарет в день), при этом женщины курили в среднем 3, а мужчины – 15 сигареты в сутки. Степень НЗ была 4 балла (6,5±0,3 у мужчин и 3,2±0,4 у женщин), высокая степень НЗ определялась в 67% случаев. Среди больных ТБ в обеих группах достоверно часто встречались лица мужского пола (71,4%). Среди больных курящих достоверно чаще больные с встречались фиброзно-кавернозным и кавернозным туберкулезом (40% и 25,7% соответственно). Выраженная интоксикация установлено, у больных 1 группы 50% в тоже время во 2 группе только 30%. Респираторные симптомы были в 2 раза выраженные больше в группе больных ТБ курящих по сравнению с контрольной (81,5% и 55% соответственно). Рентгенологические у больных первой группы установлено, что в 40± 5,8% случаев имело место тотальное поражение легкого, в то же время во второй группе только 25% случаев. Анализ микробиологических

исследований показывает, что среди больных 1 группы выделения МБТ встречается чаще (42,85%), чем у больных 2 группы (28%). Необходимо отметить, что лекарственная устойчивость к химиопрепаратам отмечено достоверно чаще у больных на фоне табакокурения (31,4% и 4%). При проведении опросника по тесту Фагерстрема установлено, что у больных относящихся к 1 группе данный показатель оказался от 6 до 10 баллов. Индекс Тиффно у больных 1 группы составил 40-45%. У больных из 2 группы индекс Тиффно составил более 50%.

Заключение. Таким образом табакокурения отрицательно влияет на течение туберкулеза легких, симптомы интоксикации более выражены, респираторные симптомы сохраняются дольше, тотальное поражения легких встечается чаще выявляется чаще.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА

Фаттахов Рафкат Акрамович, Кулдашов Ахмаджон Шамсуддинович

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г.

Ташкент

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Научный руководитель: д.м.н, доцент Ф.К. Ташпулатова

Актуальность. Туберкулез ЦНС, особенно туберкулёзный менингит (ТМ) сегодня, как и в прошлые времена, является одним из наиболее трудно диагностируемых заболеваний. Современное его выявление (в срок 10-12 дней) наблюдается лишь у 20-30% больных, что объясняется многообразием его клинических и морфологических проявлений.

Проблема туберкулезного менингита - это проблема поздней диагностики и, как следствие, несвоевременно назначенной терапии, что приводит к неблагоприятным исходам в виде инвалидизации или смерти больных.

Выявление факторов риска развития ТМ является актуальной проблемой фтизиатрии, так как определение факторов риска позволяет заранее выявить группу больных предрасположенных к развитию туберкулезного менингита.

Цель: оценить значения факторов риска развития туберкулезного менингита (ТМ).

Материал и методы исследования. Обследовано 58 больных, поступивших в клинику Республиканского специализированного научно практического центра фтизиатрии с диагнозом ТМ в период 2001 по 2018гг. Всем больным наряду с клиническими наблюдениями проводили комплексное клиничко –лабораторные исследования.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных было 31 (53,4±6,4%) мужчин и 27 (46,6±6,4%) женщин. Среди больных преобладали больные в возрасте 21 – 30 лет (46,6±6,4%). Среди больных с активным легочным туберкулезом преобладал диссеминированный туберкулез легких 27(73±5,7%). У 44 больных были изучены факторы, способствующие развитию ТМ. Статистически обработаны анамнестические, субъективные, объективные, лабораторные данные. Больные были разделены на две группы: 1-я группы – 22 больных, у которых на фоне комплексного лечения наблюдалось развитие ТМ; 2-я группа – 20 больных, у которых процесс характеризовался отсутствием ТМ. При математической обработке методом наибольшего правдоподобия была рассчитана вероятность появления того или иного фактора при ТМ, для каждого из них определены коэффициенты отношения правдоподобия – коэффициент риска (КР) развития ТМ. Прогностически значимыми оказались такие факторы, как низкая эффективность предыдущего лечения- КР составляет 2,5, то есть в 2,5 раза увеличивает риск развития

ТМ, наличия черепно- мозговой травмы в анамнезе (КР-13), перенесенный туберкулез в детстве (КР-3), наличия диссеминированного туберкулеза легких (КР-7,13)5), наличие внелегочного туберкулеза легких (КР- наличия сопутствующих заболеваний ВИЧ (КР – 5), наличие лимфопении (КР – 2,3), повышение СОЭ более 40 мм/ч (КР – 2,5), возраст от 30 до 40 лет (КР – 4,0), мужской пол (КР – 1,2). На основании математического анализа создан алгоритм риска развития туберкулезного менингита, использования которого дает возможность практическому врачу выявить группу больных имеющих высокий риск развития туберкулезного менингита.

Заключение. Таким образом, больные с диссеминированным ТБ и наличием внелегочного ТБ, черепно- мозговой травмой в анамнезе имеют высокий риск развития менингита и требуют наблюдения.

ФАКТОРЫ РИСКА И ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ С КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

**Худайбергенова Азиза Шухратовна, Холикулова Хилола Олмос кизи
Ташкентский Педиатрический медицинский институт, Республика
Узбекистан, город Ташкент
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Научный руководитель: д.м.н ,доцент Ташпулатова Ф.К.**

Актуальность. Одной из тяжелых проявлений туберкулеза является казеозная пневмония (КП), частота которой в современных условиях нарастает. Казеозная пневмония характеризуется тяжелым течением и высоким показателем летальности. В развитии казеозной пневмонии большую роль играют факторы риска.

Цель: изучить значение факторов риска в течении и исходе казеозной пневмонии.

Материал и методы: Изучены медико-социальные факторы у 80 больных КП, в возрасте от 12 до 74 лет. Мужчин было 43 (53,7%), женщин 37 (46,2%).

Результаты: При изучении возрастно-полового состава установлено, что КП почти одинаково встречались у мужчин и женщин. В возрасте $31,4 \pm 5,24$ года, т.е. в основном трудоспособном возрасте . 24,7 % больные в прошлом находились в местах лишения свободы. Из анамнеза выяснено что 14 (17,5%) пациентов были в контакте с больными, которые в прошлом находились в пенитенциарных учреждениях . Низкий социальной образ жизни установлено у 24 (30%) больных. Существенное влияние на исходы КП оказывало несвоевременное выявление процесса что имело место в 28,7% случаях. Сопутствующая патология обнаружен у 34 (42,5%) больных, превалирует сахарный диабет у 44%, заболевания ЖКТ у 29,4%, СПИД у 20,5%, из них анемия 5,8%, онкологические заболевание у 5,2%. У всех больных при анализе мокроты обнаружены МБТ, причем у 85% пациентов устойчивые штаммы МБТ. 41% больные негативно относились к лечению не посещали в туберкулезный диспансер, самовольно прекращали лечение, беспорядочно принимали АБП, после чего у них развивалась полирезистентная форма МБТ. Одностороннее поражение легких обнаружено у 22 (27,5%), двухсторонние у 58 (72,5%) больных.

Выводы: социальными факторами, влияющими на неблагоприятный исход, КП являются: нахождение в местах лишения свободы, молодой репродуктивный возраст, низкий санитарно культурный образ жизни; из медицинских факторов особое значение имеет несвоевременное выявления туберкулеза, наличие сопутствующих заболеваний,

негативное отношение больного к лечению и развитие полирезистентных форм туберкулеза.

ДИНАМИКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Худайбергенова Азиза Шухратовна, Турсункулова Хилола Олмлс кизи
Ташкентский Педиатрический медицинский институт,
Республика Узбекистан, город. Ташкент
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Научный руководитель: д.м.н., доцент Ташпулатова Ф.К.

Актуальность. Среди сопутствующей патологии у больных туберкулезом особое место занимает анемии, которые могут развиваться за счет интоксикации, легочного кровотечения. Анемия усугубляет течение специфического процесса и ухудшает прогноз заболевания.

Цель: оценить эффективность и переносимость препарата космофер при инфузии у больных с туберкулезом. Препарат космофер – низкомолекулярный декстран железа (III), восполняет возникший дефицит железа, стимулирует эритропоэз, положительно влияет на качество эритроцитов и приводит к увеличению уровня гемоглобина

Материал и методы: Обследовано 26 больных с туберкулезом с явлениями железодефицитной анемии (ЖДА). Возраст больных составлял от 17 до 53 лет. Препарат космофер назначали по схеме: тотальная доза инфузии (TDI): 1000-3000мг однократно или в 2 приема интервалами в 2-3 раза.

Результаты: Динамические наблюдения показали, что под влиянием космофера отмечено достоверное увеличение гемоглобина (Hb) с $83,2 \pm 1,46$ до $142 \pm 0,53$ г/л, числа эритроцитов с $3,30 \pm 0,17$ до $4,55 \pm 0,09$ млн/мм³, уровень общего железа с $11,7 \pm 0,37$ до $22,06 \pm 0,17$ мкмоль/л. Трансферрин сыворотки повысился с $39,7 \pm 3,34$ до $65,8 \pm 0,51$ ммоль/л. Улучшение лабораторных показателей коррелировал с положительной динамикой клинических признаков ЖДА- уменьшения слабости, анемии, сухости кожи, головокружения, сердцебиения. Также отмечено значительное улучшение состояния больных: уменьшение симптомов интоксикации и респираторных симптомов, хорошая переносимость химиотерапии.

Вывод: Доказана эффективность тотальной инфузии препарата космофер в лечении ЖДА у больных туберкулезом, что положительно влияет на динамику специфического процесса.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛАПАРОСОКПИИ В ДИАГНОСТИКИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА.

Худайбердиева Мадина Жаббаровна

Андижанский Государственный медицинский институт

Научный руководитель: Р.А. Хакимова, доцент кафедры фтизиатрии

Актуальность: диагностика абдоминального туберкулеза является одной из сложной проблем научной и практической фтизиатрии. Поскольку абдоминальный туберкулез не имеет патогномичных симптомов, то такие пациенты лечатся у различных специалистов, а нередко попадают на операционный стол с диагнозом «острый живот» и только во время операции после гистологического исследования ставится диагноз : абдоминальный туберкулез. Наиболее частой формой абдоминального туберкулеза является туберкулезный мезаденит.

Цель исследования: информативность малоинвазивного метода лапароскопии в установлении этиологии мезаденита и других форм абдоминального туберкулеза.

Материалы и методы исследования : в исследование включены 53 пациентов, переведенных из различных стационаров, где пациенты получали лечение.

Результаты исследования и их обсуждение: в нашем наблюдении из 53 пациентов мужчин было 34, в возрасте до 30 лет – 40, преобладали жители села. Из 53 пациентов из терапевтических отделений на стационарное лечение переведено 16, из онкологического диспансера 8, остальные 29 переведены из хирургических отделений. 29 пациентам из хирургических отделений проведена лапароскопия 20 пациентам, 9 лапаротомия. Диагностическая лапаротомия проведена по поводу «острого живота», когда невозможно было установить причину. В процессе операции обнаружено увеличение мезентериальных лимфатических узлов, у 3 пациентов имелся выпот в брюшную полость. Исследование биоптата гистологически у всех 9 пациентов – выявлены характерные морфологические изменения. Всем 53 пациентам проводилась туберкулинодиагностика- проба Манту 2 ТЕ, Диаскинтест. Результаты пробы Манту: отрицательная у 12 пациентов, у 13 сомнительная у 28 сомнительная. Всем пациентам проведен Диаскинтест результаты были следующими: если проба Манту была отрицательной у 12 пациентов, то Диаскинтест дал положительный результат у 8, у 4 пациентов гипергический результат. Это свидетельствует о том, что Диаскинтест у пациентов с абдоминальным туберкулезом более информативный, чем проба Манту. Причиной проведения лапароскопии : 25 больных подозревали кишечную непроходимость, у 11 перитонит неясной этиологии, 9 клиника острого живота, 8 опухоли брюшной полости. У 13 пациентов, у которых выявлен асцит, полученную жидкость исследовали методом бактериоскопии (у всех результат был отрицательным), в то время как исследование методом ПЦР в реальном времени у 8 пациентов результат был положительным, а 1 пациента выявлена лекарственная устойчивость к препаратам первого ряда. При исследовании легких у 10 пациентов – обнаружен и легочной процесс , превалировал инфильтративный туберкулез.

Выводы: У пациентов с патологией органов брюшной полости, получающих лечение в терапевтических и особенно хирургических отделениях при наличии болей в брюшной полости в целях диагностики и выявления этиологии необходимо проведение диагностической лапароскопии с последующим исследованием асцита методом ПЦР и постановкой Диаскинтест.

**АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ
ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ
У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ**

Якубов Дониёр Якубжон ўғли

Андижанский Государственный медицинский институт

Научный руководитель: Ш.Ю. Орипов, ассистент кафедры фтизиатрии

Актуальность проблемы. ВИЧ-инфекция – самый важный фактор риска развития туберкулеза. По данным Всемирной Организации Здравоохранения более 42 млн людей на планете живут сегодня с вирусом иммунодефицита человека, и каждый день эта цифра увеличивается еще на 14000-15000. Более 16 млн из этих людей больны туберкулезом. Около 95% больных двойной инфекцией являются жителями развивающихся стран. В странах с высокой инфицированностью населения ВИЧ у 30-50% больных ВИЧ-инфекцией развивается туберкулез и при этом резко растет смертность от заболевания, достигая 90%.

Цель исследования: Изучение информативности различных методов диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов у ВИЧ- инфицированных детей.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы 170 истории болезни ВИЧ-инфицированных детей, с лимфаденопатией.

Результаты исследования и их обсуждение. Объективное исследование выявило генерализованную аденопатию (внутригрудные, под челюстные, шейные, над и подключичные, подмышечные, паховые лимфоузлы) у 116 детей; изолированно только шейные и внутригрудные у 15, внутригрудные и подмышечные у 9, сочетанные шейные, подмышечные и внутригрудные – у 5. У 67 больных проводилась биопсия увеличенных лимфатических узлов, и у 61 больного гистологически установлен диагноз туберкулез периферических лимфатических узлов. ВИЧ- инфицированным с лимфаденопатиями также проведен иммуноферментный анализ с туберкулезным антигеном ИФА диагностика с туберкулезным антигеном в разведениях 1:100, но и 1:25; 1:10, подсчет CD- 4 лимфоцитов. Данное исследование в комплексе с другими методами позволило у 25 пациентов исключить туберкулезную природу увеличенных лимфоузлов. У ВИЧ- инфицированных при CD- 4 более 500, общие симптомы патологии отсутствовали, поводом обращения к врачам служило только значительное увеличение лимфатических узлов. У ВИЧ-инфицированных при CD- 4 равное 200 и ниже отмечалось не только увеличение периферических лимфатических узлов, но и клинические симптомы, такие как, повышение температуры тела, раздражительность, вялость, снижение аппетита, кроме того лимфатические узлы у некоторых больных были увеличены значительно и у 6 из них наблюдалось абсцедирование, а также увелечение печени и селезенки, т.е. отмечалось начало проявления СПИДа.

Выводы. Алгоритм дифференциальной диагностике строится на основании тщательного сбора анамнеза, клиники, стандартных схем обследования, а также биопсии и иммуноферментного анализа с туберкулезным антигеном в 3-х разведениях и подсчет CD- 4 лимфоцитов в комплексе позволяет подтвердить или исключить туберкулезную этиологию лимфаденопатии.

VI. ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

HYPOVITAMINOSIS D - A RISK FACTOR FOR OBSTRUCTIVE BRONCHITIS RECURRENCES IN CHILDREN

**Khasanova Guzaliya Marsovna,
Kayumova Maftuna Hasan Kizi**

**Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent city
Scientific adviser: Doctor of Medical Sciences, Professor Agzamova Sh.A.**

Relevance. Respiratory pathology, including obstructive bronchitis in young children, remains one of the urgent problems of modern pediatrics. It is known that acute lower respiratory tract infections are one of the leading causes of child mortality in the world, accounting for about 1.4 million deaths annually in children under 5 years of age. The prevalence of acute obstructive bronchitis, according to various sources, is 25-30%, while in 30-50% of cases the disease has a recurrent course. A family or individual history of allergy and eosinophilia are well-studied risk factors for recurrent episodes of broncho-obstructive syndrome. At the same time, the role of vitamin D is being actively studied today, as well as the importance of its deficiency in the tendency to recurrent respiratory infections.

Purpose of the study: to study the level of vitamin D supply in young children prone to recurrent obstructive bronchitis.

Materials and methods. We examined 120 children aged 6 months to 3 years with a diagnosis of acute obstructive bronchitis, among them group I consisted of 60 children with episodic obstructive bronchitis (less than 3 episodes during the previous year) and group II - 60 children with recurrent obstructive bronchitis (3 or more episodes during the previous year). All children underwent clinical and anamnestic examination, laboratory tests (determination of the concentration of 25-hydroxyvitamin-D (25 (OH) D) in the blood serum by the electrochemiluminescence method). When analyzing the provision of children with vitamin D at a concentration of 25 (OH) D, the following criteria recommended by the National Program of the Russian Federation for vitamin D provision were taken into account: an adequate level of vitamin D - more than 30 ng / ml (75 nmol / l); insufficiency — 21-30 ng / ml (51-75 nmol / l); deficiency - less than 20 ng / ml (50 nmol / l); severe deficiency - less than 10 ng / ml (less than 25 nmol / l). When analyzing the data obtained, nonparametric statistical tests were used. The difference between the indicators was considered significant at $p < 0.001$). To determine risk factors, we calculated the relative risk (RR), 95% confidence interval (95% CI) and p-value

Results. We found that in children with recurrent obstructive bronchitis, the mean serum 25 (OH) D content was significantly lower than in patients with episodic obstructive bronchitis (13.68 [7.96; 19.51] ng / ml and 33, 0 [28.19; 41.97] ng / ml, respectively, $p < 0.001$). In 75% of cases in group II, the level of vitamin D supply corresponded to the deficiency criteria (the level of 25 (OH) D in the blood serum is below 20 ng / ml) compared with group I, where this indicator was 6.6% ($\chi^2 = 57.98$, $p < 0.001$). Calculation of the relative risk indicators showed that the risk of recurrent obstructive bronchitis in children during the first three years of life increases several times in the presence of 25 (OH) D deficiency in the blood serum (RR = 4.347; 95% CI 2.752-6.866; $p < 0.001$).

Findings. Vitamin D deficiency can be considered a predictor of recurrent obstructive bronchitis in young children.

БОЛАЛАРДА ОБСТРУКТИВ БРОНХИТНИНГ КЕЧИШИ

Абдуллаева Азиза Шовкат қизи
Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон
Республикаси, Тошкент шаҳри
Амбулатория тиббиёти, жисмоний тарбия кафедраси
Илмий раҳбар: асс. Шайхова М. И.

Долзарблиги. Бронхитлар болалар ўртасида кенг тарқалган касаллик бўлиб, педиатрлар амалиётида доимо учраб туради. Обструктив бронхитлар ўткир бронхитларнинг кўп учрайдиган шакли бўлиб, барча бронхитларнинг 20-25% ини ташкил қилади. Обструктив бронхит эрта ёшдаги болаларда, бошқа ёшдаги болаларга нисбатан, кўпинча респиратор инфекция фонида ривожланади. Эрта ёшда бошланган бронхитларни ўз вақтида тўлиқ даволамаслик кейинчалик бронхитларнинг оғир кечишига, сурункали давом этишига олиб келади ва бу патология катта ёшда меҳнатга лаёқатсизлик ва ногиронликнинг сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади. Шу боисдан нафас йўлларида обструктив бузилишларга олиб келувчи касалликни эрта ташхислаш жуда муҳим.

Тадқиқот мақсади: Эрта ёшдаги болаларда обструктив бронхитнинг кечиши ва қайталанишини ўрганиш.

Материаллари ва усуллари. Обструктив бронхитнинг кечишини ўрганиш мақсадида обструктив бронхит билан оғриган 1,5 ёшдан 3 ёшгача бўлган 14 нафар болаларнинг касаллик тарихи ўрганилди. Бир йил давомида камида 3 марта ўткир обструктив бронхитнинг эпизодлари кузатилганида қайталанувчи обструктив бронхит ташхиси қўйилган. Болаларнинг оналарида ҳомиладорликнинг ва туғруқнинг кечиши, ҳамда болаларнинг овқатланиш тартиби таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Шу нарса маълум бўлдики, қайталанувчи обструктив бронхит ташхиси 4 (28,5%) нафар болаларда 1 ёшгача, 6 (42,8%) нафар болаларда 2 ёшгача, 4 (28,5%) нафар болаларда 2 ёшдан катта болаларда қўйилган. Обструктив синдромнинг енгил кечиши 10 (71,4%) нафар болада, 4 (28,5%) нафар болада ўрта оғир кечиши кузатилган. Ҳомиладорлик ва туғруқнинг кечиши таҳлил қилинганида 6 (42,8%) нафар болаларнинг оналари ҳомиладорлик вақтида ўткир инфекция касалликлар билан оғриганлиги аниқланди. Шунингдек болаларнинг овқатланиш тартиби ўрганилганда олти нафар болалар эрта сунъий овқатлантиришга ўтказилган: 2 (14,2%) нафар болалар 1 ойликкача, тўрт нафар болалар 3 ойликкача ва фақат 8 (57,1%) нафар болалар 6 ойликкача кўкрак сути билан эмизиб боқилганлиги маълум бўлди.

13 нафар болаларда қайталанувчи обструктив бронхит ўткир респиратор, вирусли-бактериал инфекциялар фонида ривожланган: олти нафар болаларда ўткир ринофарингит, бир болада – ўткир пневмония, яна олти нафар болаларда - ўткир ўрта қулоқ отити ва ўткир ринофарингит ривожланган. 3 (21,4%) нафар болаларда ноинфекцион йўлдош патологиялар орасидан марказий асаб тизимининг перинатал шикастланиши кузатилган. Тўрт нафар болада рахит белгилари аниқланган. Атопик анамнез ва аллергия касалликларга мойиллиги бўлган қайталанувчи обструктив билан оғриган болалар бронхиал астма ривожланиши бўйича хавф гуруҳига киритилган.

Хулоса. Шуни хулоса қилиб айтиш мумкинки, болаларда обструктив бронхит ўткир респиратор инфекциялар фонида ривожланади; тез-тез инфекция касалликлар билан касалланиш, оғир преморбид фон мавжудлиги, сунъий овқатлантиришга эрта ўтказиш обструктив бронхитнинг ривожланиши ва қайталанишига олиб келувчи хавф омиллари бўлиб ҳисобланади. Болаларнинг обструктив бронхит билан касалланмаслигини олдини олиш учун ўткир респиратор инфекциялар билан оғриган болаларни ўз вақтида тўғри даволаш, шу билан бир вақтда болалардаги сурункали инфекция ўчоқларини ўз вақтида санация қилишни талаб этади.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Бекмурадова Адиба Ёкубжон кизи
Андижанский Государственный Медицинский Институт г Андижан
Научный руководитель к.м.н., доцент Инакова Б.Б.

Цель и задачи исследования. Основной целью настоящей работы явилось изучение клиники детей болевших короновирусом. В связи с этим, при выборе методов исследование было отдано предпочтение тем, которые прошли многолетние экспериментальные проверки, и широко применяются во многих клиниках нашего государства и стран СНГ.

Материал и методы исследования.

На основании клинического осмотра, эпидемиологического анамнеза и данных лабораторных исследований и инструментальной диагностики, КТ легких, УЗИ (если нет - рентгенографии грудной клетки), ЭКГ.

Больные с подозрением на COVID-19 были госпитализированы, проведена полная оценка состояния, экстренная сортировка на основании жалоб, эпидемиологического анамнеза, физикального обследования, лабораторной диагностики.

Результаты и обсуждение. Нами было зарегистрировано 40 823 больных, из них 3932 ребенка, в возрасте от 0-до 17 лет, что составляет 9,6%. Численность заболевших в разрезе возраста: дети до 1 года жизни, до 3 лет 17,4%, от 3 – до 6 лет 23,8%, от 7 – до 17 лет, 4,1%. До сентября 2020 года ни одного случая со смертельным исходом (официальная статистика МзРуз) не отмечено. С 17 сентября 2020 года зафиксирована одна смерть ребенка 11 лет. Дети поступили с лихорадкой до 40°C, различными сыпями, отеками, конъюнктивитом, болями в конечностях и выраженными гастроинтестинальными симптомами, быстро приводившими к вазоплегическому шоку, требовавшие проведения реанимационных мероприятий (применения норадреналина и милринона). Несмотря на отсутствие респираторной симптоматики, 7 из 8 детей потребовали ИВЛ для кардиоваскулярной стабилизации. Из других проявлений отмечался перикардит, плеврит, асцит (признаки системного воспаления), повышение уровней СРБ, прокальцитонина, ферритина, триглицеридов и D-димера. Интересную калькуляцию представил F.P. Wilson из Йельского университета. Зная невероятно низкую заболеваемость в популяции детей COVID-19, он сделал следующий расчет: из 100 000 детей, которые могут инфицироваться SARS-CoV-2, теоретически госпитализация потребуется примерно 5% (5 000). Среди них может быть 733 случая мультисистемного воспалительного синдрома (Кавасаки-подобного синдрома), среди которых, возможно будет 20 летальных исходов. То есть летальность от COVID-19 у детей по прежнему оценивается как 0,02%. При данном синдроме в отличие от истинной болезни Кавасаки, отсутствует «малиновый» язык, двусторонняя инфицированность конъюнктив, реже бывают сыпи.

Вывод: Дети в возрасте до 16 лет менее восприимчивы к ковид инфекции, заболевание протекает на много легче и смертельный исход отмечается реже.

ЗНАЧЕНИЕ ДИАФРАГМАЛЬНОГО ИНДЕКСА ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Инакова Зебо Таировна
Андижанский Государственный медицинский институт
Научный руководитель: доцент Нуритдинова Г.Т

Цель исследования. Проведен комплекс клинико-инструментальных исследований: (рентгенологические, неврологические, лабораторные). БОС устанавливали на основе рекомендацией экспертов ВОЗ. Для дифференциации БОС при воспалительных и не воспалительных заболеваниях органов дыхания нами использован рентгенологической индекс диафрагмы – ИД.

Материал и методы исследования. Нами при обследовании 50 детей раннего возраста с признаками БОС у 12 (24%) отмечены те или иные клинико-неврологические признаки поражения спинного мозга на уровне шейного отдела спинного мозга. Они клинически выражались в виде симптома «кукольной головки» (4), симптома щелканья в плечевом суставе (5), симптом «воздушного поцелуя» Тока (2), свисающая рука (2) и «тюленевая лапа» (1).

Результаты исследования и их обсуждение. Нами установлено, что у больных детей с БОС на фоне симптоматики поражения спинного мозга выявлен высокий индекс диафрагмы ($1,57 \pm 0,05$ против $1,1 \pm 0,09$ контрольного, $P < 0,001$), т.е. имел положительное направление, из-за высокого стояния купола диафрагмы – I размер ($3,78 \pm 0,15$ против $2,71 \pm 0,07$ контрольного, $P < 0,001$), при низких значениях степени уплотнения диафрагмы – II размер ($- 1,30 \pm 0,05$ против $- 1,1 \pm 0,07$ контрольного, $P < 0,05$). В отличие от этих детей при «истинном» БОС, обусловленном воспалительным заболеванием органов дыхания, выявлено отрицательное направление индекса диафрагмы ($- 1,26 \pm 0,20$ против $- 1,1 \pm 0,09$ контрольного, $P < 0,001$). Такой сдвиг индекса диафрагмы у них обусловлен уплощением купола диафрагмы - I размер ($1,68 \pm 0,13$ против $2,74 \pm 0,07$ контрольного, $P < 0,001$), при достаточно глубоком раскрытии реберно-диафрагмального синуса ($- 2,40 \pm 0,21$ против $1,1 \pm 0,07$ контрольного, $P < 0,001$). Таким образом, применения индекса диафрагмы в практике врача-педиатра позволяет дифференцировать рентгенологические признаки поражения органов дыхания воспалительного и невоспалительного (натально обусловленного) генеза, что несомненно улучшит их патогенетическую терапию.

Выводы: 1. У детей с обструкцией дыхательных путей часто встречаются отсроченные симптомы поражения шейного отдела спинного мозга и позвоночника. 2. У детей на фоне поражения спинного мозга и позвоночника обструкция дыхательных путей протекает более тяжело, пролонгировано. 3. Индекс диафрагмы является информативным показателем для диагностики обструкции дыхательных путей у детей.

ПРИМЕНЕНИЯ АНАЛЕРГИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ НА ФОНЕ ЭКССУДАТИВНО-КАТАРАЛЬНОГО ДИАТЕЗА.

Инакова Зебо Таировна
Андижанский Государственный медицинский институт
Научный руководитель: доцент Нуритдинова Г.Т.

Целью нашего исследования является определение эффективности применения препарата аналергина в комплексном лечении острых пневмоний у детей с проявлениями ЭКД.

Препарат аналергин – селективный антагонист H₁-гистаминовых рецепторов, имеет высокую антигистаминную активность, нарушает гистаминовую реакцию. Препарат оказывает действие на начальных стадиях аллергических реакций, уменьшает воспалительную экссудацию и зуд слизистых и кожи, устраняет бронхоспазм, уменьшает высвобождение медиаторов аллергии. Обладает выраженным противоаллергическим действием длительного действия, не вызывает сонливости. В отличие от других антигистаминных препаратов (димедрол, диазолин, супрастин и др.) аналергин обладает пролонгированным действием, удобен в применении тем, что назначается 1 раз сутки, при этом эффективность его превышает по сравнению с вышеуказанными препаратами.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 57 детей, госпитализированных в отделение раннего возраста ДОБ №1 г.Андижан с диагнозом: “Очаговая бронхопневмония, острое течение, с сопутствующими проявлениями экссудативно-катарального диатеза, в возрасте от 4-х месяцев до 2-х лет. Из них 25 девочек и 22 мальчика. Дети были разделены на 2 группы. 1-ой группе детей, наряду с комплексным лечением пневмонии, был назначен препарат аналергин в дозе 1/6 табл. 1 раз в сутки в течение 10 дней. 2-ая группа детей получала другие антигистаминные препараты (димедрол, диазолин, супрастин в возрастных дозировках). Контрольную группу составили 15 детей идентичного возраста. Основная часть обследуемых детей были больные со среднетяжелой формой пневмонии (46 детей) и только у 11 детей имело место тяжелое течение болезни. Диагноз устанавливался на основании жалоб на кашель, повышение температуры, одышку, затруднение дыхания с участием вспомогательной мускулатуры (раздувание крыльев носа, втяжение уступчивых мест грудной клетки), мышечная гипотония. Отношение пульса к дыханию составлял 1:2, 1:1,5. Аускультативно у большинства детей отмечались сухие свистящие, жужжащие, мелкопузырчатые звучные и крепитирующие хрипы, приглушение тонов сердца. Печень у большинства детей была увеличена до 4-5 см. Всем детям были проведены клинические, лабораторные и рентгенологические исследования.

Результаты и обсуждение. Все дети находились под тщательным клиническим наблюдением. Больные в сравниваемых группах были идентичными. Следует отметить, что у детей, получавших аналергин, отмечалось более быстрое обратное развитие общеклинических симптомов, умеренное сокращение длительности пероральных хрипов и участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, наблюдалось достоверное уменьшение продолжительности одышки, цианоза носогубного треугольника, влажного кашля и влажных хрипов, что в свою очередь привело к сокращению пребывания больного в стационаре. Анализ лабораторных и рентгенологических показателей выявил достоверное улучшение показателей у детей 1-ой группы, по сравнению с контрольной и группой, получавших общепринятые антигистаминные препараты. Таким образом, включение аналергина в комплекс лечебных мероприятий больных с проявлениями экссудативно-катарального диатеза, приводит к значительному улучшению общего состояния, более раннему исчезновению клинических симптомов болезни и скорейшему выздоровлению.

Выводы: Включение аналергина в комплексную терапию острой пневмонии больных детей с проявлениями ЭКД, способствует значительному улучшению клинико-лабораторных показателей, чем у детей контрольной группы.

РОЛЬ ФИЗИОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Мирджалалова Шахноза Ботир кизи.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Кафедра амбулаторной медицины, физического воспитания
Научный руководитель: ассистент Каримова Д.И.

Актуальность. Важнейших заболеваний детского возраста респираторная патология занимает одно из главных мест. Есть дети, которые значительно чаще других болеют респираторными инфекциями. Они относятся к группе часто и длительно болеющих (ЧБД), составляя 20–25% детского населения. Комплексная реабилитация часто болеющих детей на всех этапах оздоровления (семья, организованный коллектив, поликлиника, санаторий) включает проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний и укрепление здоровья детей, а также лечебных воздействий, способствующих коррекции выявленных патологических отклонений.

Цель исследования: определить эффективность применения физических факторов у часто болеющих детей (ЧБД) с целью профилактики острых респираторных заболеваний.

Материалы и методы. проведение часто болеющим детям в возрасте от 3 до 10 лет сочетанных физиотерапевтических процедур: СУФ (средневолновое ультрафиолетовое излучение) облучение в субэритемных дозах, аэроионотерапии и галотерапии. В исследовании участвовало более 460 детей за период более 2-х лет. Часто и длительно болеющим детям (более 4 эпизодов ОРВИ в год) проводился курс физиотерапевтических процедур. В течение двух недель пациенту ежедневно проводились процедуры СУФ-облучения в субэритемных дозах по замедленной схеме. Курс 7-8 процедур. Аэроионотерапия (лечебное применение отрицательно заряженных ионов воздуха) в дозировке 500 единиц, курсом 8-10 процедур. Галоингаляции, посредством индивидуального галоингалятора, в течение 10 минут, курсом 8-10 процедур.

Результаты исследования. «Часто и длительно болеющие дети» - особая группа детей с частой заболеваемостью острыми респираторными инфекциям вирусного и бактериального происхождения. В зарубежной литературе используется термин «рецидивирующие инфекции респираторного тракта». ЧБД не является диагнозом. Это группа более пристального наблюдения педиатром, целью которого является проведение эффективных способов профилактики и лечения, а также дополнительного обследования с целью исключить серьезные отклонения в состоянии здоровья. Для профилактики респираторных заболеваний у ЧБД используются разнообразные физические факторы, способствующие укреплению защитных сил организма. Было выявлено, что при последующих плановых госпитализациях ЧБД через 6 и/или 12 месяцев после проведенного курса сочетанных физиотерапевтических процедур, родители отмечали, что у детей снизилась частота заболеваемости острыми респираторными заболеваниями (за полгода и год соответственно). Отмечалось более легкое течение заболеваний и сокращение периода самого заболевания.

Выводы. Наши исследования показали, что сочетанные методы физиотерапевтического лечения и профилактики, в частности СУФ-облучение в субэритемных дозах по замедленной схеме, аэроионотерапия и галотерапия, эффективно справляются с этой ролью. Соответственно, могут быть использованы как дополнительные методы немедикаментозной терапии и профилактики респираторных заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

Мирзоян Сирануш Владимировна, Сафарова Нигора Равшановна
I-Педиатрический факультет, 617 группа
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Кафедра амбулаторной медицины, физического воспитания
Научный руководитель: д.м.н., профессор Агзамова Ш.А.

Актуальность. Согласно современным представлениям ожирение - это хроническое, многофакторное заболевание, проявляющееся избыточным развитием жировой ткани, которое при прогрессирующем течении осложняется нарушением функции почти всех органов и систем. Рост распространенности избыточной массы тела (ИЗМТ) и ожирения у детского и взрослого населения многих стран за последние 10 лет составил в среднем 75% и приобрел неинфекционную эпидемию. На сегодняшний день, особую тревогу вызывает рост ожирения среди детского населения. Практически во всем мире количество детей, больных ожирением, удваивается каждые три десятилетия. По всему миру более 42 млн. детей младше 5 лет имеют лишний вес.

Цель исследования. Изучить особенности функции внешнего дыхания у детей школьного возраста с избыточным весом.

Материал и методы исследования. Для достижения цели были отобраны 40 детей с избыточным весом (основная группа) и 11 с нормальным весом (контрольная группа) в возрасте от 7 до 11 лет. Данным детям были проведены исследования кардиореспираторной системы. Оценку функции внешнего дыхания проводили с помощью пикфлоуметрии (л/мин). Результаты исследований обрабатывались методом вариационной статистики. Статистическую обработку фактического материала и графические изображения проводили на ЭВМ с использованием программных средств MS Excel 6,0. Корреляционный анализ проводили по Кэндаллу и вычисления относительного риска (relative risk (RR) - по Кельмансону.

Результаты исследования. У детей с избыточной массой тела наблюдается снижение показателей пикфлоуметрии (у детей в возрасте 7-8 лет: $195,7 \pm 5,4$ и детей контрольной группы $245,5 \pm 6,1$. У детей 9-11 лет, соответственно $235,4 \pm 3,6$ и $290,5 \pm 8,0$), что свидетельствует об условной норме (80-89%) и эти дети нуждаются в динамическом наблюдении. Известно, что организм детей младшей школы находится на границе двух важных периодов развития системы дыхания: 6-7 лет, когда происходит значительное снижение бронхиального сопротивления, что приводит к увеличению объема вдоха и выдоха, и 10-11 лет — периода интенсивного увеличения объемов лёгких. Возраст 7-10 лет характеризуется плавными изменениями морфофункциональных показателей. При этом происходит увеличение резервных и функциональных возможностей системы внешнего дыхания. Прослеживается корреляционная связь с возрастом, чем старше ребенок, тем выраженные отклонения от нормы показателей пикфлоуметрии ($r=0,589$). Установлена обратная корреляционная взаимосвязь показателей пикфлоуметрии и веса тела, ИМТ, которая составила $r=-0,602$ и $r=-0,532$, соответственно.

Выводы. Прослеживается тенденция снижения показателей внешнего дыхания по данным пикфлоуметрии с возрастом: чем старше возраст, тем значительнее нарушения. Снижения показателей внешнего дыхания по данным пикфлоуметрии были отмечены у 40,0% ($n=16$) детей с избыточным весом, что указывает на увеличение риска развития нарушений в респираторной системе на 29,1 (RR) по отношению к контролю. Установлена обратная корреляционная взаимосвязь между показателями пикфлоуметрии и веса тела и ИМТ и положительная – с возрастом.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Содикова Нозима Боходировна

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, город Ташкент

Кафедра детские болезни №2

Научный руководитель: к.м.н., доцент Закирова Умида Иркиновна

Актуальность. Одной из причин перехода рецидивирующих форм бронхитов в хроническую, в частности бронхиальную астму, является незавершенность лечения, отсутствие полноценного восстановительного этапа в процессе выздоровления детей. В эпоху Covid-19 одной из причин создавшегося положения является факт преимущественного применения недоказательной медикаментозной терапии, мало внимания уделяется развитию и внедрению медицинской реабилитации с использованием немедикаментозных методов, эффективность и безопасность которых очевидна. Кинезиотерапия (КТ) является одним из эффективных немедикаментозных методов реабилитации детей с заболеваниями органов дыхания. КТ проводят в период ремиссии заболевания, которая включает общеразвивающую дыхательную утреннюю гимнастику на воздухе (или проветренном помещении) ежедневно, 2-3 раза в неделю ЛФК в виде несложных атлетических и различных игровых видов спорта. В эпоху Covid-19 нами проведено наблюдение детей с рецидивирующей бронхиальной обструкцией (РБО), перенесших коронавирусную инфекцию.

Цель исследования: определение эффективности кинезиотерапии в реабилитации детей с РБО, протекающий с синдромом бронхиальной обструкции, которые перенесли коронавирусную инфекцию методом определения показателей функции внешнего дыхания (ФВД).

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования явились 46 детей в возрасте от 7 до 14 лет, поступивших на стационарное лечение с диагнозом обструктивный бронхит, рецидивирующее течение, которые перенесли легкую форму коронавирусной инфекции. Для исследования нарушений функции внешнего дыхания (ФВД) проведена спирометрия с помощью спирометра «СПИРО-СПЕКТР» исходно на 1-2 день пребывания в стационаре. Все дети в данном исследовании болели COVID-19 в легкой (26,0%) и умеренной (73,9%) форме. У пациентов отмечали симптомы COVID-19, сопровождающиеся повышением температуры тела, сухим кашлем и утомляемостью. Большинство заболевших COVID-19 (78,3 %) выздоравливали спонтанно без необходимости в госпитализации.

Результаты исследования. Результаты анализа показали, что в группе исследуемых детей с РБО отмечалось нарушение ФВД, которое проявлялось снижением ниже 80% от должного: ОФВ₁, максимальных объемных скоростей, соотношения ОФВ₁/ФЖЕЛ. При этом умеренные нарушения МОС₅₀ и МОС₂₅ определены у 33 (71,7%) детей с РБО. По показателям умеренные нарушения МВЛ отмечались у 16 (34,8)%, ФЖЕЛ и ПОС у 1/3 больных с РБО. Умеренные нарушения бронхиальной проходимости, т.е. снижение индекса Тиффно (ИТ) до 55%, наблюдалось у 12 (16,6 %). Более высокие нарушения бронхиальной проходимости, т.е. снижение ИТ от 54 до 40%, отмечалось у 7 (15,2%) больных. Умеренные показатели МОС₇₅ у детей с РБО - соответственно у 12 (26,0%) обследуемых. Нами проведен эксперимент для определения эффективности КТ в реабилитации детей с РБО. После проведения эффективной реабилитации с включением КТ, отмечается постепенное восстановление ФВД. Так, ЖЕЛ с 76,4 % достигла 98,7 % ($p < 0,05$), ФЖЕЛ с 51,4 % до 82,3 % ($p < 0,001$), ОФВ₁ с 52,3 % до 93,1 % ($p < 0,001$), ИТ с 64,5 % до 89,4 % ($p < 0,001$). Показатели пиковой объемной скорости выдоха (ПОС) увеличились с 48,8 % до 75,6 % ($p < 0,001$), МОС₇₅ с 61,2 % до 80,3% ($p < 0,001$) и МВЛ в среднем с 23,6л до 42,1 л ($p < 0,05$).

Выводы. Спирометрия показала, что для детей с РБО, которые перенесли коронавирусную инфекцию, наибольшее количество случаев принадлежало обструктивному типу вентиляционных нарушений. Сравнительный анализ спирометрических показателей у детей с РБ до и после КТ показал эффективность метода комплексной ранней реабилитации с включением специальных дыхательных упражнений. Отмечали снижение частоты РБО и длительности обострений, урежение числа госпитализаций, снижение дозы и отмен применяемых препаратов в период ремиссии и частота заболеваемости ОРВИ в течение последующих лет резко снизилась.

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ШКОЛА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ

Умерова Хатидже Умеровна, Усенов Нуркен Мейрбекович
I-Педиатрический факультет, 617 группа
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Кафедра амбулаторной медицины, физического воспитания
Научный руководитель: д.м.н., профессор Агзамова Ш.А.

Актуальность. ВОЗ определило ожирение как новую хроническую неинфекционную «эпидемию» 21 века. Ожирение является одной из существующих в республике проблем, поскольку из 31 млн. жителей страны 5 млн. составляют дети школьного возраста, и укрепление их здоровья является важным приоритетным направлением (9ое совещание Европейской инициативы ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением, Ахмедова Д.И., COSI., 2016 г.) государственной политики. Страдающие ожирением дети подтверждены поражению сердца и сосудов, печени, почек и суставов, нарушению зрения и дыхания, повышенному риску развития онкологических заболеваний и бесплодия.

Цель исследования. Изучить эффективность «школы здорового образа жизни для детей с избыточным весом и их родителей».

Материал и методы исследования. Для достижения цели были обследованы 40 детей с избыточным весом (основная группа) и 11 с нормальным весом (контрольная группа) в возрасте от 7 до 11 лет. Анализ проведенного опросника режима дня и питания показал, что у большинства опрошенных детей основной группы имеются отклонения от здорового образа жизни. В целом имеет место нерациональное построение режима дня, питание не соответствует потребностям детей данной возрастной группы. На основании полученных данных была разработана и организована «Школа здорового образа жизни для детей с избыточным весом и их родителей» на базе семейной поликлиники 54 Юнусабадского района. Основными задачами обучения было: формирование медицинской мотивации на длительное оздоровление, постепенное снижение массы тела и устойчивое удержание веса, изменение привычек питания и образа жизни, повышение личной ответственности за свое здоровье. Программа данной школы включала 6 занятий, каждое из которых рассчитано на 40 минут. Занятия проводились 2 раза в неделю в течение 3 недель. Каждое занятие состояло из нескольких 10-12-минутных лекций по теме, после которых проводилось интерактивное обсуждение с обязательным участием детей и их родителей или ролевые игры по прослушанной теме. Особое внимание уделялось необходимости повышения двигательной активности, при этом объяснялись основные правила тренировок у детей с

избыточной массой тела. Дети основной и контрольной групп посещали занятия по ЛФК при семейной поликлинике № 54. Занятия проводились по 10 дней в два курса инструктором по ЛФК. Катамнестическое наблюдение проводили через 2 месяца после посещения «Школы...»

Результаты исследования. Установлено, что у детей с избыточным весом наблюдалось снижение веса, улучшение показателей респираторной системы (по показателям пикфлоуметрии и функциональных проб Штанге и Генча). Снижение ИМТ было отмечено на $2,4 \pm 0,2$ кг/м². В клинике снизилась частота головных болей на 35,7%, боли в области сердца наблюдались у 11,9% детей с избыточным весом, что почти в 3,4 раза ниже, чем до проведения «Школы ...». Одышка при физической нагрузке снизилась на 28,6%, ощущение сердцебиения в покое на 19,1%. Показатели пикфлоуметрии достигли контрольных значений и отличались от показателей до проведения «Школы ...» и занятий ЛФК.

Выводы. Хороший и удовлетворительный результат имели 85,0% детей с избыточным весом после проведения «Школы ...». 6 семей не смогли справиться с ситуацией, и дети продолжили прибавку в весе в среднем на $4,1 \pm 2,5\%$. Эти дети и их родители имели низкую мотивацию, оба родителя страдали ожирением, отказывались соблюдать рекомендации по изменению образа жизни семьи. Этих детей не приводили на занятия лечебной физкультуры. Таким образом, эффективность посещения «Школы здорового образа жизни для детей с избыточным весом и их родителей» составила 85,0%. Неудовлетворительный результат отмечался у 15,0% детей.

ВИРУСЛИ ПНЕВМОНИЯ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА НАФАС МАШҚЛАРИНИНГ РОЛИ

Ўзоқов Маъруфжон Чориевич

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, амбулатория тиббиёти, жисмоний
тарбия кафедраси

Илмий раҳбар: ассистент Каримова Д.И.

Долзарблиги: Каронавирус этиологияли вирусли пневмония асоратини олдини олиш тиббиётимиз учун бугунги кунда долзарблини сақлаб қолмоқда. Бунинг учун тиббиётимизнинг барча йўнашларидан фойдаланмоқда. КОВИД-19 оғир асоратларга олиб келиши мумкин. Коронавирус ҳаёт учун муҳим аъзоларни, шу жумладан ўпка мия бурун-ҳалқум, кўз юрак-қонтомир жигар бўйрак ва ичакларни зарарлайди. Олиб борилган изланишлар шуни кўрсатмоқдаки ушбу касалликнинг оғир шаклини ўтказган беморларда ўпка тўқимасинг чандиқланиши, бўйрак етишмовчилиги, юрак мушакларини яллиғланиши, аритмия, жигар зарарланиши каби оғир асоратлар учрамоқда. Бу асоратлардан ўпка фиброзланиши аҳамияти катта, нафас етишмовчилигига олиб келиши мумкин. Бу ҳолатда нафас гимнастикаси қўлланса бемор нафас олисига ёрдам беради. Нафас гимнастикаси бронх-ўпка тизимининг барча касалликларида тавсия қилинади, фақатгина машқлар мажмуаси, интенсивлиги ва давомийлик ўзгаради. Ўпка коронавирусдан зарарланганда, интерстициал тўқиманинг яллиғланиши ва шиш туфайли зичланган жойлари пайдо бўлади. Интерстиций — бу ўпканинг «қурилмаси» бўлиб, айнан шу жойда қон ва лимфа томирлари ўтади. Шиш ва яллиғланиш пайдо бўлганда, нормал газ алмашинуви бузилади, кислороднинг ҳаводан қонга кириши қийинлашади. Касалликнинг ўткир даврида беморнинг тўғри ҳолатни қабул қилиши ва нафас олиши

шикастланган жойлардан суюкликнинг тез сўрилишига ёрдам беради. Кейинчалик, у фиброз (чандикли) тўқима ҳосил бўлишини камайтиради.

Ишнинг мақсади: Вирусли пневмония (ковид-19) ўтказган беморлар реабилитацияси даврида ўтказилган нафас машқларини самарадорлигини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва методлари: Кўзатишлар Тошкент шаҳри, Юнусобод тумани 55-оилавий поликлиникада рўйхатда турувчи, ковид-19 ўтказган 105 та беморларда ўрганилди.

Тадқиқот натижалари: Кўзатувлар натижасида вирусли пневмония (ковид-19) ўтказган беморлар реабилитацияси даврида ўтказилган нафас машқлари самараси қўйидаги натижаларни кўрсатди. 105-та беморнинг 62 тасида (59% беморда) SpO₂ 94% дан 96% гача, 35 тасида (33% беморда) 95%дан 97% гача, 8 та беморда (7,6% беморда) 97% дан 98%гача кўтарилди. Беморларда нафас олиш машқлари самарали эканлиги кузатилди.

Хулоса: Ўшбу кўзатувдан шуни хулоса қилдикки, беморлар нафас машқларини бажарганларида уларнинг нафас олиши яхшиланганлиги ва қонда кислороднинг концентрацияси ошганлиги аниқланди. Вирусли пневмония (ковид-19) ўтказган беморларда нафас машқларини ўтказиш самарали натижа беради.

АДАПТАЦИОННЫЕ РЕЗЕРВЫ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

Халтурсунов Даврон Шухратиллаевич, Зокирова Азиза Марат кизи

I-Педиатрический факультет, 617 группа

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра амбулаторной медицины, физического воспитания

Научный руководитель: д.м.н., профессор Агзамова Ш.А.

Актуальность. Ожирение среди детей - это одна из наиболее серьезных проблем здравоохранения в 21 - м веке. Дети с лишним весом с большей вероятностью вырастут и станут взрослыми, страдающими от ожирения. Они, в большей степени, чем дети без проблемы лишнего веса, подвержены развитию диабета и сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте, что в свою очередь, связано с высоким риском преждевременной смерти и потери трудоспособности.

Цель исследования. Изучить адаптационные резервы дыхательной системы у детей школьного возраста с избыточным весом.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 40 школьников с избыточным весом (основная группа) и 11 с нормальным весом (контрольная группа) в возрасте от 7 до 11 лет. Данным детям были проведены исследования респираторной системы. Оценку функционального резерва проводили с помощью функциональных легочных проб Штанге и Генча в зависимости от возраста и пола. При проведении пробы Штанге дети основной группы выполняли три глубоких вдоха и выдоха, а на высоте четвертого вдоха задерживали дыхание. Длительность задержки дыхания у здоровых детей колеблется от 20 до 55 сек. При проведении пробы Генча дети выполняли три глубоких вдоха и выдоха после чего задерживали дыхание на выдохе. Здоровые дети школьного возраста задерживают дыхание на 25—40 сек. Статистическую обработку материала проводили с использованием программных средств MS Excel 6,0., корреляционный анализ - по Кэндаллу и вычисления относительного риска (RR) - по Кельмансону.

Результаты исследования. Результаты определения времени максимальной задержки дыхания после 3 глубоких вдохов (проба Штанге) составили у детей основной группы в возрасте 7-8 лет мальчиков $25,1 \pm 7,6$ с, у девочек $21,1 \pm 7,1$ с. против контроля $36 \pm 5,0$ с. и $30 \pm 4,0$ с., соответственно. В возрасте 9-11 лет параметры были таковыми: у мальчиков $32,1 \pm 8,7$ с. и девочек $34,9 \pm 9,0$ с. и в контроле - $50 \pm 7,0$ с. и $49 \pm 8,0$ с., соответственно. При проведении пробы Генча были получены следующие показатели: дети основных групп 7-8 лет и 9-11 лет мальчиков ($13,1 \pm 5,5$ с и $16,5 \pm 6,2$ с.), девочек идентичного возраста ($12,9 \pm 5,5$ с. и $16,4 \pm 6,2$ с.), против контроля детей 7-8 лет и 9-11 мальчиков ($14 \pm 2,0$ с. и $22 \pm 3,0$ с.), девочек ($21 \pm 3,0$ с. и $15 \pm 2,0$ с.). Прослеживается тенденция снижения показателей внешнего дыхания по данным проб Штанге и Генча с возрастом: чем старше возраст, тем значительнее нарушения. Было отмечено сокращение длительности задержки дыхания в секундах у детей основной группы по отношению к контролю с достоверным отклонением лишь у мальчиков 7-9 лет ($p < 0,05$, $p < 0,01$) по показателям пробы Штанге, что указывает на затруднение в увеличении объема грудной клетки на вдохе и на сниженный уровень тренированности.

Выводы. Прямое влияние избыточного веса на физиологию дыхания обусловлено увеличением массы и снижением растяжимости стенок грудной клетки при отложении жира вокруг ребер, а также связанным с этим затруднением в увеличении объема грудной клетки на вдохе и выдохе. Необходимый уровень минутного объема дыхания может быть обеспечен только при наличии соответствующего функционального резерва и зрелости механизмов регуляции. При исследовании механизмов адаптации и функционирования дыхательной системы используют различные тестовые физические нагрузки. Некоторые изменения функции внешнего дыхания, механизмы адаптации к воздействию каких-либо факторов могут выявляться лишь при использовании специальных проб или нагрузок, которые получили название «функциональные легочные пробы». С их помощью можно выявить скрытые формы сердечно-легочной недостаточности, не выявляемые при обычных исследованиях. Прямое влияние избыточного веса на физиологию дыхания было продемонстрировано и показателями проб Штанге и Генча.

СИМПТОМЫ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР В ПЕРИОД «ВТОРОЙ ВОЛНЫ» COVID-19 У ЖИТЕЛЕЙ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Эсеналиева Жазгуль Абдыракмановна
Ошский государственный университет,
Кыргызская Республика, город Ош

Кафедра клинических дисциплин 1 международного медицинского факультета
Научный руководитель: д.м.н., профессор Бримкулов Н.Н.

Актуальность. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19), вызванная SARS-CoV-2, продолжает распространяться по миру, однако эпидемиологическая ситуация отличается в разных странах. По официальным данным в Кыргызской Республике на 12 марта 2021 года число зараженных составило 86 755, в том числе 1480 с летальным исходом.

Цель исследования: Представить анализ субъективной оценки жителями Кыргызской Республики клинических проявлений, объема диагностических, лечебных и профилактических мер при инфекции COVID-19 для выявления дефектов в информировании общества и оптимизации мер противодействия эпидемии новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы исследования. С учетом международного опыта, нами был разработан опросник, включающий 21 вопроса. Анкета включала такие вопросы как: пол; возраст; отношение к табакокурению, место учебы и работы. Также проверялись знания симптомов и источников заражения; первые действия при появлении данных симптомов; методы диагностики, терапии и профилактики. В период так называемой «второй волны» COVID-19 в октябре и ноябре 2020 г., был проведен on-line опрос населения, в котором приняли участие 247 совершеннолетних граждан КР.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показывают, что восприятие респондентами масштабных социальных изменений, связанных с пандемией новой коронавирусной инфекции в Республике, имело ряд особенностей. Достаточный уровень информированности респондентов о симптомах проявления заболевания, путях передачи вируса и мерах профилактики распространения инфекции сочетается с недооценкой риска заражения (17,2%). Большинство (66,6%) опрошенных проживали в городе Бишкек. В структуре опрошенных преобладали лица женского пола (57,3%) и более молодого возраста ($35,9 \pm 14,9$ лет). Каждый четвертый участник исследования злоупотреблял табакокурением (24%). Меньше половины (47,3%) респондентов заняты интеллектуальным трудом. У опрошенных наиболее часто встречались такие симптомы COVID-19, как: потеря вкуса или обоняния, лихорадка, головные или мышечные боли, кашель, боль в горле, озноб. Каждый третий (28,4%) анкетированный был направлен на лучевую диагностику. ПЦР и ИФА-исследования проходили, соответственно, 22,5% и 10,9% респондентов.

Выводы. Проведение комплексного анализа складывающейся в результате пандемии COVID-19 ситуации, позволит в динамике оценивать эволюцию процесса на разных этапах его развития и своевременно вносить необходимые коррективы в программы сдерживания напряженности пандемии и профилактики тяжелых и осложненных форм болезни. Необходимым условием эффективности комплекса противоэпидемических мер, направленных на предупреждение пандемии и борьбы с ней, является разумное сочетание медико-организационных мер и постоянное повышение уровня правовой культуры и социального статуса населения.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИВИТАМИННЫХ КОМПЛЕКСОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Юсупалиева Дилнора

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ўзбекистан, Ташкент
Кафедра Амбулаторной медицины, физического воспитания
Научный руководитель: доц. Ганиева Д.К.

Актуальность: Считается, что в современных условиях, с учетом плохой экологии города, несбалансированного питания, недостатка двигательной активности организм человека постоянно испытывает нехватку витаминов и минеральных веществ (по-другому – гиповитаминоз). Особенно остро это проявляется в зимне-весенний период, и еще в большей степени во время болезни и в период восстановления после перенесенного заболевания.

Цель работы: Выяснить, как влияет применение поливитаминовых комплексов на течение, развитие и исходы болезней у детей с острыми инфекционными заболеваниями верхних дыхательных путей.

Материал и методы исследования: Мы проводили клинические испытания на базе СП№51 Юнусабадского р-она, г. Ташкента. В исследовательскую группу нами были отобраны 20 детей в возрасте от 5 до 15 лет с диагнозами «ОРЗ, катаральный фарингит», «ОРЗ, назофарингит», «ОРЗ, риносинусит», «ОРЗ, острый простой бронхит», которые на фоне стандартного лечения принимали поливитаминовый комплекс («Алфавит», «Компливит», «Центрум», «Дуовит») в течение 1 мес., с последующими курсами 2-3 раза в год. Контрольная группа состояла из 20 больных в тех же возрастных пределах и с теми же диагнозами, но на базе стандартного лечения им было предложено сбалансированное питание по микронутриентам.

Результаты: В ходе клинического испытания в исследовательской группе у 18 больных значительно укоротился период болезни, заболевание протекало более благоприятно без осложнений и рецидивов, у детей исчезла лабильность настроения и резко повысился аппетит. В контрольной группе эти же результаты были достигнуты всего лишь у 15 больных детей, т.к. в контрольной группе коррекция микронутриентов осуществлялась в виде сбалансированного питания без применения поливитаминовых комплексов, а у детей на фоне синдрома интоксикации был резко снижен аппетит, следовательно, у пациентов этой группы развилось состояние гиповитаминоза на фоне острой персистирующей инфекции.

Выводы: Таким образом, применение поливитаминовых комплексов на фоне стандартной терапии у детей с острыми заболеваниями верхних дыхательных путей в 90% дает положительные результаты, а именно укорачивает период заболевания, предотвращает развитие осложнений и рецидивов. А также поливитаминовые комплексы наиболее приемлемы и удобны в применении в остром периоде заболевания на фоне синдрома интоксикации и пониженного аппетита.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРИВЕТСТВИЕ РЕКТОРА ТАШПМИ ПРОФ. ДАМИНОВА Б.Т. 3

I. ЛЕКЦИИ ДЛЯ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Убайдуллаев А.М., Пятаева Э.В. ПРОФЕССОР А.А.КАЛАНХОДЖАЕВ И ЕГО РОЛЬ В УКРЕПЛЕНИИ НАУЧНО- ТЕХНИЧЕСКОГО И КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН	4
Убайдуллаев А.М. ВОПРОСЫ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ В ТРУДАХ АБУ АЛИ ИБН СИНО	10
Убайдуллаев А. М., Ташпулатова Ф.К, Агзамова Ш.А. ВЗГЛЯДЫ АВИЦЕННЫ НА ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	14
Лозовская М.Э. ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ФТИЗИАТРИИ. ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА(ЛЕКЦИЯ)	17
Бекембаева Г.С. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ (лекция)	23
Ташпулатова Ф.К, Агзамова Ш.А. ЛЕЧЕНИЕ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ МЕНИНГИТОМ	27
Поздравление ЮБИЛЯРУ ПРОФ. ТАТОЧЕНКО В.К	38
Желенина Л.А. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ	40
Мизерницкий Ю.Л, Мельникова И. М. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАТЯЖНОГО И ХРОНИЧЕСКОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ	46
Кузнецова Т.А., Черкасова Е.Н.,Сухорукова Д.Н. ОПЫТ БЕЗАНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	57
Тахирова Р.Н. ОСТРЫЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ (лекция)	61
Курьязова Ш.М., Худайназарова Р.С., Илхомова Х.А. ЗДОРОВЬЕ И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ	72

II. ФТИЗИАТРИЯ

Абдурахманов Д.К., Хакимов М.А., Бозорова Х.Я. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ	77
Алексо Е.Н, Демидик С.Н., Санукевич Т. Г. ДИНАМИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2010 - 2020 ГГ	78
Антонова Н.П ВКЛАД КОМОРБИДНЫХ ПАТОЛОГИЙ В ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ЗАТРАТЫ СТАЦИОНАРА НА ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	79

Алиджанов С.К, Рашидов З.Р, Мухтаров Д.З. ЭФФЕКТИВНОСТЬ БОТУЛОТОКСИНА А В ЛЕЧЕНИИ «МАЛОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ» ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	80
Азимов С.И, Рашидов З.Р. ПИЛОТНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ УРОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГ -ВОПРОСНИКА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УСЛОВИЯХ АРИДНОЙ ЗОНЫ	81
Бекембаева Г.С. КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА У КОНТАКТНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В КАЗАХСТАНЕ	82
Горбач Л.А. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	83
Джурабаева М.Х, Анварова Е.А., Султанов С.А. ИЗУЧЕНИЕ СТРАТЕГИЙ ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С МЛУ/ТБ И НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ К ЛЕЧЕНИЮ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА	84
Демидик С.Н, Алексо Е.Н, Вольф С.Б. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЛУ-ТБ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	85
Дьяченко П.А., Дьяченко А.Г. МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ У ПАЦИЕНТКИ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ С COVID-19	86
Емельянова Н.А., Кривошеева Ж.И., Лицкевич Л.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	87
Исломова О.Р. Холбоев Э.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИНЕЗОЛИДА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	88
Медведева Н.В, Мухтермова В.Н., Шамшиева Н.Н. ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ, ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У ДЕТЕЙ	89
Могилевец О.Н. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	90
Мухамедов К.С, Ходжаева М.И, Каюмова С.С. РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ РЕЦИДИВЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ	91
Mamatova N. T, Ashurov A. A, Abduxakimov B.A. SILNING SURUNKALI SHAKLLARI BILAN KASALLANGAN BEMORLARGA PALLIATIV TIBBIY YORDAM KO'RSATISHNING ANAMIYATI	92
Мухтермова В.Н, Медведева Н.В, Шамшиева Н.Н. КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ	93
Касаева Л.Т., Юлдашева Ш.М.,Сакыбаева С.А. НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ПО ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	94
Кенжаева Н.А, Усмонов И.Х. ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСА НА ФОНЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ	95
Коломиец В.М. ФОРМИРОВАНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КОМОРБИДНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ ПРИ ЕГО ЭФФЕКТИВНОЙ ХИМИОПРОФИЛАКТИКЕ	96

Кривошеева Ж.И, Богуш Л.С. ХАРАКТЕРИСТИКА ЕДИНИЧНЫХ ОЧАГОВЫХ ТЕНЕЙ В ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТОВ НА ТУБЕРКУЛЕЗНУЮ ИНФЕКЦИЮ	97
Курбанов А.Х. ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ	98
Обилов А.У. Тошев Б.А. АБДОМИНАЛ СИЛНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ДИАГНОСТИКАСИДАГИ МУАММОЛАР	99
Онгарбаев Д.О, Абдугаппаров Ф.Б, Маматов Л.Б. ОИВ ИНФЕКЦИЯСИНИ СИЛ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИГА ТАЪСИРИ	100
Онгарбаев Д.О, Ходжаева М.И, Каюмова С.С. ЎПКА СИЛ КАСАЛЛИГИ ОИВ БИЛАН БИРГА КЕЧГАНДА КЛИНИК ВА РЕНТГЕНОЛОГИК ЎЗИГА ХОСЛИГИ	101
Русских О.Е. ЗНАЧИМОСТЬ IGRA-ТЕСТОВ (ТЕСТЫ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНТЕРФЕРОНА ГАММА) В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	102
Рустамова С.А., Жумаев М.Ф. ЎПКА ТУБЕРКУЛЁЗИДА ҚОН ЗАРДОБИНИНГ ПРОГНОСТИК ВА ДИАГНОСТИК КЎРСАТКИЧЛАРИ	103
Pardaeva U. D. A CLINICAL CASE OF A RARE TUBERCULOUS LESION OF THE RIB	104
Ташпулатова Ф.К, Агзамова Ш.А. ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ У БОЛЬНЫХ С ФИБРОЗНО- КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	105
Ташпулатова Ф.К, Коломиец В.М. ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ НОВЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА	106
Шейфер Ю.А. ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С ПРИМЕНЕНИЕМ МОДЕЛЕЙ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ	107
Холбоев Э.Н., Исломова О.Р. РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	107

III. ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Ahmedov Sh, Liverko I Ходжаназарова V. EVALUATION OF EXERCISE TOLERANCE IN PATIENT WITH CHRONIC OBSTRUCTIV PULMONARY DISEASE WITH LOW WEIGH	109
Akhmedov Sh., Avazova G., Toshboboeva D. FREQUENCY OF DEPRESSIVE SYNDROME IN PATIENT WITH BRONCHIAL ASTHMA AND CHRONIC OBSTRUCTIV PULMONARY DISEASE	110
Ганиева Д.К. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	111
Глинская Т.Н, Щавелева М.В. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЧИСЛЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНЫХ КОНТИНГЕНТОВ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	112
Лицкевич Л.В, Кривошеева Ж.И. РОЛЬ НОРМОКСИЧЕСКОЙ БАРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	113

Лицкевич Л.В., Исайкина Я.И., Скрягин А.Е. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОЛОГИЧНЫХ МУЛЬТИПОТЕНТНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ КЛЕТОК В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	114
Мановицкая Н. В., Кончак В. В., Солонец К. М. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ САРКОИДОЗА	115
Турдибеков Х.И., Ходжаева С.А., Куйлиев К.У.ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА С МАРКЕРАМИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ	116
Халилова Д.С. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ	117
Шаджалилова М.С., Осипова Е. М., Шарапова Г.М., Тулаев А.А. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ	118

IV. ДЕТСКАЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Akhmedova F.M, Khasanova G.M PSYCHOLOGICAL FEATURES OF CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA DEPENDING ON THE SEVERITY OF THE DISEASE	120
Агзамова Ш.А, Бабаджанова Ф.Р.МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН	121
Babadjanova F. R. THE COURSE OF PNEUMONIA IN THE BACKGROUND OF CONGENITAL HEART DEFECTS IN YOUNG CHILDREN IN THE SOUTHERN ARAL REGION	122
Ганиева Д.К, Каримова Д.И. ДИНАМИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА	123
Джурабаева М.Х, Анварова Е.В, Султанов С.А. НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (SARS- CoV-2) У БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ	124
Закирова Б.И, Азимова К. Т, Ибрагимова М.Ф. ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ БРОНХООБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ	125
Ибрагимова М.Ф, Закирова Б. И, Атаева М. С.ТЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ АТОПИИ	126
Каримова Д.И, Шайхова М.И. ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	127
Кошимбетова Г.К, Шамансурова Э.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ	128
Лим М.В, Шавази Н.М, Шамсиева Л.А.ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕКЛОМЕТАЗОНА В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ	129
Махкамова Г.Т., Шамансурова Э.А. СЕРОТИПОВОЕ РАЗНООБРАЗИЕ <i>S.PNEUMONIAE</i> ПРИ НОСОГЛОТОЧНОМ НОСИТЕЛЬСТВЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ	130

Муратова Ж.К., Жуманалиева М.Б., Сулайманов Ш.А. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ И ФАКТОРЫ РИСКА	131
Пирназарова Г.З., Тахирова Р.Н., Ражабов И.Б. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРВИ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	132
Ражабов И.Б., Таджиев. Б.М. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ	133
Сулайманов Ш.А., Авлоев И.Т., Турапова З., Сонг Диу ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ COVID-19 ИНФЕКЦИИ В БИШКЕКЕ	135
Сулайманов Ш.А., Муратова Ж.К. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19	136
Тахирова Р.Н. БОЛАЛАРДА НАФАС ЕТИШМОВЧИЛИК СИНДРОМИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЗОТИЛЖАМ КАСАЛЛИГИДА ЭКГ ХУСУСИЯТЛАРИ	137
Тахирова Р.Н. РЕСПИРАТОР КАСАЛЛИКЛАРГА ЧАЛИНУВЧАН БОЛАЛАРДА ЮРАК ФАОЛИЯТИ ҲОЛАТИ	138
Файзиев А.Н, Улугов А.И. СОЦИАЛЬНО - ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЗАТЯЖНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	139
Файзиев А.Н, Улугов А.И. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	140
Шамансурова Э.А, Исаханова Н.Х. СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ВИТАМИН – Д ДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ	141
Шайхова М.И. БОЛАЛАРНИНГ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИГА ҚАЙТАЛАНУВЧИ БРОНХИТНИНГ ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ	142

V. ТРУДЫ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ФТИЗИАТРИЯ

Аджаблаева Д.Н. ВЛИЯНИЕ ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ НА НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ	144
Асрарова З. Д. ВИЧ ИНФЕКЦИЯ СОЧЕТАННАЯ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ	145
Афанасьев Е.И. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ, СОЧЕТАННОМУ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	146
Аъзамжонова М.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ	147
Бекташев И.Б. ПРОФИЛАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ	148

Богодухова Е. С. ЧАСТОТА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА TOLL - ПОДОБНЫХ РЕЦЕПТОРОВ АССОЦИИРОВАННОГО С РАЗВИТИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ	149
Бородин Д.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СХЕМЫ ХИМИОТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОКСИФЛОКСАЦИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКОБАКТЕРИОЗОВ ЛЁГКИХ	150
Вафакулова М.Г. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	151
Галиуллин Т.И. ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР СОПУТСВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	152
Гоффоров Б.Б. ПЕРЕНOSИМОСТЬ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ С ГЕПАТОМЕГАЛИЕЙ	153
Дильшодов А., Хасанов А. ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ С ВЫСОКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ ОРГАНИЗМА	154
Mamadiyorova M.A. FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF TUBERCULOSIS IN CHILDREN WITH HIV INFECTION	155
Мустабова М.С. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ПОДРОСТКОВ	156
Нўмонов А.Д. ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА АТИПИЧЕСКИХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ	157
Омонова Ч.П. РАЗВИТИЕ АКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТРОВ РИСКА	158
Назиров К.Н. МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ДИССЕМНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ	159
Кулдашов А.Ш. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЗГОВЫХ ОБОЛОЧЕК У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ	160
Сотволдиева И.Н. ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ЛЕКАРСТВЕННО- УСТОЙЧИВЫХ ОЧАГАХ	161
Торопова В.А. ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА	162
Шамситдинов Ж.З. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ЖИЛИЩНЫХ УСЛОВИЙ НА РАЗВИТИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ	163
Шорина А. В. РЕАКЦИЯ ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА АНТИГЕНЫ ESAT-6 И CFP-10 В КОЖНОМ И ЛАБОРАТОРНОМ ТЕСТАХ	164
Фаттахов Р.А. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ	165
Фаттахов Р.А., Кулдашов А.Ш. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА	166
Худайбергенова А.Ш., Холикулова Х.О. ФАКТОРЫ РИСКА И ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ С КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ	167
Худайбергенова А.Ш., Турсункулова Х.О. ДИНАМИКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	168

Худайбердиева М.Ж. МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛАПАРОСОКПИИ В ДИАГНОСТИКИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА	169
Якубов Д.Я. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ	170

VI. ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Khasanova G.M, Kayumova M. H. NYPOVITAMINOSIS D - A RISK FACTOR FOR OBSTRUCTIVE BRONCHITIS RECURRENCES IN CHILDREN	171
Абдуллаева А.Ш. БОЛАЛАРДА ОБСТРУКТИВ БРОНХИТНИНГ КЕЧИШИ	172
Бекмурадова А.Ё. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	173
Инакова З.Т. ЗНАЧЕНИЕ ДИАФРАГМАЛЬНОГО ИНДЕКСА ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	174
Инакова З.Т. ПРИМЕНЕНИЯ АНАЛЕРГИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ НА ФОНЕ ЭКССУДАТИВНО-КАТАРАЛЬНОГО ДИАТЕЗА	174
Мирджалалова Ш.Б. РОЛЬ ФИЗИОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ	176
Мирзоян С. В., Сафарова Н. Р. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ	177
Содикова Н.Б. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ	178
Умерова Х.У., Усенов Н.М. ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ШКОЛА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ	179
Ўзоқов М.Ч. ВИРУСЛИ ПНЕВМОНИЯ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА НАФАС МАШҚЛАРИНИНГ РОЛИ	180
Халтурсунов Д. Ш., Зокирова А. М. АДАПТАЦИОННЫЕ РЕЗЕРВЫ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ	181
Эсеналиева Ж.А. СИМПТОМЫ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР В ПЕРИОД «ВТОРОЙ ВОЛНЫ» COVID-19 У ЖИТЕЛЕЙ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ	182
Юсупалиева Д.Б. ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИВИТАМИННЫХ КОМПЛЕКСОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ	183

МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ (ON-LINE)
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«Инновационные подходы к диагностике,
лечению и профилактике туберкулеза и
неспецифической респираторной патологии у
взрослых и детей»

Издательство «FAN ZIYOSI» Лицензия № 308197041 от 14.02. 2021 года.

Адрес изд: г.Ташкент, ул.А.Навоий-30.

Офсет қоғози. Бичими 60x84/16 Гарнитура «TimesNewRoman».

Офсетная печать. Усл. печ.л. 13,75. Заказ № 16. Тираж 100.

Отпечатано в типографии ООО «Munis design group»

100170, г.Ташкент. ул. Буз-2 проезд, дом-17-А.

ISBN 978-9943-708-87-7



9 789943 708877