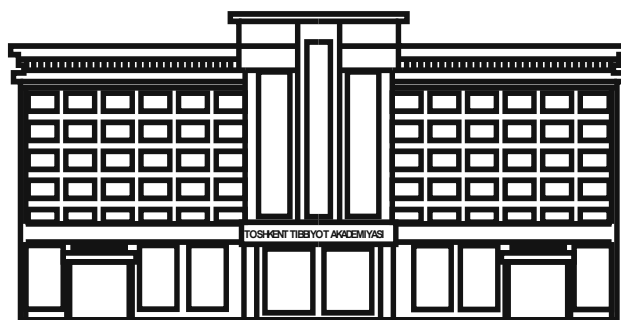


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2019 №4

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
АХВОРОТНОМАСИ



ВЕСТНИК
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

Юсупбеков А.А., Усманов Б.Б., Хакимов Я.Ш. РОЛЬ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ГОМЕОСТАЗА В ХИРУРГИИ РАКА ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ	Yusupbekov A.A., Usmanov B.B., Khakimov Y.Sh. THE ROLE OF PARENTERAL CORRECTION OF HOMEOSTASIS IN SURGERY FOR CANCER OF THE ESOPHAGUS AND CARDIOESOPHAGEAL ZONE	145
Юсупбеков А.А., Хакимов Я.Ш., Юсупбеков Ах.А., Усманов Б.Б. К ВОПРОСУ АНАЛГЕЗИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ	Yusupbekov A.A., Khakimov Ya.Sh., Yusupbekov Ah.A., Usmanov B.B. ON THE ISSUE OF ANALGESIA IN PATIENTS WITH CANCER OF THE ESOPHAGUS AND CARDIOESOPHAGEAL ZONE	148
Яровенко Г.В. ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЛИМФЕДЕМОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	Yarovenko G.V. LASER THERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH LYMPHEDEMA OF THE LOWER EXTREMITIES	151
ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	HYGIENE, SANITATION AND EPIDEMIOLOGY	
Маматкулов Б., Уразалиева И.Р. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАТРОНАЖНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР	Mamatkulov B., Urazalieva I.R. SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND LIFESTYLE OF PATRONAGE NURSES	154
Рустамова Х.Е., Гафур-Ахунوف М.А., Умиров Ш.Н., Зупарова Д.А. ДИНАМИКА И УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СРЕДИ ДЕТЕЙ Г. ТАШКЕНТА	Rustamova H.E., Gafur-Akhunov M.A., Umirov Sh.N., Zuparova D.A. DYNAMICS AND LEVEL OF MALIGNANT DISEASES AMONG CHILDREN IN TASHKENT CIT	159
В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ	TO HELP A PRACTICAL DOCTOR	
Баймаков С.Р., Аширметов А.Х., Юнусов С.Ш., Болтаев Ш.Ш., Файзуллахонов Ш.А. НЕКРОЗ САЛЬНИКОВОГО ОТРОСТКА НИСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, СИМУЛИРОВАВШИЙ ОСТРЫЙ ЖИВОТ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	Baimakov S.R., Ashirmetov A.Kh., Yunusov S.Sh., Boltaev Sh.Sh., Fayzullakhonov Sh.A. NECROSIS OF THE OMENTAL PROCESS OF THE DESCENDING COLON, SIMULATED AN ACUTE ABDOMEN (CASE REPORT)	163
Бакиева Ш.Х., Жуманов Д.А., Жабборов Н.Н. ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ	Bakieva Sh.Kh., Jumanov D.A., Jabborov N.N. FEATURES OF PATHOLOGY OF THE NOSE AND PARANASAL SINUSES IN PATIENTS WITH LOWER RESPIRATORY TRACT DISEASES	166
Закирова У.И., Максудова Л.И. ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ФОРМАМИ БРОНХИТОВ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ	Zakirova U.I., Maksudova L.I. OPTIMIZATION OF REHABILITATION MEASURES IN CHILDREN WITH RECURRENT FORMS OF BRONCHITIS IN AN OUTPATIENT SETTING	170
Исраилов Р., Саноев Б.А., Аллаберганов Д.Ш. УЧ ОЙЛИК БОЛА ЮРАГИНИНГ ГЕМАТОГЕН СИЛИ	Israilov R., Sanoev BA, Allaberganov D.Sh. HEMATOGENIC HEART TUBERCULOSIS AT THREE MONTHS CHILD	174
Халимова Х.М., Рахматуллаева Г.К., Худаярова С.М., Парпиева Ю.Р. КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПРЕЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНГИОДИСПЛАЗИЙ	Khalimova H.M., Rakhmatullaeva G.K., Khudayarova S.M., Parpieva Yu.R. CLINICAL, NEUROLOGICAL AND DIAGNOSTIC ASPECTS OF ACQUIRED PRECEREBRAL ANGIODYSPLASIAS	178
Трибуна молодых	TRIBUNE OF YOUNG	
Аббасов А.К., Расулова Х.А. РОЛЬ P-СЕЛЕКТИНА В ФОРМИРОВАНИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	Abbasov A.K., Rasulova Kh.A. THE ROLE OF P-SELECTIN IN DEVELOPMENT AND PROGRESSION OF CHRONIC KIDNEY DISEASE	181

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ФОРМАМИ БРОНХИТОВ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Закирова У.И., Максудова Л.И.

АМБУЛАТОР-ПОЛИКЛИНИК ШАРОИТИДА РЕЦИДИВЛОВЧИ БРОНХИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА РЕАБИЛИТАЦИЯНИ ОПТИМАЛЛАШТРИШ ЧОРА- ТАДБИРЛАРИ

Зокирова У.И., Мақсудова Л.И.

OPTIMIZATION OF REHABILITATION MEASURES IN CHILDREN WITH RECURRENT FORMS OF BRONCHITIS IN AN OUTPATIENT SETTING

Zakirova U.I., Maksudova L.I.

Ташкентская медицинская академия

Ташкент аҳолисининг ёш қисмида бронх касалликлари рецидиви кўп тарқалган. Шунинг учун амбулатор-поликлиника шароитларида бундай беморларни организмининг қарши кучини ошириш мақсадида даволашни ўз вақтида ва комплекс ҳолида ўтказиш керак. Болаларда бронхитнинг рецидив турларини реабилитациялари оптималлаштириш тиббий реабилитациянинг асосий принципларини бажариш ўз ичига қуйидагиларни қамраб олади: даволашнинг тўхтовсиз ва босқичли реабилитацион турларини максимал даражада вақтли бошлаш; даволаш, социал, психологик ва бошқа чора тадбирларнинг комплекс характерда бўлиши. жараённинг кечиши, касал боланинг ёш, яшаш шароити ва тарзини ҳисобга олган ҳолда реабилитация программасини тузишга индивидуал ёндашув.

Калит сўзлар: болалар, бронхитнинг такрорий шакллари, амбулатория шароитлари, реабилитация чоралари.

Among the children of the city of Tashkent relapses of bronchial diseases are widespread. Therefore, in outpatient conditions in the complex treatment of such patients need timely and comprehensive therapeutic rehabilitation measures that increase the body's defenses. Optimization of rehabilitation measures in children with recurrent forms of bronchitis includes the implementation of the basic principles of medical rehabilitation: 1. the earliest possible start of rehabilitation treatment-continuity and phasing of rehabilitation activities; 2. Complex character of medical, social, psychological and other measures; 3. Individual approach to the preparation of rehabilitation programs taking into account the course of the process, age, conditions and lifestyle of the sick child.

Key words: children, recurrent forms of bronchitis, outpatient conditions, rehabilitation measures,

Среди детского населения широко распространены рецидивы заболеваний бронхов. Удельный вес рецидивирующего бронхита (РБ) в структуре всей учитываемой бронхолегочной патологии у детей в возрасте до 3-х лет составляет 34,3%, 4-6 лет – 23,6%, 7-9 лет – 25,7%, 10 лет и старше – 13,5% [2,5,8,15]. Установлена тенденция к превышению темпа роста заболеваемости болезнями органов дыхания детей и подростков над темпом роста первичной заболеваемости в целом [1,2]. Не случайно, эти рецидивирующие заболевания, в том числе рецидивирующие ринофарингиты и фарингиты, регистрируются не только у детей раннего и дошкольного возраста, среди которых наиболее часто формируется группа часто болеющих детей (ЧБД), но и у детей любого возраста и даже у взрослых [3,17-19]. При этом в Узбекистане число зарегистрированных 2018 году умерших детей в возрасте до 1-го года составило 5,6 тыс., из них 60,8% умерли от состояний, возникающих в перинатальном периоде, 16,6% – от болезней органов дыхания, 11,7% – от врожденных аномалий, 2,2% – от несчастных случаев, отравлений и травм, 2,2% – от инфекционных и паразитарных заболеваний, 0,8% – от болезней органов пищеварения, 5,7% – от других болезней [4,14].

По мнению многих авторов, частота рецидивирующих форм бронхитов с резистентностью к терапии увеличивается из-за продолжающейся эволюции вирусных и бактериальных возбудителей, значительного роста вторичных иммунодефицитных состояний, связанных с ухудшением экологии, инфекционными и другими причинами [1,5,6,8].

С целью профилактики и предотвращения хронизации бронхолегочной патологии (БЛП) ВОП проводят диспансерное наблюдение и восстановительное лечение у детей в условиях семейных поликлиник (СП). При организации и осуществлении этой работы педиатрическая медицинская служба руководствуется рядом приказов МЗ Узбекистана: «О мерах по организации диспансеризации населения», «О совершенствовании медико-санитарной помощи детям организованного контингента в Республике Узбекистан», где говорится о необходимости организации оказания медицинской помощи детям в дошкольных и общеобразовательных учреждениях, обеспечении качества проведения медицинских осмотров и диспансеризации [10,11]. Приказ МЗ Узбекистана «О внедрении профилактических мероприятий населению в первичных медико-санитарных учреждениях», приказ № 420 от

2.11.2015 года «О мерах по совершенствованию оказания медицинских услуг детям в амбулаторно-поликлиническом учреждении» также указывает на необходимость проведения правильного и своевременного диспансерного наблюдения в первичном звене здравоохранения [12,14].

Среди пациентов городских семейных поликлиник города Ташкента чаще были дети с повторными бронхитами дошкольного возраста. Больных школьного возраста было меньше. В ряде случаев у больных школьного и подросткового возраста РБ переходил в хронические заболевания бронхов, в частности в бронхиальную астму (БА), приводя к инвалидности. При этом расходы на лечение и уход за детьми с повторными заболеваниями бронхов наносят существенный материальный ущерб не только семье ребенка, но и бюджету страны в целом. В связи с этим реабилитация детей с рецидивами острых бронхитов является актуальной проблемой для педиатра [6,13,16,18,22].

Бронхиты на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), в том числе повторные, наблюдаются особенно часто у детей до 6 лет в зонах промышленного и бытового (пассивное курение, печи, плиты) загрязнения воздуха, что может быть связано с бронхиальной гиперреактивностью [1,9,18].

Рецидивирующий бронхит представляет собой бронхит без явлений обструкции, эпизоды которого повторяются 2-3 раза в течение 1-2 лет на фоне острых респираторных вирусных инфекций. Критериями диагностики повторного эпизода заболевания соответствует клиническим и рентгенологическим признакам острого бронхита. При этом клиническими признаками являются субфебрильная температура, кашель, диффузные сухие и разнокалиберные влажные хрипы в легких. Рентгенологические: изменение легочного рисунка (возможно усиление и повышение прозрачности) при отсутствии инфильтративных и очаговых теней в легких [17,21,22].

Оптимизация реабилитационных мероприятий у детей с рецидивирующими формами бронхитов в амбулаторно-поликлинических условиях включает в себя выполнение основных принципов медицинской реабилитации:

1. Максимально раннее начало реализации восстановительного лечения – непрерывность и этапность проведения реабилитационных мероприятий.
2. Комплексный характер лечебных, социальных, психологических и других мероприятий.
3. Индивидуальный подход к составлению программ реабилитации с учетом течения процесса, возраста, условий и образа жизни больного ребенка.

Необходимо строго придерживаться всех этапов реабилитации. Первый этап (стационарный или госпитальный): предусматривает проведение ранней реабилитации (профильное отделение стационара, лечение на дому) и поздней реабилитации (реабилитационное отделение стационара, дневной стационар семейной поликлиники). Предназначен для лечения острой фазы болезней, для обследования, требующего инвазивных процедур и постоянного наблюдения за больным.

Второй этап – амбулаторно-поликлинический (диспансерно-поликлинический). Предусматривает длительное диспансерное наблюдение, проведение противорецидивных курсов лечения (санатории местные, дневные стационары, отделение восстановительного лечения поликлиники), определение режима труда и быта, ежегодную оценку эффективности реабилитации.

Третий этап – санаторно-курортный, который предусматривает ликвидацию последствий болезни или травмы, восстановление функциональной способности больного ребенка в условиях специализированных санаториев (местные и в курортных зонах). На данном этапе реабилитации используют в основном естественные и преформированные физические факторы, режим организованного отдыха.

Реабилитация на всех трех этапах должна быть комплексной медико-психолого-педагогической и состоять из нескольких блоков: проведение общеоздоровительных мероприятий; коррекция основного заболевания и сопутствующих отклонений в состоянии здоровья; психолого-педагогическая реабилитация. Обязательными компонентами реабилитационных программ детей и подростков являются рациональное питание и коррекция образа жизни; общеукрепляющая и лечебная физкультура; фармакологические средства; физические методы [6,13,20].

Целями реабилитации детей с воспалением бронхов являются снижение функциональных нарушений до полного восстановления функций при острых и повторных заболеваниях для предотвращения хронизации и осложнений [13].

Реабилитационные мероприятия разделяют на раннюю и позднюю, далее восстановительное лечение и динамическое наблюдение.

При этом для детей, перенесших острый бронхит или РБ без явлений обструкции, ранняя реабилитация включает следующие направления: на фоне этиологического лечения назначаются интерферогенные противовоспалительные препараты, бронхолитики, секретолитические средства, отхаркивающие препараты, охранительный и тренирующий режим. Улучшают циркуляцию на уровне малого круга кровообращения, проводят физиотерапию с противовоспалительным действием. При ранней реабилитации речь может идти лишь об иммунотерапии, но не об иммунокоррекции [5]. Соблюдение режима дня, который представляет собой рациональное распределение во времени правильная последовательность удовлетворения основных физиологических потребностей организма ребенка в активном бодрствовании, сне и пище.

Ранняя реабилитация у детей с РБ, протекающим с обструктивным синдромом, кроме упомянутого, также должна включать:

- ограничение антигенов в окружающей среде; исключение облигатных аллергенов в диете;
- базисная терапия с ограниченной медикаментозной нагрузкой проводится при наличии аускультативных признаков бронхоспазма;
- этапная бронходрирующая аэрозольтерапия;

I этап – ингаляция секретолитических и секретомоторных препаратов (натрия хлорид, натрия гидрокарбонат, грудной сбор, минеральные воды);

II этап – вибрационный массаж в дренажном положении;

этапы аэрозольтерапии сменять друг друга строго последовательно 2 раза в день в течение трех-четырех дней, в зависимости от степени тяжести бронхообструктивного синдрома.

Поздняя реабилитация – назначаются все факторы санаторного лечения. Проводится иммунотерапия адаптогенами растительного и животного происхождения. Используются антибактериальные препараты, пролонгированные метилксантины, иммуномодуляция, витаминотерапия, микроэлементы, ферменты с заместительной целью, ЛФК, массаж [5,6,8,15].

В амбулаторных условиях семейной поликлиники у детей с острыми и рецидивирующими формами бронхитов при признаках вирусной инфекции необходимо назначить противовирусные средства (ремантадин, детям раннего возраста его особую форму в виде 0,2% сиропа – альгирем, арбидол, афлубин, гриппферон, анаферон детский и др.).

Системную антибактериальную терапию проводят только при микоплазменном и хламидийном бронхитах (используются макролиды по нижеприведенной схеме). Назначение эритромицина вследствие нестабильности в кислой среде желудка и низкой биодоступности малоэффективно. Алгоритм применения макролидов у детей при хламидийно-микоплазменном инфицировании следующий: азитромицин – в 1-й день в дозе 10 мг/кг, со 2-го по 5 день – 5 мг/кг 1 раз в сутки. Необходимым условием является прием препарата за 1 ч до или через 2 ч после еды. Курс лечения – 5-7 дней; кларитромицин – 7,5-10 мг/кг в сутки (максимальная суточная доза 500 мг) в 2 приема в течение 10-14 дней; спирамицин – детям с массой тела более 20 кг – 1,5 млн ЕД на каждые 10 кг массы в сутки в 2-3 приема в течение 10-14 дней; рокситромицин – 5-8 мг/кг в сутки в 2 приема (максимальная суточная доза 300 мг) в течение 10-14 дней; джозамицин – 30-50 мг на 1 кг массы тела в сутки в 3 приема. Курс лечения – 10-14 дней. Следует подчеркнуть, что макролиды обладают хорошей переносимостью, у большинства из них выражен постантибиотический эффект. Отличительной особенностью макролидов является высокая способность накапливаться в очагах воспаления, длительный период полувыведения, эффективное подавление размножения хламидий независимо от сроков начала лечения хламидиоза. Эффект макролидов еще более усиливается при сочетанном их применении с иммуномодулирующими средствами (вифероном, лейкинфероном, амиксином, циклофероном, нуклеином натрия, имуналом, тримуналом и др.) [7,16,17,20].

Противокашлевые средства центрального действия подавляют болезненный навязчивый сухой кашель в начальной фазе бронхита. Противокашлевые средства периферического действия показаны при сухом кашле, связанном с раздражением слизистой оболочки, обычно сопровождающим трахеит. Препаратом выбора является амброксол – муколи-

тик с отхаркивающим эффектом. Примером препарата амброксола является анавикс, который выпускается в виде сиропа для детей до 12 лет (120 мл с содержанием амброксола гидрохлорида 15 мг/5 мл) и сиропа для детей с 12 лет и взрослых (120 мл с содержанием амброксола гидрохлорида 30 мг/5 мл). Детям до 2-х лет жизни – по 2,5 мл сиропа соответствующей концентрации 2 раза в сутки, с 3-х до 5 лет – по 2,5 мл сиропа 3 раза в сутки, от 6 до 12 лет – по 5 мл сиропа 2-3 раза в сутки. Детям старше 12 лет и взрослым – 5-10 мл сиропа соответствующей концентрации 2 раза в сутки [7,16,17,20].

Уменьшению воспалительных изменений в слизистой оболочке бронхов способствует новое противовоспалительное средство фенспирид (Эреспал). Обязательны при бронхитах обильное питье (теплый чай, морс, компот из сухофруктов, щелочные минеральные воды без газа) ориентировочно 100 мл/кг в сутки; массаж с дренажем грудной клетки. Свидетельство эффективности терапии – нормализация температуры тела и самочувствия, уменьшение кашля и хрипов в легких. При сохранении фебрильной лихорадки более 3 суток требуется решить вопрос о назначении системных антибиотиков.

Для закрепления положительных результатов иммунокоррекции детям с рецидивирующим бронхитом показаны круглогодичные лечебно-профилактические мероприятия: 2 курса иммуномодулятора с интервалом 6 месяцев или 3 курса ликопида с интервалом 4 месяца, в зависимости от исходных изменений в иммунной системе [9].

Санаторно-курортное лечение – лечение больных и оздоровление практически здоровых лиц (отдыхающих) в учреждениях санаторно-курортного типа, расположенных в курортной местности и на курортах. На территории Средней Азии существуют специализированные санатории по бронхолегочной патологии, в частности Акташ, Зомин, Чимган и др. Там используют галокамеры, с помощью новейших технологий воссоздаются необходимые климатические условия и естественный микроклимат природных соляных пещер.

Физическая культура включает личную гигиену, режим дня, рациональное питание. Комплекс физических упражнений вовлекает в орбиту своего влияния все звенья нервной системы, начиная от коры головного мозга и кончая периферическими рецепторами, а также эндокринные и гуморальные механизмы. Закаливание способствует выработке защитных приспособительных реакций организма, совершенствует механизмы терморегуляции. При назначении закаливающих процедур необходимо разделение детей на группы: к первой относятся здоровые, ранее закаливаемые дети (им можно назначать любые процедуры), ко второй – здоровые, ранее не закаливаемые (все мероприятия должны быть постепенными), к третьей – дети-реконвалесценты после заболеваний и с хронической патологией, которым необходим щадящий метод закаливания [4-6,8].

Среди немедикаментозных методов реабилитации заслуженное первенство принадлежит

фитотерапии. Её преимущество определяется отсутствием осложнений и возможностью длительного применения при хронических процессах. Иглорефлексотерапия – эффективный метод лечения и реабилитации. В настоящее время применяется ряд методов рефлекторной терапии. К ним относятся: классический метод иглотерапии, прижигание, электроакупунктура и лазерорефлексотерапия. Противопоказаниями к проведению иглорефлексотерапии являются доброкачественные и злокачественные опухоли, наличие температуры, инфекционные заболевания, грипп, ангина, тяжёлые заболевания сердца, почек, активная форма туберкулёза [4-6,8].

Динамическое наблюдение: участковый врач осматривает ребенка раз в квартал, ЛОР-врач – 2 раза в год. Дополнительные исследования: проводят аллергические тесты, исследуют функцию внешнего дыхания (определяют пиковую скорость на выдохе). Больные снимаются с учета при отсутствии клинико-лабораторных отклонений в течение 3-х лет [3-6,8].

Правильно разработанная и своевременная комплексная методика реабилитации детей с рецидивирующими формами бронхитов в лечебно-профилактических учреждениях позволяет улучшить у ребенка функцию внешнего дыхания, дренажную функцию бронхов, уменьшить частоту рецидивов и хронизации заболевания.

Литература

1. Авдеева Т.Г. Руководство участкового педиатра. – 3-е изд. – М., 2017. – 646 с.
2. Аношкина Е.В., Гаммель И.В., Кононова С.В. Динамика заболеваемости болезнями органов дыхания детского населения страны // Мед. альманах. – 2018. – №3. – С. 120-123.
3. Дроздов А.М. Поликлиническая педиатрия: конспект лекций // Мед. альманах. – 2018. – №3 (54). – С. 120-123.
4. Закирова У.И. Диспансеризация детей с заболеваниями органов дыхания: Учеб.-метод. пособие – Ташкент, 2018. – 45 с.
5. Зубаренко А.В., Кравченко Л.Г., Николайчук О.Н. Дифференцированная реабилитация детей с острым обструктивным бронхитом // Мед. реабилитация, курортол., физиотерапия. – 1998. – №4. – С. 35-36.
6. Исраелян Ю.А., Белоусова Т.Е., Беспалова А.В., Карпова Ж.Ю. Полисистемный подход к медицинской реабилитации рецидивирующих бронхолегочных заболеваний у детей подросткового возраста // Мед. альманах. – 2013. – №2 (25). – С. 139-142.
7. Калмыкова А.С. Поликлиническая педиатрия: Учебник. – М., 2011. – 720 с.
8. Малявина А.Г., Епифанов В.А. и др. Реабилитация при заболеваниях органов дыхания. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 352 с.
9. Медведева Е.Н., Смирнова Л.Н. Опыт реабилитации детей с бронхолегочной патологией в санаторных условиях // Психосоматические и интегративные иссл. – 2016. – Т. 2, №2. – С. 28.
10. О внедрении профилактических мероприятий населению в первичных медико-санитарных учреждениях: Приказ МЗ РУз № 161 от 17.05. 2013 г.
11. О мерах по совершенствованию оказания медицинских услуг детям в амбулаторно-поликлиническом учреждении: Приказ МЗ РУз № 420 от 2.11.2015 г.
12. О совершенствовании эпидемиологического над-

зора за острыми и респираторными инфекциями: Приказ МЗ РУз № 242 от 14 июля 2014 г.

13. Омолоева Т.С. Принципы динамического наблюдения за больными детьми на педиатрическом участке. Учеб.-метод. пособие. – Иркутск, 2013. – С. 28.
14. Организация и проведение эпидемиологического надзора за ОРИ: Приложение №1 к приказу МЗ РУз № 242 от 14.07. 2014 г.
15. Осин А.Я., Козлова М.А., Осина Т.Д. Исходы рецидивирующего бронхита у детей // Успехи соврем. естествознания. – 2003. – №10. – С. 89-89.
16. Пушина А.В. Комплексная методика реабилитации детей младшего школьного возраста с бронхолегочными заболеваниями: Дис. ... мед. наук. – М., 2012. – 140 с.
17. Рачинский С.В., Таточенко В.И. Болезни органов дыхания у детей: Практ. руководство. – М., 2012. – 482 с.
18. Савенкова Н.Д., Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А. Рецидивирующий бронхит у детей: состояние проблемы // Астраханский мед. журн. – 2014. – Т. 2, №9. – С. 29-37.
19. Самсыгина Г.А., Выжлова Е.Н. Еще раз о проблемах понятия «Часто болеющие дети» // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. – 2016. – №15. – С. 209-215.
20. Утешев Д.Б. Ведение больных с острым бронхитом в амбулаторной практике // Рос. мед. журн. 2019. – №5. – С. 60.
21. Чучалин А.Г., Геппе Н.А. и др. Современная классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей // Педиатрия. – 2010. – Т. 89, №4. – С. 15.
22. Шабалов Н.П. Детские болезни. – Т. 8. – СПб: Питер, 2017. – 880 с.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ФОРМАМИ БРОНХИТОВ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Закирова У.И., Максудова Л.И.

Среди детского населения города Ташкента рецидивы заболеваний бронхов имеют широкое распространение. Поэтому в амбулаторно-поликлинических условиях в комплексном лечении таких больных необходимы своевременные и комплексные лечебные реабилитационные мероприятия, повышающие защитные силы организма. Оптимизация реабилитационных мероприятий у детей с рецидивирующими формами бронхитов включает в себя выполнение основных принципов медицинской реабилитации: максимально раннее начало реализации восстановительного лечения-непрерывность и этапность проведения реабилитационных мероприятий; комплексный характер лечебных, социальных, психологических и других мероприятий; индивидуальный подход к составлению программ реабилитации с учетом течения процесса, возраста, условий и образа жизни больного ребенка.

Ключевые слова: дети, рецидивирующие формы бронхитов, амбулаторно-поликлинические условия, реабилитационные мероприятия, санаторно-курортное лечение.