

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT
JURNALI

№ 2 (103)
2021

O'ZBEKISTON
VRACHLAR
ASSOTSIATSIYASI
BYULLETENI



НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

БЮЛЛЕТЕНЬ
АССОЦИАЦИИ
ВРАЧЕЙ
УЗБЕКИСТАНА

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT JURNALI

**O'zbekiston
vrachlar
assotsiatsiyasi**

Bosh muharrir:
Iskandarov T.I., t.f.d., O'FA
akademigi

Tahrir hay'ati:

Abduraximov Z. A., t.f.d.
Akilov X.A., t.f.d., professor
Alimov A.V., t.f.d., professor
Asadov D.A., t.f.d., professor
Ahmedova D.I., t.f.d., professor
Iskandarova Sh.T., t.f.d., professor
Kurbonov R.D., t.f.d., professor
Rustamova M.T., t.f.d., professor
Sidiqov Z.U., t.f.n.
Sobirov D.M., t.f.d., professor
Tursunov E.O., t.f.d., professor
Yarkulov A.B., t.f.n.
Shayxova X.E., t.f.d., professor

Nashr uchun mas'ul xodim:
Mavlyan-Xodjaev R.Sh, t.f.d.

Dizayn, kompyuterda teruvchi:
Abdusalomov A.A.
Jurnal O'zbekiston Matbuot va
axborot agentligidan 2016 yil
13 dekabrda ro'yhatdan o'tgan.
Guvohnoma №0034.
Tahririyat manzili: 100007,
Toshkent shahri,
Parkent ko'chasi, 51-uy.
Tel.: 71-268-08-17
E-mail: info@avuz.uz
Veb - sayt: www.avuz.uz

**B
Y
U
L
L
E
T
E
N
I**

2
(103)

TOSHKENT

TOSHKENT TIBBIYOT
AKADEMIYASI KUTUBXONA
№

**O'zbekiston Vrachlar
Assotsiatsiyasi 2021 yil**

МУХАРРИР МИНБАРИ

6

ХУҚУҚ ВА ИҚТИСОДИЁТ

Абдурахимов З.А., Вихров И.П. Соғлиқни сақлашда катта маълумотлардан фойдаланиш

7

Акилов Х.А., Саатов Р.Р., Туракулов У.Н. Тиббиётда масофавий ўқитиш – замон талаблари

14

ИЛМИЙ ТАДҚИҚОТЛАР АМАЛИЁТГА

Ким Ен-Дин, Куличкин Ю. В., Ходжибаева Г. А, Джураев Ф. С. Сурункали юрак етишмовчилиги бўлган юракдан ташқари жарроҳлик амалиёти ўтказилган қария ва кекса беморларда азот оксиди донаторларининг самарасини қиёсий баҳолаш

20

Акилов Х.А., Низомов Ш.А., Шукуров Б.С. Болаларда уретранинг травматик стриктураларида уретропластика натижаларини яхшилаш

26

Мухтаров Ш.Т., Насиров Ф.Р., Сафаев Ё.У. Перкутан нефролитотомия амалиётдан кейин асоратлар ривожланишида нефростомик найча турининг аҳамияти. Рандомизацияланган тадқиқотнинг эрта натижалари

32

Даминова К.М., Сабилов М.А. Сурункали буйрак касаллигини ривожланиши ва прогрессияси учун баъзи ўзгартирилиши мумкин ва ўзгартирилмайдиган хавф омилларининг комбинацияси

36

Хайдаров И.Т., Красненкова М.Б. Интенсив терапия бўлимида даволанаётган беморларда шифохонадан ташқари пневмония касаллигининг кечишига қўшимча касалликлар ва ёшнинг таъсири

43

Саидахмедов И.О., Кадиров А.З., Махмудов Н.И., Масаидов Х.А., Халилова О.С. Лозартан ва гидрохлортиазидни биргаликда артериал гипертензияли беморларни даволаш

47

Ташбаев А.Б., Мирзаахмедова И.З., Солиев К.К., Солиев Д.К., Солиев А.К. Ўткир лимфобласт лейкозни даволаш даврида суяк қўмиги ва қонда лейкоформула ва миелограмма кўрсаткичлари. Касалхонадан ташқари терапевтик шароитда индукция, ремиссия, консолидация ва доимий қўллаб турувчи терапияда яшаб қолиш даври

51

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

ПРАВО И ЭКОНОМИКА

Абдурахимов З.А., Вихров И.П. Использование больших данных в здравоохранении

Акилов Х.А., Саатов Р.Р., Туракулов У.Н. Дистанционное обучение в медицине – требование современности

НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ В ПРАКТИКУ

Ким Ен-Дин, Куличкин Ю. В., Ходжибаева Г. А, Джураев Ф. С. Сравнительная оценка эффективности донаторов оксида азота на функцию эндотелия при внесердечных хирургических операциях у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью

Акилов Х.А., Низомов Ш.А., Шукуров Б.С. Улучшение результатов уретропластики при травматических стриктурах у детей

Мухтаров Ш.Т., Насиров Ф.Р., Сафаев Ё.У. Роль вида нефростомической трубки в развитии послеоперационных осложнений перкутанной нефролитотомии. Предварительные результаты рандомизированного исследования

Даминова К.М., Сабилов М.А. Сочетание некоторых модифицируемых и не модифицируемых факторов риска развития и прогрессирования хронической болезни почек

Хайдаров И.Т., Красненкова М.Б. Влияние сопутствующих заболеваний и возраста на исходы внебольничной пневмонии у пациентов, госпитализированных в отделение интенсивной терапии

Саидахмедов И.О., Кадиров А.З., Махмудов Н.И., Масаидов Х.А., Халилова О.С. Комбинированная терапия лозартаном и гидрохлортиазидом у больных артериальной гипертензией

Ташбаев А.Б., Мирзаахмедова И.З., Солиев К.К., Солиев Д.К., Солиев А.К. Показатели лейкоформулы периферической крови и миелограммы костного мозга у больных с острым лимфобластным лейкозом в динамике лечения. Индукции ремиссии, консолидации и в периоды постоянной поддерживающей терапии с полной ремиссией длительной выживаемостью во внестационарных общетерапевтических условиях

- Исламова М.С., Сабилов М.А., Даминова К.М.** Лептин-семизликда буйрак шикастланиши диагностикасини истикболи 55
- Ярмухамедова Н.Ф., Бакиева Ш.Х., Саломова Ф.И.** Риносинуситларнинг эпидемиологияси, этиологияси, диагностикаси, клиникаси ва даволашга замонавий ёндошув 59
- Киличев И.А., Матёкубов М.О.** Оролбўйи худудида мия инсультининг ёш ва жинсга боғлиқ хусусиятлари 67
- Закирова У.И.** Қайталовчи бронхиал обструкцияда болаларни комплексли тиббий реабилитацияси тамойиллари 70
- Сабилов Э.Э., Боймурадов Ш.А.** Тиш-жағ анамалиялари ва деформацияларида милк рецессияларини жаррохлик усуллари билан даволаш 76
- Захидова М.З., Хасанова Д.А.** Қарияларда сурункали қабзиятни учраш частотаси 80
- Туйчиев Ж.Д., Набиходжаева Д.К., Муртазаева З.Б., Раззакова Ш.О.** Covid -19 билан боғлиқ жигар зарарланишлари 87
- Маликов О.М., Убайдуллаева З.И., Уришева М.М., Валиев А.А.** Сурункали вирусли (в, с, д) гепатит ва жигар циррози негизда камқон беморларни озон билан даволаш 89
- Салохиддинов З.С., Усманова У.И.** Оитс бўлган популяцияда гипергликемияни тарқалиши 93
- Расулова М.И., Хасанова Д.А.** Ноинфекцион касалликларни профилактикасида оилавий шифокорларнинг роли 95
- Хаидарова Б.А.** Гипертония билан оғриган беморларда соғлом овқатланишни ташкил этишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни 98
- Ходжаев Н.И., Рахимова Ш.Х.** Юқумли бўлмаган касалликлар профилактикасининг соғлом турмуш тарзини шакллантиришдаги аҳамияти 101
- Индиаминов С.И., Қўшбоқов А.М.** Болалар ўлими таркиби, сабаблари ва тафсилотлари 104
- Асатулаев А.Ф., Индиаминов С.И.** Странгуляцион механик асфиксия-осилиш жараёнининг долзарб суд-тиббий жиҳатлари 108
- Исламова М.С., Сабилов М.А., Даминова К.М.** Лептин-перспектива для диагностики ренального поражения при ожирении
- Ярмухамедова Н.Ф., Бакиева Ш.Х., Саломова Ф.И.** Современные представления об эпидемиологии, этиологии, диагностике, клинике и лечении риносинуситов
- Киличев И.А., Матёкубов М.О.** Возрастные и гендерные особенности мозгового инсульта в регионе приаралья
- Закирова У.И.** Принцип комплексности в медицинской реабилитации детей с рецидивирующей бронхиальной обструкцией
- Сабилов Э.Э., Боймурадов Ш.А.** Лечение больных с рецессией десны в сочетании с зубочелюстными аномалиями и деформациями после хирургического вмешательства
- Захидова М.З., Хасанова Д.А.** Частота встречаемости хронического запора среди людей преклонного возраста
- Туйчиев Ж.Д., Набиходжаева Д.К., Муртазаева З.Б., Раззакова Ш.О.** Covid-19 ассоциированные поражения печени
- Маликов О.М., Убайдуллаева З.И., Уришева М.М., Валиев А.А.** Лечение больных анемией обусловленных хроническими гепатитами (в, с, д) и циррозами печени с применением озона.
- Салохиддинов З.С., Усманова У.И.** Распространённость гипергликемии в популяции вич-инфицированных
- Расулова М.И., Хасанова Д.А.** Роль семейного врача в профилактике неинфекционных заболеваний
- Хаидарова Б.А.** Роль медсестры с высшим образованием при организации здорового питания у больных с гипертонической болезнью
- Ходжаев Н.И., Рахимова Ш.Х.** Роль профилактики неинфекционных заболеваний в формировании здорового образа жизни
- Индиаминов С.И., Қўшбоқов А.М.** Структура, причины и обстоятельства смертности детей
- Асатулаев А.Ф., Индиаминов С.И.** Актуальные аспекты судебно-медицинской экспертизы состояний странгуляционной механической асфиксии – повешения

- Искандарова Г.Т.** Гербицид алионни атроф-мухит объектларида токсикологик-гигиеник баҳолаш 113
- Искандарова Г.Т.** Токсиколого-гигиеническая оценка гербицида алион в объектах окружающей среды
- Хасанова Н.А.** Сурункали касалликларда даволанишга бўлган муносабатни мотивацион-қадриятли хусусиятларини ўрганишнинг тадқиқот методологияси 116
- Хасанова Н.А.** Исследовательская методика изучения мотивационно-ценных характеристик подхода к лечению хронических заболеваний
- Тулеметов С.К., Ашууров Т.А.** Она организми сурункали заҳарланган шароитда туғилган авлодда буйрак постнатал тараққиётининг структур-функционал хусусиятлари 121
- Тулеметов С.К., Ашууров Т.А.** Структурно-функциональные особенности постнатального развития почек у потомства в условиях хронической интоксикации материнского организма
- Мирварисова Л.Т., Файзиева Н.Н., Мирварисова З.Ш.** Мулоқот стратегиясини жорий этиш орқали шошилиш тиббий ёрдам тизимидан фойдаланишни оптималлаштириш 126
- Мирварисова Л.Т., Файзиева Н.Н., Мирварисова З.Ш.** Оптимизация использования системы экстренной медицинской помощи путём внедрения коммуникационной стратегии

**ТИББИЙ ТАЪЛИМ,
АМАЛИЁТЧИ ШИФОКОРЛАР
ЭТИБОРИГА**

- Нурмухамедова Р.А., Садырова М.А.** Оила шифокорларини масофавий ўқитиш учун ўқув модулларини яратиш 130
- Нурмухамедова Р.А., Садырова М.А.** Создание учебных модулей для дистанционного обучения семейных врачей
- Бабаханова Д.С., Ибрагимов А.Ю., Мамадалиева Я.С.,** Сут беги саратонини соғлиқни сақлаш бирламчи бўғини даражасида эрта диагностика қилишнинг ноинвазив усуллари 135
- Бабаханова Д.С., Ибрагимов А.Ю., Мамадалиева Я.С.,** Неинвазивные методы ранней диагностики рака молочной железы на уровне первичного звена здравоохранения
- Исаков П.М., Абдуллажанов Б.Р., Ботиров А.К.** Қисилган вентрал чурралар бўйича герниопластикада тизимли асоратларни ташриҳдан кейинги олиб бориш ва олдини олиш хусусиятлари 139
- Исаков П.М., Абдуллажанов Б.Р., Ботиров А.К.** Особенности послеоперационного ведения и профилактики системных осложнений при герниопластике по поводу ущемленных вентральных грыж

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ,
ВНИМАНИЮ ПРАКТИКУЮЩИХ
ВРАЧЕЙ**

- Нурмухамедова Р.А., Садырова М.А.** Оила шифокорларини масофавий ўқитиш учун ўқув модулларини яратиш 130
- Нурмухамедова Р.А., Садырова М.А.** Создание учебных модулей для дистанционного обучения семейных врачей
- Бабаханова Д.С., Ибрагимов А.Ю., Мамадалиева Я.С.,** Сут беги саратонини соғлиқни сақлаш бирламчи бўғини даражасида эрта диагностика қилишнинг ноинвазив усуллари 135
- Бабаханова Д.С., Ибрагимов А.Ю., Мамадалиева Я.С.,** Неинвазивные методы ранней диагностики рака молочной железы на уровне первичного звена здравоохранения
- Исаков П.М., Абдуллажанов Б.Р., Ботиров А.К.** Қисилган вентрал чурралар бўйича герниопластикада тизимли асоратларни ташриҳдан кейинги олиб бориш ва олдини олиш хусусиятлари 139
- Исаков П.М., Абдуллажанов Б.Р., Ботиров А.К.** Особенности послеоперационного ведения и профилактики системных осложнений при герниопластике по поводу ущемленных вентральных грыж

ҲОТИРА

- 2021 Йил хотира ва қадрлаш кунида ўтказилган тадбир ҳақида 143

ЮБИЛЕЙ

- Ўзбекистон врачлар ассоциацияси Сирдарё вилоят булими раиси Мирзаев Ботиржон Раимкулович – 75 ёшда 145

ПАМЯТЬ

- 2021 Йил хотира ва қадрлаш кунида ўтказилган тадбир ҳақида 143

ЮБИЛЕИ

- Ўзбекистон врачлар ассоциацияси Сирдарё вилоят булими раиси Мирзаев Ботиржон Раимкулович – 75 ёшда 145

ПРИНЦИП КОМПЛЕКСНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ

Закирова У.И.

Ташкентская медицинская академия

Рецидивирующий бронхит (РБ) является одной из распространенных заболеваний у детей, которой в последние годы уделяется все большее пристальное внимание ученых и практикующих врачей. Для предотвращения перехода рецидивирующей бронхиальной обструкцией (РБО) в хроническую форму бронхита и формирования бронхиальной астмы, необходимо проведение эффективной медицинской реабилитации путем выполнения принципа комплексности восстановительного лечения. Под принципом комплексности подразумевается использование всех доступных и необходимых лечебных, физических, социальных, психологических и других реабилитационных методов. При этом необходим индивидуальный подход к составлению программ реабилитации с учетом возраста, предрасполагающих факторов, тяжести заболевания, условий и образа жизни ребенка с РБО.

Ключевые слова: дети, бронхит, реабилитация, медицина, лечение.

ҚАЙТАЛОВЧИ БРОНХИАЛ ОБСТРУКЦИЯДА БОЛАЛАРНИ КОМПЛЕКСЛИ ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ТАМОЙИЛЛАРИ

Қайталовчи бронхит (ҚБ) болаларда энг кўп учрайдиган касалликлардан бири бўлиб, сўнгги йилларда олимлар ва амалиётчиларнинг эътиборини ошириб келмоқда. Қайталанувчи бронхИАл обструкциянинг (ҚБО) сурункали бронхит шаклига ўтиши ва бронхИАл астма ҳосил бўлишининг олдини олиш учун ҳар томонлама реабилитация даволаш принципини амалга ошириб самарали тиббий реабилитация ўтказиш лозим. Комплекслик тамойили - мавжуд ва зарур бўлган барча тиббий, жисмоний, ижтимоий, психологик ва бошқа реабилитация усулларидан фойдаланишни назарда тутати. Шу жумладан, реабилитация дастурларини тузиш учун ҚБО билан касалланган боланинг ёшини, мойиллик факторларини, касаллик оғирлигини, яшаш шароити ва турмуш тарзини инобатга олиб индивидуал ёндашиш зарур.

Калит сўзлар: болалар, бронхит, реабилитация, тиббиёт, даволаш

THE PRINCIPLE OF COMPLEXITY IN THE MEDICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH RECURRENT BRONCHITIS.

Recurrent bronchitis (RB) is one of the common diseases in children, which in recent years has received increasing attention from scientists and practitioners. To prevent the transition of RB to the chronic form of bronchitis and the formation of bronchial asthma, effective and effective treatment of the disease, i.e. timely carrying out of rehabilitation measures after discharge from the hospital in urban outpatient settings. A differentiated approach and optimization of rehabilitation measures in children with RB, which includes the implementation of the basic principles of medical rehabilitation. The principle of complexity means the use of all available and necessary medical, physical, social, psychological and other rehabilitation methods. At the same time, an individual approach to drawing up rehabilitation programs is necessary taking into account age, predisposing factors, severity of the disease, conditions and lifestyle of the sick child.

Key words: children, bronchitis, rehabilitation, medicine, polyclinics, treatment

На сегодняшний день в Среднеазиатском регионе бронхолегочная патология (БЛП) имеет наибольшую распространенность среди других болезней детского возраста, при этом существенно выросла заболеваемость острым обструктивным бронхитом с затяжным течением. Проблема усугубляется тем, что у этой категории детей отмечается высокая частота повторного случая бронхообструкции спустя несколько недель после выписки из стационара, что в последующем приводит к формированию рецидивирующего обструктивного бронхита (РОБ) или бронхиальной астмы (БА) [1,2,18].

В последние годы особое внимание ученых и практических врачей направлено на разработку современных программ медицинской реабилитации и социальной адаптации для детей с различной патологией. Принцип комплексности медицинской реабилитации подразумевает максимально широкое использование разных методов реабилитации. Они направлены на полную ликвидацию патологических изменений, либо на максимальную возможную компенсацию врожденных или приобретенных дефектов, а также на возвращение ребенка к свойственному его возрасту образу жизни. По данным ВОЗ, реабилитация

является процессом, направленным на всестороннюю помощь больным и инвалидам для достижения ими максимально возможной при данном заболевании физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности [3,6,17].

Целями реабилитации детей с болезнями органов системы дыхания являются снижение классов функциональных нарушений до полного восстановления функций при острых и рецидивирующих заболеваниях и стабилизация минимальных нарушений при хронической патологии.

Анализ обращаемости детей в первичные звенья здравоохранения показал, что объем детей с рецидивами бронхиальной обструкции (РБО) существенно выросла. Так, в одной из городских СП г. Ташкента общее количество детей на участке 9456 человек. В наше наблюдение вошли 166 детей разных возрастных групп одного участка, из которых 25,3 % пациентов обращались с различными формами бронхита. Результаты наших исследований показали, что из общего количества детей на одном участке РБО страдает 17 детей, что составляет 10,2 % от общей численности на одном участке. Среди обследованных детей преобладали дети раннего возраста 52,9%, по полу преимущественно мальчики 58,8%, дети с частыми эпизодами бронхита (3-4 раза в год) в 70,5% случаев. Анализ полученных данных показал, что РБ чаще болели дети от 1года до 3 лет - 41,2 %, тогда как заболеваемость значительно снижается до 29,4% в возрасте старше 3 лет, 17,6% детей дошкольного возраста и 11,7% детей школьного возраста.

С целью восстановительного лечения РБ у детей педиатры уже в условиях стационара и ВОП в условиях городских и сельских СП проводят реабилитационные мероприятия. При организации и осуществлении этой работы медицинская служба СП руководствуется рядом приказов МЗ Узбекистана: приказ № 420 2015 года «О мерах по совершенствованию оказания медицинских услуг детям в амбулаторно-поликлиническом учреждении», приказ №161 2013 года «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, об обеспечении качества проведения медицинских осмотров и диспансеризации.

Медицинская реабилитация начинается с момента возникновения заболевания, травмы

или дефекта развития и заканчивается восстановлением физического, психического и социального благополучия. К основным принципам реабилитации относятся: раннее начало проведения реабилитационных мероприятий, комплексность использования всех доступных и необходимых реабилитационных мероприятий, индивидуализация программы реабилитации, принцип этапности, непрерывность и преемственность реабилитации, последовательность, активное участие больного [14].

Проблемы комплексной реабилитации весьма сложны и требуют совместной деятельности многих специалистов: педиатров, хирургов, травматологов, физиотерапевтов, врачей, инструкторов ЛФК, методистов физической реабилитации, массажистов, психологов, психиатров и др., - адекватной физическому и психическому состоянию пациента на отдельных этапах реабилитации. В зависимости от причин, приведших больного к состоянию, состав специалистов и используемых методов и средств будут различны.

На сегодняшний день с целью реализации принципа комплексности в реабилитации детей с РБО в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях необходимо:

- медикаментозная реабилитация, выступающая как один из основных методов реабилитации ребенка;
- методы психологической реабилитации с целью выработки у детей мотивации на реабилитацию, преодоления или смягчения нервно-психических нарушений, коррекции личностных особенностей реабилитанта;
- методы физической реабилитации (кинезотерапия, эрготерапия и мануальная терапия, массаж, аппаратная физиотерапия, рефлексотерапия, бальнеолечение и др.);
- Санаторно-курортное лечение (климатолечение, галотерапия).

Бронхиты, как и ОРВИ – самый частый повод лекарственной терапии. Десятки «средств от кашля» и их агрессивная реклама ведут к избыточному лечению, полипрагмазии и излишним расходам на лечение [8,12].

Основные задачи медицинской реабилитации детей с бронхолегочной патологией (БЛП):

- 1) обеспечение возможно полной ликвидации патологических изменений органов дыхания и тем самым предупреждение хронизации процесса;
- 2) нормализация показателей бронхиальной проходимости, газового состава крови, положительная динамика параметров внешнего дыхания;

3) устранение диссоциации между альвеолярной вентиляцией и легочным кровотоком;

4) по возможности предотвращение инвалидизации или ее уменьшение;

5) улучшение качества жизни – постепенное приспособление организма ребенка к расширению режима, предупреждение двигательных расстройств и отставания в психомоторном развитии.

При реабилитации детей с БЛП придерживаемся всех этапов проведения реабилитации:

1. Первый этап (стационарный или госпитальный) реабилитации детей с БЛП: предусматривает проведение ранней реабилитации (пульмонологическое и аллергологическое отделение стационара) и поздней реабилитации (реабилитационные центры или реабилитационные отделения стационара, дневной стационар семейной поликлиники). Предназначен для лечения острой фазы болезней, для обследования, требующего инвазивных процедур и постоянного наблюдения за больным.

2. Второй этап (амбулаторно – поликлинический) реабилитации детей с БЛП: предусматривает длительное диспансерное наблюдение, проведение противорецидивных курсов лечения (санатории местные, дневные стационары, отделение восстановительного лечения семейной поликлиники) определение режима труда и быта, ежегодную оценку эффективности реабилитации. Служит для динамического перманентного наблюдения за состоянием здоровья, является центральным этапом системы реабилитации.

3. Третий этап (санаторно – курортный) реабилитации детей с БЛП: предусматривает ликвидацию последствий болезни, 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.

Общими противопоказаниями к проведению медицинской реабилитации в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях следует считать следующие: выраженные психические нарушения; грубые нарушения интеллектуально-поведенческой функции; высокая, не корригируемая артериальная гипертензия; выраженная коронарная недостаточность; тяжелая степень нарушения функции органов и систем: сердечно-сосудистой, дыхательной, почечной, печеночной и др.; ак-

тивная фаза ревматизма; активные формы туберкулеза; лихорадочные состояния; острые тромбозы, эмболии в качестве сопутствующих заболеваний; инкурабельные злокачественные новообразования [14].

Раннее начало проведения реабилитационных мероприятий при РБО важно с точки зрения профилактики возможных дегенеративных изменений в тканях, что особенно важно при хронических заболеваниях бронхов, обеспечивает более благоприятное течение и исход заболевания, служит одним из моментов профилактики БА (вторичная профилактика). Следует отметить, что реабилитационные мероприятия нельзя применять при очень тяжелом состоянии больного, высокой температуре, сильной интоксикации, выраженной сердечно-сосудистой и легочной недостаточностью больного, резком угнетении адаптационных и компенсаторных механизмов [5,13].

Принцип индивидуализации реабилитации детей с РБ состоит в реализации составления индивидуальной программы реабилитации, которая учитывает особенности состояния больного, его функциональные возможности, возраст, пол, семейное и социальное положение, состав специалистов и используемых методов и средств. Также учитывать степень выраженности последствий заболевания; время, прошедшее от начала возникновения последнего случая рецидива заболевания; степень восстановления нарушенных функций дыхания до составления данной программы; наличие сопутствующих заболеваний; определение способности продолжения учебной деятельности, физической культуры и многие другие факторы [14].

Рецидивирующий бронхит – бронхит без явлений обструкции, эпизоды которого повторяются 2–3 раза в течение 1–2 лет на фоне острых респираторных вирусных инфекций. При этом эпизоды бронхита характеризуются длительностью клинических проявлений (2 недели и более). Рецидивирующий бронхит, протекающий с обструктивным синдромом – обструктивный бронхит, эпизоды которого повторяются 3 и более раз в течение года на фоне ОРВИ. В отличие от бронхиальной астмы обструкция не имеет приступообразного характера и не связана с воздействием неинфекционных аллергенов [9,10]. Дети группы риска по развитию БА составляют дети с признаками аллергии в личном или семейном анамнезе, а также с тремя и более эпизодами обструкции бронхов.

Научные исследования многих авторов по-

казали, что в целом у 60-70% детей с рецидивирующим обструктивным бронхитом, не имеющим признаков аллергии и низким уровнем IgE, обструктивные эпизоды прекращаются в возрасте 3-4 лет, у остальных – в возрасте 4-5 лет. Напротив, у детей с признаками аллергии, нередко уже в возрасте 2-4 лет после 3-4 эпизодов диагноз бронхиальной астмы становится очевидным [10,13].

Для исключения БА у детей с РБО рекомендуется пройти аллергологическое обследование, определение концентрации IgE. Рентгенография позволяет исключить органические изменения в легких (муковисцидоз, облитерирующий бронхолит, пороки развития), которые также часто протекают с рецидивами бронхита, в том числе с обструктивным синдромом. Поскольку для этой группы заболеваний характерно сохранение физикальной симптоматики между обострениями, важен осмотр ребенка в период «ремиссии». В зависимости от возраста ребенка, необходимым также является проведение исследования ФВД с помощью компьютерной флоуметрии для выявления скрытого бронхоспазма.

В амбулаторно-поликлинических условиях детям с бронхитом проводят эффективное лечение с индивидуальным подходом, при этом учитывая форму заболевания и фоновые состояния. Детям с различными формами бронхита при резко выраженной обструкции, дыхательной недостаточностью и при неэффективности начатой дома и амбулаторной терапии показана госпитализация в стационар.

Ранняя реабилитация детей с РБ – 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 повторяющихся эпизодах обструкции ребенка следует направить на консультацию и дообследование, в первую очередь, к аллергологу-иммунологу при подозрении на БА и к пульмонологу для исключения или подтверждения более редких причин бронхиальной обструкции.

Реабилитационные мероприятия детей с рецидивирующим бронхитом без явлений обструкции или обструктивный, включает щадящий режим, питание, обогащенное витаминами. Дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки (общий, точечный), ЛФК. Аэрозольная

физиотерапия, ингаляции с ромашкой, календулой, тысячелистником, чабрецом, соком репчатого лука. Озокеритовые аппликации на грудную клетку, кислородные коктейли, электрофорез магния сульфата. Закаливающие процедуры: сухие и влажные обтирания, контрастные ножные ванны. Лазерорефлексотерапия. Гомеопатическое лечение. Фитотерапия: отвары мать-и-мачехи, подорожника, алтея лекарственного, шалфея, фиалки трёхцветной, солодки, бузины чёрной, настой из сосновых почек, плодов аниса, сок чёрной редьки.

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. Алгоритм применения макролидов у детей при хламидийно-микоплазменном инфицировании следующий: например, 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 еды или через 2 ч после еды. Курс лечения – 5 – 7 дней; [3,6,7]

Эффект макролидов еще более усиливается при сочетании их применения с иммуномодулирующими средствами (вифероном, лейкинфероном, амиксином, циклофероном, нуклеинатом натрия, иммуналом, тримуналом и др.)

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. Примером может служить Туссал (декстрометорфана гидробромид), который выпускается по 10 таблеток (15 мг) в упаковке. Детям с 6 до 12 лет назначают по 1 таблетке каждые 10–12 часов, старше 12 лет – по 2 таблетки каждые 6–8 часов. Отхаркивающие средства призваны оказывать действие, стимулирующее кашель. Однако в контролируемых исследованиях эффективность этих средств не доказана.

Муколитики способствуют разжижению мокроты и ее отхождению. Препаратом выбора является амброксол – муколитик с отхаркивающим эффектом. Примером препарата амброксола является Анавикс, который выпуска-

ется в виде сиропа для детей до 12 лет (120 мл с содержанием амброксола гидрохлорида 15 мг/5мл) и сиропа для детей с 12 лет и взрослых (120 мл с содержанием амброксола гидрохлорида 30 мг/5 мл). Детям до 2 лет жизни – по 2,5 мл сиропа соответствующей концентрации 2 раза в сутки, с 3 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. В зависимости от лекарственной формы Бронхипрета и возраста ребенка препарат дозируют следующим образом: 1. Сироп Бронхипрет назначают четыре раза в день. Детям грудного возраста дают 10 – 16 капель, детям от года до двух лет – 17 капель. Детям старше двух лет 17 капель + 3 капли на каждый дополнительный год жизни. 2. Капли Бронхипрет назначают 4 раза в сутки. Детям школьного возраста (6 – 11 лет) – по 25 капель, с 12 – 18 лет – по 28 капель, старше 12 лет – по 40 капель. 3. Драже Бронхипрет разрешено детям старше 12 лет. Он принимается по 1 драже 3 раза в день [5,7].

Бронхолитическая терапия (β -адреномиметик) через спейсер – сальбутамол, фенотерол (1-2 дозы), аэрозоль беродуала через небулайзер (дети до 6 лет – 50мкг/кг – 0,5 мл; старше 6 лет – 1,0 мл на прием). Оценка через 20-40 мин: эффект есть – поддерживающая терапия, эффекта нет – шаг 2. Шаг 2 – повторная доза β -адреномиметика + ингаляция глюкокортикоида (будесонида 250-500-1000, 250-500-1000 мкг в зависимости от возраста). Оценка через 20-40 мин. Эффект есть – поддерживающая терапия, нет – шаг 3. Шаг 3 – введение глюкокортикоида внутримышечно – дексаметазон 0,5 – 0,75 мг/кг или преднизолон 3 -5 мг/кг. Поддерживающая терапия бета-2-агонистом или беродуалом в аэрозоле или через небулайзер и/или аминофиллином внутрь 4-5 мг/кг 3 раза в сутки.

Вибрационный массаж и постуральный дренаж уже со 2-го дня позволяют улучшить эвакуацию мокроты и снизить выраженность бронхоспазма. При появлении навязчивого кашля с вязкой мокротой добавляют муколитические средства.

У детей с аллергией в семейном анамнезе и/или кожными проявлениями аллергии ингаляционные ГК – дозированные или через небулайзер назначают на период сохранения обструкции (обычно 2 нед). При облитерирующем бронхиолите с самого начала назначают стероиды (преднизолон по 2-3 мг/кг/сут), что способствует более быстрому устранению об-

струкции и позволяет уменьшить остаточные изменения. (Жерносек В.Ф., Василевский И.В., Попова О.В., Рубан А.П., Новикова М.Е.2014).

Иммункоррекцию детей с РБ можно провести следующими препаратами: иммунал, бронхомунал, рибомунил, нуклеинат натрия, полиоксидоний. При этом вакцинация таким детям проводят по заключению иммунолога. Витаминотерапия: «Поливит», «Пиковит», «Комплекс В» и другие. При ранней реабилитации речь может идти лишь об иммунотерапии, но не об иммункоррекции. В периоде поздней реабилитации иммункорректирующая терапия намечается и в полном объеме выполняется во время восстановительного лечения. Для закрепления положительных результатов иммункоррекции детям с рецидивирующим бронхитом показаны круглогодичные лечебно-профилактические мероприятия: 2 курса иммуномодулятора с интервалом 6 месяцев или 3 курса ликопада с интервалом 4 месяца, в зависимости от исходных изменений в иммунной системе [5,11].

При поздней реабилитации детей с РБ назначают все факторы санаторного лечения. Детские санатории пульмонологического профиля могут рассматриваться как санаторий (поздняя реабилитация) и как курорт (восстановительное лечение) в зависимости от состояния больного и проводимых методов реабилитации.

Восстановительное лечение детей с РБ включает закаливающие, физические процедуры, ингибиторы аллергического воспаления. Ребенку разрешается полная учебная и физическая нагрузка. Повторные динамические наблюдения детей с РБ: участковый ВОП 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 лет [4,5].

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 БЛП, в частности Актас, Зомин, Чимган и другие. Там используют галокамеры, с помощью новейших технологий воссоздаются необходимые климатические условия и естественный микроклимат природных соляных пещер [8].

Физическая культура включает личную гигиену, режим дня, рациональное питание. При назначении закаливающих процедур необходимо разделить 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 группе - дети-реконвалесценты после заболеваний и с хронической патологией, которым необходим щадящий метод закаливания.

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 для иглорефлексотерапии являются: доброкачественные и злокачественные опухоли, наличие температуры, инфекционные заболевания, грипп, ангина, тяжёлые за-

болевания сердца, почек, активная форма туберкулёза [4,5,8].

Исходы реабилитации и оценка степени восстановления может быть оценена по четырёх бальной шкале: полное восстановление; частичное восстановление; без изменения от исходного уровня; ухудшение. Изучение ближайших и отдалённых результатов реабилитационных мероприятий позволяет планомерно и эффективно вести весь процесс реабилитации, определяя основные задачи на каждом из этапов, и путем подбора комплекса адекватных и эффективных средств добиваться благополучного результата [3,14]. Правильный анализ результатов проведенных мероприятий дает возможность оценить значимость использованных методов реабилитации, применение их в дальнейшем, необходимость усовершенствовать и внедрять современные технологии реабилитации у детей с бронхо-легочной патологией.

Литература.

1. Антипкин Ю.Г., Лапшин В.Ф. Рецидивирующий бронхит у детей: современные вопросы патогенеза и диагностики. Медицинская газета «Здоровье Украины» 2017. №4 (43).С.32
2. Аношкина Е.В., Гаммель И. В., Кононова С.В., Динамика заболеваемости болезнями органов дыхания детского населения страны. Медицинский альманах. 2018.№3. С.120-123.
3. Быковская Т. Ю., Пиктушанская И. Н., Пиктушанская Т. Е. и другие. Оценка эффективности медицинской реабилитации у больных пылевым обструктивным бронхитом. Бюллетень ВСНЦ. 2012. № 5 (87). Ч. 2. С.9-11
4. Закирова У.И. Диспансеризация детей с заболеваниями органов дыхания. Учебно-методическое пособие. Ташкент.2018. 45 стр.
5. Израелян Ю. А., Белоусова Т. Е., Беспалова А. В., Карпова Ж. Ю. Полисистемный подход к медицинской реабилитации рецидивирующих бронхолегочных заболеваний у детей подросткового возраста. Медицинский альманах. 2013. №2(25). С.139-142
6. Лебедева В.А. Актуальность проблемы респираторной патологии у детей. Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2013.№3(2). С.143-144
7. Машковский М.Д Лекарственные средства.16 изд. М. 1 том. 2017. 1216 стр.
8. Медведева Е.Н., Смирнова Л.Н. Опыт реабилитации детей с бронхолегочной патологией в санаторных условиях. Психосоматические и интегративные исследования. 2016. Том 2. №2. С.28-32.
9. Нестеренко З. В. Рецидивирующий бронхит как клинический вариант функциональных изменений респираторной системы у детей. М. Педиатр 2017. т.8 №5. С. 44-48
10. Савенкова Н.Д., Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А. Рецидивирующий бронхит у детей: состояние проблемы. Астраханский медицинский журнал. 2014.Том 2.№ 9. С. 29-37
11. Степанова Л. С. Эффективность применения дифференцированных иммунореабилитационных комплексов у детей с рецидивирующим бронхитом на санаторном этапе реабилитации. Перинатология и педиатрия. - 2016. № 3. С. 106-109.
12. Утешев Д.Б. Ведение больных с острым бронхитом в амбулаторной практике. Российский медицинский журнал. 2019. №5. Стр.60-67
13. Федоров И. А., Рыбакова О. Г., Степанов О. Г. Диагностика бронхиальной астмы у детей, перенесших эпизоды острого обструктивного бронхита в дошкольном возрасте по результатам десятилетнего наблюдения. Человек. Спорт. Медицина. 2017. т.17. №1.С.28-35
14. Хованская Г.Н., Пирогова Л.А. Общие основы медицинской реабилитации в педиатрии. Учебное пособие. ГрГМУ. 2010. 184 с.
15. Шамсиев Ф.М. Мирсалихова Н.Х. Дифференцированный подход к терапии детей с заболеваниями органов дыхания. Украина. Аллергология и пульмонология. 2015. №2 (106). С. 612-616.