

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ПЕДИАТРИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ № 1/2021

ВРАЧ-ЭТО ОБРАЗ ЖИЗНИ

СТР.2



ОСНОВАН
1996
ГОДУ

ISSN 2091-5039





МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАНА
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Педиатрия

научно-практический журнал

Зарегистрирован Агентством печати и информации Республики Узбекистан 29 декабря 2006 году. Свидетельство № 02-009

Решением Высшей аттестационной комиссии (ВАК) при Кабинете Министров Республики Узбекистан журнал «Педиатрия» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Республике Узбекистан, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени доктора медицинских наук (Утверждено Постановлением Президиума ВАК РУз. № 201/3 от 30 декабря 2013 года)

Публикация рекламы на коммерческой основе.

За правильность рекламного текста ответственность несет рекламодатель.

Рекламодатели предупреждены редакцией об ответственности за рекламу незарегистрированных и не разрешенных к применению Министерством здравоохранения РУз лекарственных средств и препаратов медицинского назначения.

Рукописи, фотографии и рисунки не рецензируются и не возвращаются авторам. Авторы несут ответственность за достоверность излагаемых фактов, точность цифровых данных, правильность названий препаратов, терминов, литературных источников, имен и фамилий.

Адрес редакции:
100140, Республика Узбекистан,
г.Ташкент, ул.Богишамол, 223
тел.: +99871 260-28-57;
факс: +99871 262-33-14
сайт: tashpmi.uz/tu/science/journal_pediatriy
Индекс для подписчиков: 852
Распространяется только по подписке.

Заведующая редакцией: В.Р. Абдурахманова
Технический редактор: М.И. Мансурова
Редакторы: Н.У.Мехмонова, Д. Усмонова, Н.И.Гузачева
Дизайн и верстка: А.Асраров
Формат 60x84 1/8, усл.печ.л. 21. Заказ № 1297
Тираж 90 шт
Подписано в печать 31.03.2021
Отпечатано в ООО "Credo Print",
г. Ташкент, ул. Богишамол 160.

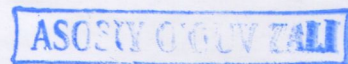
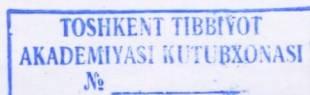
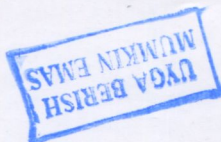
Главный редактор: Даминов Б.Т
Заместитель главного редактора: Гулямов С.С.
Ответственный секретарь: Муратходжаева А.В.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Аитов К.А. (Иркутск, Россия)
Алимов А.В. (Ташкент)
Арипова Т.У. (Ташкент)
Атаниязова А.А.(Нукус)
Ахмедова Д.И. (Ташкент)
Баранов А.А. (Москва, Россия)
Боранбаева Р.З.(Астана, Казахстан)
Джумашаева К.А. (Бишкек, Кыргызстан)
Дэвил Д. (Рим, Итальянская Республика)
Захарова И.Н (Москва, Россия)
Зоркин С.Н. (Москва, Россия)
Иванов Д.О. (Санкт-Петербург, Россия)
Иноятов А.Ш.(Бухара)
Малов И.В. (Иркутск, Россия)
Матазимов М.М.(Андижан)
Набиев З.Н. (Душанбе, Таджикистан)
Орел В.И. (Санкт-Петербург, Россия)
Разумовский А.Ю. (Москва, Россия)
Рикардо С. (Вашингтон, США)
Рузубоев Р.У.(Ургенч)
Туйчиев Л.Н. (Ташкент)
Хаитов К.Н. (Ташкент)
Чонг Пёнг Чунг (Сеул, Южная Корея)
Шамсиев А.М.(Самарканд)
Шкляев А.Е. (Москва, Россия)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Алиев М.М. (Ташкент)
Амонов Ш.Э. (Ташкент)
Арипов А.Н. (Ташкент)
Асадов Д.А. (Ташкент)
Ашурова Д.Т. (Ташкент)
Бахрамов С.С. (Ташкент)
Бузруков Б.Т. (Ташкент)
Даминов Т.О. (Ташкент)
Иноятова Ф.И. (Ташкент)
Искандаров А.И. (Ташкент)
Исмаилов С.И. (Ташкент)
Камилова А.Т. (Ташкент)
Кариев Г.М. (Ташкент)
Каримжанов И.А. (Ташкент)
Маджидова Ё.Н.(Ташкент)
Рахманкулова З.Ж. (Ташкент)
Саатов Т.С. (Ташкент)
Сатвалдиева Э.А. (Ташкент)
Содиқова Г.К. (Ташкент)
Таджиев Б.М (Ташкент)
Ташмухамедова Ф.К. (Ташкент)
Хасанов С.А. (Ташкент)
Шарипов А.М. (Ташкент)
Шарипова М.К. (Ташкент)
Шомансурова Э.А. (Ташкент)
Эргашев Н.Ш. (Ташкент)





Норматова К. Ю., Шерова З. Н., Шаабидова К. Ш. Оценка эффективности антибиотиков при лечении внебольничной пневмонии у детей	63	Normatova K.U., Sherova Z.N., Shaabidova K.Sh. Efficacy evaluation of antibiotics at treatment out-hospital pneumonia at children
Ахмедова Д.И., Ибрагимов А.А., Ахмедова Н.Р. Частота встречаемости различных форм ювенильного идиопатического артрита у детей	67	Akhmedova D.I., Ibragimov A.A., Akhmedova N.R. The occurrence of different juvenile idiopathic arthritis forms in children
Абдуллаева Д.Т., Курбанова Д.Р., Ахмедова Г.Х., Юлдашева Г.Г. Особенности дисплазии соединительной ткани в формировании бронхолегочной патологии у детей	72	Abdullaeva D.T., Kurbanova D.R., Ahmedova G.H., Yuldasheva G.G. Features of connective tissue dysplasia in formation of bronchopulmonary pathology in children
Салихова С.М., Маджидова Я.Н., Босимов М.Ш., Каримова Н.А. Нарушения речи и слуха у детей с синдромом Дауна	77	Salikhova S.M., Madjidova Ya.N., Bosimov M.Sh., Karimova N.A. Speech and hearing disorders in children with down syndrome
Хомова Н.А., Ташпулатова Ф.К., Фаттахов Р.А. Изучение информированности о туберкулезе студентов – медиков Ташкентского педиатрического медицинского института	83	Khomova N.A. Tashpulatova F.K. Fattahov R.A. Study tuberculosis awareness among medical students at Tashkent Pediatric Medical Institute
Мухтеремова В.Н., Медведева Н.В., Шамшиева Н.Н., Курбанов А.Х. Сравнение иммунологических тестов в диагностике латентной туберкулезной инфекции у детей и подростков в городе Ташкент	89	Mukhteremova V.N., Medvedeva N.V., Shamshieva N.N., Kurbanov A.Kh. Comparison of immunological tests in diagnosis of latent tuberculosis infection in children and adolescents in Tashkent city
Хакимов М.А., Мухторов Д.З., Сабиров Ш.Ю., Дадаходжаева Л.С., Матқурбонов Х.И. Современная лабораторная диагностика туберкулеза почки	93	Khakimov M.A., Mukhtorov D.Z., Sobirov Sh. Yu., Dadakhodjaeva L.S., Matqurbonov Kh.I. Modern laboratory diagnosis of kidney tuberculosis
Таджиев Б.М., Ражабов И.Б., Касимова Р.И. Сурункали В- ва С- гепатитларининг коморбид касалликларига клиник хусусиятлари	99	Tadjiev B.M., Rajabov I.B., Kasimova R.I. Clinical characteristics of chronic viral Hepatitis B and C in comorbid pathologies
Нурмухамедов Х.К., Одомбаев Ш.Ш., Бабаниязов К.К. Комбинированный мониторинг центральной и вегетативной нервной системы при абдоминальных операциях у детей	103	Nurmukhamedov Kh.K., Odombaev Sh.Sh. Babaniyazov K.K. Combined monitoring of central and autonomic nervous systems during abdominal operations in children
Ниязова М.Т., Умарова М.Э. Роль компьютерных технологии в реабилитации детей с нарушением слуха	110	Niyazova M.T., Umarova M. E. The importance of computer technologies in rehabilitation of children with hearing disorders
Бабабекова Н.Б., Ходжаева С.М., Холдарова Н.А. Эффективность топической терапии atopического дерматита у детей разных возрастных групп	114	Bababekova N.B., Khodjaeva S.M., Kholdarova N.A. Efficiency of topic therapy for atopic dermatitis in children of different age groups
Исаходжаева Х.К., Даминова Ш.Б., Маликов С.Т. Особенности прорезывание временных зубов у детей с пренатальной гипотрофией	119	Isakhodzhaeva Kh.K., Daminova Sh.B., Malikov S.T. Features of cutting temporary teeth in children with prenatal hypotrophia
Махкамова Ф.Т., Мадатов Л.А., Боймуродов Ш.А. Опыт применения фермента wobэнзима при лечении посттравматических рубцовых деформаций челюстно-лицевой области	126	Makhkamova F.T., Madatov L.A., Boymurodov Sh.A. Experience of use wobenzyme ferment in treatment post-traumatic scar deformities of maxillofacial area
Абдурашидова М.Б., Пак И.В., Винокурова Е.А. Кариотипирование плаценты и хориона плода из группы риска на хромосомные аномалии	132	Abdurashidova M.B., Pak I.V., Vinokurova E.A. Cariotyping of placenta and fetal chorion from risk group on chromosomal anomalies



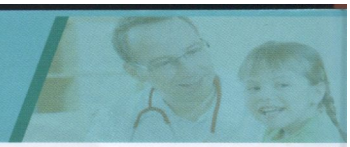
Кутлумуратова З.Р., Ганиева Д.К. Состояние антиоксидантной защиты у детей с острой пневмонией	140	Kutlumuratova Z.R., Ganieva D.K. Status of antioxidant protection in children with acute pneumonia
Халматова Б.Т., Сатибалдиева Н.Р., Мирсалихова Н.Х. Прогностически значимые факторы риска развития бронхиальной астмы у детей с бронхообструктивным синдромом	140	Halmatova B.T., Catibaldieva N.R., Mirsalihova N.H. Prediction significant risk factors of bronchial asthma at children with bronchoobstructive syndrome
Золотова Н.Н. Перспективы применения гипербарической оксигенации при сочетанной травме у детей	148	Zolotova N.N. Perspectives of use hyperbaric oxygenation for combined injury in children
Рузиева Н.Х., Эргашова М.Ш., Абидова М.Д. Возможности профилактики преждевременных родов при гипергомоцистеинемией у беременных с ОАА и ОГА	151	Ruzieva N.Kh., Ergashova M.Sh., Abidova M.D. Possibilities of prophylaxis premature labor at hyper-homocysteinemia in pregnant women with OAA and OHA
Амонов А.Ш. Анализ этиопатогенетических факторов развития сенсоневральной тугоухости тяжелой степени и глухоты	155	Amonov A.Sh. Analysis of etiopathogenetic factors of severe sensorineural hearing loss and deafness
Хуррамов Ф.М., Саттаров Ж.Б., Назаров Н.Н., Тиллабоев С.В. Диагностика и лечения нарушений положения и фиксации толстой кишки	160	Khurramov F.M., Tillaboev S.V., Sattarov J.B., Nazarov N.N. Diagnosis and treatment disorders position and colon fixation
Саттаров Ж.Б., Отаназаров Ж.У., Хуррамов Ф.М., Назаров Н.Н., Бакиев К.Х. Тонкокишечные свищи при врожденных пороках развития и приобретенных заболеваниях органов брюшной полости у детей	165	Sattarov J.B., Otanazarov J.U., Khurramov F.M., Nazarov N.N., Bakiev K. Kh. Small intestinal fistulas at congenital malformations and acquired abdominal diseases in children
Исраилов Р.И., Эшбаев Э.А., Рузиев Ш.И. Роль печеночной патологии в структуре материнской смертности по результатам патологоанатомических исследований	170	Israilov R.I., Eshbaev E.A., Ruziev Sh.I. The role of hepatic pathology in structure of maternal mortality according to the results of pathologic and anatomical studies
Тахирова Р.Н., Пирназарова Г.З. Корректирующая терапия в лечение внебольничной пневмонии у детей старшего возраста	178	Takhirova R.N., Pirnazarova G.Z. Corrective therapy in treatment of non-hospital pneumonia in elder children
Усманханов О.А., Кариев Г.М., Ахмедиев Т.М. Контрастирование ликворной системы при гидроцефалии у детей	180	Usmankhanov O.A., Kariev G.M., Ahmediev T.M. Contrasting the liquor system in hydrocephalia in children
Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А., Дусалиев Ф.М. Свищевые формы редких региональных вариантов аноректальных мальформаций у детей	186	Ergashev N.Sh., Otamuradov F.A., Dusaliev F.M. Fistula forms of rare regional variants of anorectal malformations in children
Мекенбаева Р.Т., Мажидов У.А., Аманкул Ж., Мекенбаева Н.Б., Абдуллаева Д.Т. Комплексная оценка осложнений у оперированных пациентов с тетрадой Фалло на госпитальном этапе	192	Mekenbaeva R.T., Majidov U.A., Amankul J., Mekenbaeva N.B., Abdullaeva D.T. Complex evaluation of operative complications of patients with Fallo tetrad at hospital stage
Дўсमतов А.Т., Қодиров Ш.А. Кортикостероидларнинг мейознинг редукцион ва эквацион бўлиниш босқичларида сперматоген эпителий хужайраларига таъсирини моделлаштирилган йўл билан аниқлаш	200	Dostmatov A.T., Kodirov Sh.A. Modeling of determination corticosteroid influence on cells of spermatogenic epithelium at reduction appearance



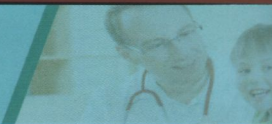
<i>Исмаилова Г.О.</i> Биологический скрининг синтетического модифицированного аналога кумарина	203	<i>Ismailova G.O.</i> Biological screening of synthetic modified kumarin analogue
<i>Турсунов Э.А.</i> Тиббиётда академик Комилжон Зуфаровнинг гисто-цитофизиологик синдромлари	206	<i>Tursunov E.A.</i> Komiljon Zufarov's histologic and cysto-physiologic syndromes in medicine
<i>Махкамова Ф.Т., Ишанова М.К., Ризаев Э.А., Абдуманнов Д.Р.</i> Оценить иммунологические особенности течения ОГС у детей до 3 лет	211	<i>Mahkamova F.T., Ishanova M.K., Rizaev E.A., Abduramanov D.R.</i> Evaluation immunological features OGC at children under 3 years old
В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ		HELP FOR PRACTITIONER
<i>Золотова Н.Н.</i> Восстановительное лечение больных при сочетанной черепно-мозговой травме с повреждением конечностей у детей	216	<i>Zolotova N.N.</i> Recovery treatment of patients with combined cerebral injury and limbs damage in children
<i>Джалилова Г.А., Расулова Н.Ф., Мухамедова Н.С.</i> Қандли диабет асоратларининг олдини олишда оилавий шифокор ишини такомиллаштириш	220	<i>Djalilova G.A., Rasulova N.F., Mukhamedova N.S.</i> Improving work of family doctor at preventing complications in diabetes mellitus
<i>Мавлянова Н.Т., Шерова З.Н., Норматова К.Ю., Шаабидова К.Ш.</i> Бактериал юкумли касалликларни даволашда антибактериал дори воситаларининг энг кўп учрайдиган ножўя таъсирлари	224	<i>Mavlyanova N.T., Sherova Z.C., Normatova K.U., Shaabidova K.Sh.</i> Most often occurring antibacterial drugs which have no effect at treatment infection diseases
ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ		NOTES FROM PRACTICE
<i>Абдусаматов Б.З., Усманов Х.С., Абдурахманов А.А., Рустамова М.Ш.</i> Хилоторакс у новорожденного: случай из практики	228	<i>Abdusamatov B.Z., Usmanov H.S., Abdurahmanov A.A., Rustamova M.Sh.</i> Hylotorax in the newborn: a case from practice
<i>Сулейманова Л.И., Рахманкулова З.Ж., Гулямова М.А., Исмаилова М.А.</i> Клинический случай ламеллярного ихтиоза	231	<i>Suleymanova L.I., Rahmankulova Z.J., Gulyamova M.A., Ismailova M.A.</i> Clinical case of lamella ichthiosis
<i>Пирназарова Г.З., Тахирова Р.Н.</i> Бирламчи цилиар дискинезия синдроми	236	<i>Pirnazarova G.Z., Takhirova R.N.</i> Primary ciliary dyskinesia (cartagener's syndrome)
<i>Абдукадилова М.К., Тухтаева У.Д., Рахманкулова Х.З., Ходжамова Н.К.</i> Клинический случай внутриутробного сепсиса	241	<i>Abdukadirova M.K., Tuhtaeva U.D., Rahmankulova H.Z., Hodjamova N.K.</i> Clinical case of intrauterine sepsis
<i>Маннанов А.М., Рихсиев У.Ш.</i> Герпетиформный дерматит Дюринга у новорожденного	244	<i>Mannanov A.M., Rihsiev U.Sh.</i> Herpetiform During's dermatitis at the newborn
ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ		QUESTIONS OF TEACHING IN MEDICAL HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS
<i>Каримова М.Ж., Ахмедова М.А.</i> Амир Темур ва Темурийлар давридаги маданият	248	<i>Karimova M.J., Ahmedova M.A.</i> Amir Temur and culture in Temurids' epoch
<i>Ташпулатова Ф.К., Коломиец В.М., Павленко Е.П.</i> Особенности преподавания дисциплины «Физиатрия» по специальности «Педиатрия» при пандемии covid-19	251	<i>Tashpulatova F.K., Kolomiets V.M., Pavlenko E.P.</i> Features of teaching Phthysiology in specialty Pediatrics at pandemic Covid-19
<i>Гузачёва Н.И.</i> Влияние новых педагогических и мультимедийных технологий на медицинскую образовательную систему Узбекистана	259	<i>Guzacheva N.I.</i> Impact of new pedagogical and multimedia technologies on medical educational system of Uzbekistan
<i>Султанова Д.Т.</i> Использование интерактивных способов или методов в процессе медицинского образования в Узбекистане	282	<i>Sultanova D.T.</i> Utilizing interactive ways or methods at medical leaning process in Uzbekistan



<i>Латыпова Д.Ш., Толипова Ш.Ш.</i> Проблемы в процессе изучения английского языка и способы их решения	264	<i>Latipova D.Sh., Tolipova Sh.Sh.</i> Problems in learning English and ways of their solving
<i>Буранова Д.Д., Давлетьярова Н.И.</i> Важность изучения английского языка при обучении конкурентноспособного штата служащих в высшем учебном заведении	266	<i>Buranova D.D., Davletyarova N.I.</i> The importance of English learning in training competitive staff in higher educational institution
ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ПЕДИАТРИИ		DRUG USE IN PEDIATRICS
<i>Шамсиев Ф.М., Таджиханова Д.П., Курбанова М.Р.</i> Эффективность и безопасность противокашлевого сиропа левоклоперастина у детей с бронхолегочной патологией	267	<i>Shamsiev F.M., Tadjikhanova D.P., Kurbanova M.R.</i> Effectiveness and safety of levocloperastin cough syrup in children with bronchopulmonary pathology
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА		EXPERIMENTAL MEDICINE
<i>Аскарьянц В.П., Бабаджанова Ф.А.</i> Изучение активности и топографии энтеральных ферментов у взрослых крыс	278	<i>Askaryants V.P., Babadzhanova F.A.</i> Study activity and topography of enteral enzymes in adult rats
<i>Ахраров Х.Х., Аскарьянц В.П., Назарова Л.А.</i> Изменения функционального состояния тонкой кишки крыс на фоне стресса	281	<i>Akhrarov Kh.Kh., Askaryants V.P., Nazarova L.A.</i> Changes of functional state in small intestine at rats on the background of stress
<i>Шералиев К.С.</i> Морфофункциональные перестройки в паренхиме печени после реканализации желчного протока	285	<i>Sheraliyev Q.S.</i> Morphological reconstruction in liver parenchyma after recanalization of bile duct
<i>Расулов Х.А., Хидирова Г.О.</i> Морфологические изменения ростковой зоны трубчатых костей у крыс при гипофункции околощитовидных желёз	290	<i>Rasulov H.A., Khidirova G.O.</i> Morphological changing grow zone in tubular bone on rats at hypofunction parathyroid glands
<i>Иброхимова Л.И.</i> Экспериментал кандли диабетни келтириб чиқарувчи кимёвий моделларнинг хусусиятлари	294	<i>Ibroximova L.I.</i> Chemical features and causes of modelling experimental diabetes melitus
ОБЗОРЫ		REVIEWS
<i>Рахманкулова З.Ж., Тухтаева У.Д., Камалов З.С.</i> Значение иммуногенетических механизмов в патогенезе септического процесса у детей	297	<i>Rahmankulova Z.J., Tuhtaeva U.D., Kamalov Z.C.</i> Significance of immunogenetic mechanisms in pathogenesis of sepsis process at children
<i>Мехманова С.У., Насырова Х.К., Халимова З.Ю.</i> Этио-патогенетические факторы нарушение репродуктивной системы у женщин перенёсших COVID-19	302	<i>Mehmanova S.U., Nasirova H.K., Halimova Z.U.</i> Etiopathogenetic factors of disorder reproductive system in women suffering from COVID-19
<i>Назирова З.Р., Туракулова Д.М., Муратова И.Х., Камалов З.С., Улжаев С.Б.</i> Совершенствование хирургии врожденной глаукомы	312	<i>Nazirova Z.R., Turakulova D.M., Muratova I.H., Kamalov Z.S., Uljaev S.B.</i> Improvement of surgery for congenital glaucoma
<i>Назарова Л.А., Акбарова М.С., Камалова З.М.</i> К вопросу о функциональном взаимодействии нервной регуляции и деятельности органов пищеварения	318	<i>Nazarova L.A., Akbarova M.S., Kamalova Z.M.</i> To the question on functional interrelation of nervous regulation and activity of digestive organs
<i>Маджидова Ё.Н., Ниязова М.Т., Умарова М.Э.</i> Современные методы слухоречевой реабилитации детей с нарушением слуха	323	<i>Madjidova Y.N., Niyazova M.T., Umarova M.E.</i> Modern methods of speech and hearing rehabilitation of children with hearing disorder



Рахманкулова З.Ж., Сулейманова Л.И., Набиева У.П. Генетический полиморфизм в развитии заболеваний бронхо-легочной системы	328	Rahmankulova Z.J., Suleymanova L.I., Nabieva U.P. Genetic polymorphism in development diseases of bronchopulmonary system
Назаров Н.Н., Хуррамов Ф.М., Саттаров Ж.Б. Эндоскопическая хирургия при лечении детей с различными заболеваниями толстого кишечника	333	Nazarov N.N., Khurramov F.M., Sattarov J.B., Tillaboev S.V. Endoscopic surgery in the treatment of children with various diseases of large intestine
Расулова Н.А., Эргашев А.Я. Совершенствование методов диагностики и лечения гиперплазии глоточных миндалин при TORCH инфекции у детей	338	Rasulova N.A., Ergashev A.Y. Improvement of diagnosis and treatment methods for hyperplasia for pharynx tonsils at TORCH infection in children
Исмаилова М.А., Бородина О.И., Адашвоева М. А. Влияние железодифицитной анемии беременных на состояние плода и новорожденных	343	Ismailova M.A., Borodina O.I., Adashvoeva M.A. Influence of iron deficiency anemia for pregnant women on state of fetus and the newborns
Якубова К.Н., Муратходжаева А.В. Нарушение сердечного ритма у детей без органической патологии сердечно – сосудистой системы	349	Yakubova K.N., Murathodjaeva A.V. Disorder of cardiac rhythm at children without organic pathology of cardiovascular system
Академик Комилжон Зуфаров тиббиётда мўжиза	361	Academician Komiljon Zufarov is miracle in medicine



References

1. Aliev A.L. Clinico-pathogenetic mechanisms of formation of nosocomial pneumonias in children, optimization of diagnostic criteria and methods of therapy. Dissdoc. med.nauk. Tashkent. 2004.
2. Barabadze K.A. and others. The state of oxidative and antioxidant systems and laser-therapeutic correction of its shifts in recurrent obstructive bronchitis in children. *Pediatrics*. 2001; 5: 15-19.
3. Gavrillov VV, Mishkorudnaya M.I. Spectrophotometric determination of the content of lipid hydroperoxides in blood plasma. *Lab. A business*. 2003; 3: 33-36.
4. Daminov T.A. Intrahospital (nosocomial) pneumonia in children. T. Ed. them. Ibn Sino. 2012; 2-3.
5. Ibragimov U.K. Clinical biochemistry for a practical doctor. Tashkent. 2007; 42.
6. Ganieva D.K., Diseases of the respiratory organizations in out-patient conditions. *Colloquium-journal*. ISSN 2520-6990. ISSN 2520-2480. 2020; 7 (59): 2 (Warszawa, Polska)
7. Medvedev Yu. V., Tolstoy AD Hypoxia and free radicals in the development of pathological conditions of the body. M.; 2010; 227.
8. Nurmukhamedov Kh.K., Talimbekova G.Z. Peroxide oxidation of lipids in infectious toxic shock in young children. *Medical Journal of Uzbekistan* . 2011; 1: 28-30.
9. Davies K.J.A. Oxidative stress: the paradox of aerobic life.-*Biochem. soc. symp.* 2015; 61: 1-31

Кутлумуратова З.Р., Ганиева Д.К.

СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Ключевые слова: дети раннего возраста, пневмония, ферменты антиоксидантной системы.

В данной статье отражены результаты исследования детей раннего возраста с острой пневмонией. Все дети прошли клинико-лабораторное исследование. Данные

исследования показали ход активности антиоксидантной системы (АОС), что можно считать обоснованием необходимости антиоксидантной коррекции.

Кутлумуратова З.Р., Ганиева Д.К.

ЎТКИР ПНЕВМОНИЯГА ЧАЛИНГАН БОЛАЛАРДА АНТИОКСИДАНТ ҲИМОЯНИНГ ҲОЛАТИ

Калит сўзлар: эрта ёшдаги болалар, пневмония, антиоксидант тизми ферментлари.

Ушбу мақола ўткир пневмония билан оғриган эрта ёшдаги болаларни ўрганиш натижаларини ақс эттиради. Барча болалар клиник ва лаборатория текширувлардан

ўтказилган. Ушбу тадқиқотлар антиоксидант тизими (АОТ) фаолиятининг активлигини кўрсатди, бу антиоксидант коррекцияни зарурлигини асослаши мумкин.

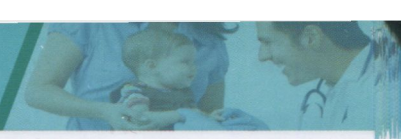
Халматова Б.Т., Сатибалдиева Н.Р., Мирсалихова Н.Х.

ПРОГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Изучить клинико-anamnestические показатели у детей с бронхообструктивным синдромом и выявить прогностически значимые факторы риска трансформации заболевания в бронхиальную астму.

Материалы и методы. Обследовано 284 детей в возрасте от 7 до 14 лет с респираторной патологией, протекавшей с бронхообструктивным синдромом. Работа проводилась в двух этапах: ретроспективное изучение историй развития детей, которые в раннем возрасте находились



на диспансерном учете по поводу повторных респираторных заболеваний с бронхообструктивным синдромом и тщательное клинико-лабораторное исследование отобранного контингента детей.

Результаты. Проведено длительное проспективное наблюдение за детьми, перенесшими повторные эпизоды бронхиальной обструкции в раннем возрасте. Определена структура заболеваний протекающих с бронхообструктивным синдромом, диагностические критерии для дифференциальной диагностики. Показано, что основными клиническими критериями трансформации заболеваний протекающих БОС в бронхиальную астму являются наличие наследственной предрасположенности по аллергическим и бронхолегочным заболеваниям, ТМ и ДСТ в анамнезе, их сочетание с низкими показателями CD95, g-*INF* и высокими показателями IL-4

Бронхообструктивный синдром (БОС) довольно часто встречается в патологии детей раннего возраста (30-35%), однако до настоящего времени не сложилось единых подходов к дифференциальной диагностике бронхообструктивного синдрома, трактовке ее патогенеза, оценке прогноза и лечения [3,12,15,16].

БОС не являясь самостоятельной нозологической формой может сопутствовать многим патологическим состояниям, причем однотипное течение бронхообструкции может явиться следствием разных заболеваний. Все дети с БОС нуждаются в комплексном обследовании с целью установления заболевания, послужившего причиной развития БОС, и своевременного проведения дифференцированных схем терапии [1,2,9,10,11].

Данные литературы об особенностях иммунологической реактивности детей при бронхообструктивном синдроме противоречивы. Углубленная оценка иммунологического статуса детей раннего возраста с респираторной патологией начата, но имеющиеся исследования отражают особенности лишь отдельных звеньев системы иммунитета.

В связи с вышесказанными, изучение возможностей повышения эффективности выявления и оказания медицинской помощи детям, страдающим бронхиальной астмой, а также проведение профилактических мероприятий по предупреждению трансформации БОС в бронхиальную астму, является в настоящее время важнейшей медико-социальной проблемой.

Цель работы - изучить клинико-анамнестические показатели у детей с бронхообструктивным синдромом и выявить прогностически значимые факторы риска трансформации заболевания в бронхиальную астму.

Материалы и методы

Для решения поставленных в работе задач

проведено обследование 284 детей в возрасте от 7 до 14 лет.

В группу обследуемых были включены дети, которые в раннем возрасте неоднократно болели респираторными заболеваниями с обструктивным синдромом (ОРВИ, ООБ пневмония). 230 детей были отобраны в поликлиниках, остальные 54 ребенка длительное время наблюдались в клиниках детских болезней ТМА с верифицированным диагнозом обструктивный бронхит, рецидивирующий обструктивный бронхит, бронхиальная астма.

Работа проводилась в двух этапах. На I этапе проводилось ретроспективное изучение историй развития детей (ф.112/у), которые в раннем возрасте находились на диспансерном учете по поводу повторных респираторных заболеваний с БОС.

На II этапе проводилось тщательное клинико-лабораторное исследование отобранного контингента детей.

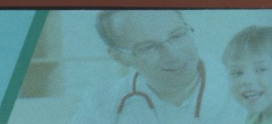
Клиническое обследование предусматривало сбор анамнестических данных, включающий выяснения акушерского анамнеза матери, наследственную предрасположенность к тем или иным заболеваниям, анамнез жизни ребенка, перенесенные заболевания, аллергологический анамнез, преморбидный фон ребенка и оценку общего состояния на момент обследования.

При сборе анамнеза тщательно расспрашивали о первом эпизоде обструкции, в каком возрасте проявился, его продолжительность, динамика заболевания, сколько раз в возрасте до 3-х лет ребенок был госпитализирован по поводу бронхиальной обструкции, какое лечение получал, проводились ли реабилитационные мероприятия.

В результате тщательного обследования все дети были разделены на 3 группы:

1-я группа – 33 детей с верифицированным диагнозом атопическая бронхиальная астма;

2-я группа – 113 детей с



гипервосприимчивостью дыхательных путей при отсутствии симптомов бронхиальной обструкции;

3-я группа – 138 «условно здоровых» детей на момент обследования (без хронических заболеваний бронхолегочной системы).

В табл. 1 представлена половая характеристика наблюдавшихся детей. Как

видно из данных табл. 1 если в 1-й группе преобладали в основном девочки (54,5%), то во 2-й и 3-й группе мальчики (60,1% и 60,8% соотв.).

В ходе изучения историй развития ребенка нами было обращено внимание на структуру БОС.

Таблица 1

Половая характеристика обследованных детей

Пол	1-я группа n=33	2-я группа n=113	3-я группа n=138
Мальчики	15* 45,5	68 60,2	84 60,8
Девочки	18 54,5	45 39,8	54 39,2

Примечание: * - в числителе абс., в знаменателе % значения.

При этом было выявлено, что у 54,3% диагностирован ООБ, у 21,6% детей пневмония с обструктивным синдромом, у 12,4% детей ОРВИ с обструктивным синдромом и 11,7% рецидивирующий обструктивный бронхит.

У всех наблюдавшихся детей дебют заболевания сопровождался катаральным синдромом, умеренно выраженными симптомами интоксикации, субфебрильной температурой тела, приступообразным кашлем. На 3-5-й день от начала заболевания появлялись симптомы обструкции бронхов в виде умеренной экспираторной одышки, усиления приступообразного кашля, «оральной крепитации». Длительность БОС составляла от 5 до 14 дней.

Изучение анамнестических данных показало, что вскоре после выписки у детей появлялся умеренно выраженный БОС, протекавший без существенного нарушения самочувствия. Проводившаяся консервативная стандартная терапия была малоэффективна, у детей отсутствовала клиническая ремиссия заболевания. В условиях стационара больным проводили аналогичное лечение с включением антибиотиков, муколитиков и физиотерапии. После успешного купирования СБО дети выписывались из стационара. Однако спустя короткое время (2-3 недели после выписки) дети вновь госпитализировались по поводу усиления симптомов бронхиальной астмы.

Аллергологическое обследование включало определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом. Пикфлоуметрию проводили по общепринятой методике. Полученные данные сравнивали с должными величинами, соответствующими возрасту, полу и росту исследуемого или индивидуальной наилучшей величиной ПСВ.

Для статистических расчетов использовали стандартные (MS Excel2002, Statistica 6,0) и специально разработанные программы. Применяли корреляционный анализ Пирсона, дискриминантный анализ. Различия оценивались при помощи t-критерия Стьюдента. Для оценки статистической достоверности полученных результатов были приняты следующие уровни значимости: $p < 0,001$, $p < 0,01$, $p < 0,05$. Все исследования проводились с согласия и при участии родителей.

Результаты и их обсуждение

Одной из задач нашего исследования было разработка принципа выявления детей, имеющих повышенный риск заболевания бронхиальной астмой на основании учета экзогенных и эндогенных факторов. С этой целью нами была проведена ретроспективная оценка анамнестических данных, которая включала выяснение особенностей внутриутробного развития, преморбидного фона, наследственной предрасположенности, первые клинические проявления бронхиальной обструкции и дальнейшая динамика заболевания.

Клинико-анамнестические данные сравнивали в группах детей больных бронхиальной астмой, с гипервосприимчивостью дыхательных путей с отсутствием симптомов бронхиальной обструкции и здоровых на сегодня детей, страдавших в раннем возрасте повторными приступами бронхиальной обструкции.

В результате изучения истории развития детей и беседы с родителями были отобраны на наш взгляд наиболее информативные признаки (табл. 2)

Таблица 2

Клинико-anamнестические данные обследованных детей (%)

Признаки	1-я группа n=33	2-я группа n=113	3-я группа n=138
Роды: - первые	60,6	55,75	58,7
- вторые	27,2	41,59	40,58
-третьи и более	12,2	2,65	0,72
Гестоз: первой половины	63,6	54,8	23,1
второй половины	27,2	12,3	13,1
Асфиксия в родах	33,0	46,3	18,0
Наследственная отягощенность:			
- по аллергическим заболеваниям	66,7	10,6	2,17
-по бронхолегочной патологии	30,3	49,56	42,75
-по сердечно-сосудистым заб-ям	3,03	38,9	15,07
ЭКД	87,8	58,41	21,04
Паратрофия I степени	69,6	58,4	21,01
Гипотрофия I степени	-	9,7	28,2
Анемия I-II степени	63,6	52,2	39,1
ПЭП	78,7	56,6	27,5
ДСТ	33,3	15,9	3,6
Тимомегалия (ТМ)	45,4	21,2	7,9
Сочетание ДСТ и ТМ	30,3	7,7	-
Аллергия у ребенка:			
-пищевая	39,4	21,2	17,4
-инсектная	12,12	15,9	14,5
-медикаментозная	15,15	31,8	16,2
-смешанная	33,3	30,9	31,8
Питание до 1 года:			
-естественное	42,4	49,5	58,7
-искусственное	21,2	8,8	2,1
-смешанное	36,4	41,6	39,13
Возраст проявления первого эпизода БОС:			
- до 6 мес жизни	81,8	33,6	20,2
-после 6 мес жизни	18,2	66,3	79,7
БОС до 3-х лет:			
-до 3-х раз в год	15,15	97,3	99,2
-больше 3-х раз в год	84,85	2,65	0,72
Длительный кашель	60,6	9,4	-
Одышка при эмоциональной нагрузке	12,12	7,1	-
Одышка при физической нагрузке	36,3	63,7	-
Одышка при вдыхании холодного воздуха	30,3	10,6	-
Наличие хронических очагов инфекции	48,4	42,4	23,9

ORIGINAL ARTICLES

Как видно из табл. 2 данные в сравниваемых группах отличались по многим показателям. Основное внимание нами было уделено детям 1-й и 2-ой группы, так как дети 3-й группы на момент обследования считались «условно здоровыми».

18 детей 1-й группы (54,5%) в течение длительного времени находились, под нашим

наблюдением и им был выставлен диагноз БА. 15 детей состояли на диспансерном учете с диагнозом «рецидивирующий обструктивный бронхит». В последующим этим детям на основании клинико-лабораторных данных нами был выставлен предварительный диагноз БА, атопическая форма.

2-ю группу составили дети с



гиперреактивностью бронхов при отсутствии симптомов бронхиальной обструкции. Данные дети на момент обследования считались условно здоровыми и не наблюдались в диспансерной группе. ГРБ у данных детей была диагностирована нами с помощью ПСВ после физической нагрузки.

Изучение анамнестических данных выявило, что 60,6% детей 1-й группы и 55,75% детей 2-й группы родились от первой беременности и родов. В большинстве случаев беременность у матерей протекала на фоне гестоза первой половины (63,6% и 54,8% соотв.).

18 детей 1-й группы (54,5%) в течение длительного времени находились, под нашим наблюдением и им был выставлен диагноз БА. 15 детей состояли на диспансерном учете с диагнозом «рецидивирующий обструктивный бронхит». В последующим этим детям на основании клиничко-лабораторных данных нами был выставлен экспертный диагноз БА, atopическая форма.

2-ю группу составили дети с гиперреактивностью бронхов при отсутствии симптомов бронхиальной обструкции. Данные дети на момент обследования считались условно здоровыми и не наблюдались в диспансерной группе. ГРБ у данных детей была диагностирована нами с помощью ПСВ после физической нагрузки.

Изучение анамнестических данных выявило, что 60,6% детей 1-й группы и 55,75% детей 2-й группы родились от первой беременности и родов. В большинстве случаев беременность у матерей протекала на фоне гестоза первой половины (63,6% и 54,8% соотв.). 33% детей с БА и 46,3% детей с ГРБ родились в асфиксии. ПЭП была диагностирована у 78,7% детей 1-й группы и 56,6% детей 2-й группы, по поводу данного диагноза дети находились на учете у невропатолога. 57,6% детей 1-й группы находились на раннем искусственном и смешанном вскармливании. 49,5% детей 2-й группы находились на грудном вскармливании. На наш взгляд, именно это способствовало тому, что у большинства детей этой группы первый эпизод бронхиальной обструкции диагностирован в возрасте старше 6 месяцев (66,3%), тогда как у 81,8% детей 1-й группы первый эпизод бронхиальной обструкции был диагностирован до 6 месяцев жизни.

Важную роль в рецидивировании обструктивного синдрома играют наследственность и конституциональная

предрасположенность, которые способствуют возникновению заболевания при вмешательстве этиологических факторов на фоне измененной иммунной реактивности.

У детей 1-й группы наследственная отягощенность была отмечена по аллергическим (66,3%) и бронхолегочным заболеваниям (30,3%), тогда как у детей 2-й группы бронхолегочные (49,56%) и сердечно-сосудистые заболевания (38,9%). У детей 3-й группы в основном выявлены хронические бронхолегочные заболевания у родителей (42,75%).

Интересным на наш взгляд является тот факт, что аллергическая предрасположенность у детей 1-й группы была в основном по материнской линии (64,3%), тогда как у детей 2-й группы чаще по линии отца (62,4%).

Ретроспективное изучение преморбидного фона обследованных детей также выявило различия в сравниваемых группах.

У детей 1-й и 2-й групп чаще отмечались ЭКД (87,8 и 58,4% соотв), паратрофия (69,6 и 58,4% соотв), анемия (63,6 и 52,2% соотв). В 3-й группе встречаемость данных состояний было достоверно ниже, чем в сравниваемых группах ($p < 0,05$).

Изучение историй развития детей показало, что у большинства детей 1-й и 2-й групп в раннем возрасте была диагностирована тимомегалия.

У 45,4% детей 1-й группы в раннем возрасте была диагностирована тимомегалия I-III степени. При этом 8 детей (24,2%) получали лечение по этому поводу. У детей 2-ой группы тимомегалия I-II степени диагностирована в 21,2% случаев.

По литературным данным у детей с бронхолегочной патологией особое место занимает частота соединительнотканых дисплазий, при которой отмечаются изменения мышечно-хрящевого каркаса, трахеобронхиального дерева и альвеолярной системы. Все это приводит к нарушениям целостности легочной ткани, сопряженной повышенной растяжимостью и снижением эластичности, формирующие основные изменения органов дыхания, обуславливающие развитие рецидивирующего обструктивного бронхита и бронхиальной астмы у детей [5,14].

Признаки дисплазии соединительной ткани отмечены у 33,3% детей 1-й группы и 15,9% детей 2-ой группы. Но в анкетных данных данный диагноз не был выставлен. ДСТ мы диагностировали по наличию внешних



фенотипических признаков. Наиболее частыми клиническими проявлениями внешних фенотипических признаков у обследованных детей оказались следующие: большие оттопыренные уши (13%), гипертелоризм (12%), гипертрихоз (28%), редкие зубы (48%), готическое небо (33%), приросшие мочки (3-4%), голубые склеры (7%), нарушение осанки (19%), деформация грудной клетки (7%), гипермобильность суставов (50%), гипотония мышц (17%), плоскостопие (18%), высокое небо (33%), приросшие мочки (3-4%), голубые склеры (7%), нарушение осанки (19%), сандалевидная щель (38%).

У 30,3% детей 1-й группы отмечено сочетание тимомегалии и ДСТ, что на наш взгляд является отягощающим фактором, неблагоприятно влияющим как на функционирование иммунной системы, так и бронхолегочной системы.

Анализируя особенности течения заболевания в раннем возрасте можно выделить следующие симптомы, свойственные преимущественно детям с БА: нарастание с течением времени степени тяжести обструкции; кашель, одышка при физической и эмоциональной нагрузке. У большинства детей первый эпизод бронхиальной обструкции развился на фоне ОРВИ, только в последующем стали возникать приступы затрудненного дыхания под действием неинфекционных факторов. В сравниваемой группе здоровых на сегодня детей в периоды между заболеваниями в основном не возникало никаких респираторных симптомов, эпизоды обструкции у них возникали значительно реже и исключительно на фоне ОРВИ. У детей 2-й группы эпизоды бронхообструкции возникали под действием неинфекционных факторов.

Важную роль в формировании рецидивирующего обструктивного синдрома играет неоправданно массивная и нерациональная антибиотикотерапия, которая угнетает и без того супрессированное инфекционными патогенами клеточное звено иммунитета [4,6,7,8].

Изучение историй развития детей 1-й и 2-ой групп выявило, что при каждой госпитализации по поводу БОС им назначались антибиотики широкого спектра действия, иногда их сочетание, часто на фоне нормальной или субфебрильной температуры.

По нашему мнению, такие необоснованные ятрогенные вмешательства приводят к снижению функции не только иммунной системы, но и паренхиматозных органов.

У детей 1-й и 2-ой групп отмечено наличие хронических очагов инфекции (48,4 и 42,5% соответственно). В основном это были хронический тонзиллит и кариес зубов.

При расспросе детей 1-й и 2-ой групп, и их родителей основными жалобами на момент обследования были длительный кашель (60,6 и 9,4% соотв.), появление одышки после физической нагрузки (36,3 и 63,7% соотв.), появление одышки при эмоциональном напряжении (12,12 и 7,1% соотв.), одышка при вдыхании холодного воздуха (30,3 и 10,6% соотв.).

Таким образом, проведенный тщательный анализ анамнестических данных и объективного обследования детей помог выявить наиболее информативные факторы риска рекуррентного течения обструктивного синдрома. К таким факторам по нашим данным относятся неблагоприятное течение периода беременности, неблагоприятный преморбидный фон, наследственная предрасположенность по аллергическим и бронхолегочным заболеваниям, наличие хронических очагов инфекции, неоправданное назначение антибиотиков.

Внедрение в практику здравоохранения современных математических методов позволило глубже подойти к решению вопроса дифференциальной диагностики, так как при этом исключается субъективная оценка информации.

Перед нами были поставлены следующие задачи:

1. Определить сходства и различия между сравниваемыми группами;
2. Определить сходства и различия между анамнестическими данными;
3. Определить сходства и различия между лабораторными данными;
4. Определить признак, который имеет наибольший вклад в развитии БОС.

Основным критерием для отбора симптомов являлся их информативный вес, который определялся отношением частоты каждого симптома у детей с БОС в анамнезе.

Все признаки были разделены на качественные и количественные.

Наиболее важные в дифференциально-диагностическом отношении качественные анамнестические признаки представлены в таблице 3.

Таблица 3

Наиболее информативные анамнестические признаки, способствующие трансформации БОС в БА

Признак	Частота выявляемости
Отягощенная наследственность по:	
- аллергическим заболеваниям	66,7%
- по бронхолегочной патологии	30,3%
Гестоз I половины беременности у матери	63,6%
Экссудативно катаральный диатез	87,8%
Паратрофия	69,6%
Анемия I-степени	63,6%
Дисплазия соединительной ткани	33,3%
Тимомегалия	45,5%
Сочетание тимомегалии и ДСТ	30,3%
Аллергия у ребенка:	
- пищевая	39,4%
- смешанная	33,3%
Возраст 1-го эпизода БОС	
- до 6 мес жизни	81,8%
БОС больше 3-х раз в год	84,85%
Наличие хронических очагов инфекции	48,4%
Длительный кашель, особенно ночное время	60,6%
Одышка при физической нагрузке	36,3%
Одышка при вдыхании холодного воздуха	30,3%

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Структурные компоненты органов или систем при предъявлении им функциональных требований распределяют эту функциональную нагрузку между собой, выбирая такое количество и качество структурных компонентов, которое будет адекватно данным конкретным требованиям. Данный принцип называется принципом мозаичности функционирования органов и систем [12,17]. Если функциональные запросы слишком велики, в работу включаются все структурные компоненты. Однако такое состояние не может длиться долго и, как правило, такой степени длительная функциональная нагрузка приводит к срыву адаптационных возможностей.

Таким образом, впервые проведено длительное проспективное наблюдение за детьми, перенесшими повторные эпизоды бронхиальной обструкции в раннем возрасте. Определена структура заболеваний протекающих с бронхообструктивным синдромом, диагностические критерии для дифференциальной диагностики. Показано, что основными клиническими критериями трансформации заболеваний протекающих БОС в бронхиальную астму являются наличие наследственной предрасположенности по аллергическим и бронхолегочным заболеваниям, ТМ и ДСТ в анамнезе, их сочетание с низкими

показателями CD95, g- INF и высокими показателями IL-4 и IgE. Выявлены клинико-функциональные особенности дыхательных путей детей, перенесших в раннем возрасте повторные эпизоды синдрома бронхиальной обструкции. Показано, что у 39% детей с частыми эпизодами БОС в анамнезе имеет место скрытая гиперреактивность бронхов, выявляемая с помощью пикфлоуметрии с физической нагрузкой.

Выводы

1. В группу с повышенным риском по трансформации заболеваний протекающих БОС в БА относятся дети с наследственной отягощенностью по аллергическим и бронхолегочным заболеваниям, с неблагоприятным преморбидным фоном (тимомегалия, ДСТ, паратрофия, ЭКД), с длительным кашлем и одышкой после физической нагрузки.

2. Наиболее информативным, доступным и прогностически значимым методом определения ПСВ у детей с гиперреактивностью бронхов и бронхиальной астмой в амбулаторных условиях является пикфлоуметрия.

3. Оценка уровня маркеров активации и цитокинов может быть использована в качестве дополнительного и прогностического критерия тяжести БОС и служить методом иммуномониторинга детей с БА.



Литература

1. Абросимов В.Н. Бронхиальная астма и функциональные нарушения дыхания: синдром «бронхиальная астма-плюс». Пульмонология. 2018; 28(6): 722-729.
2. Авдеев С.Н., Ненашева Н.М., Жуденков К.В., Петраковская В.А., Изюмова Г.В. Распространенность, заболеваемость, фенотипы и другие характеристики тяжелой бронхиальной астмы в Российской Федерации. Пульмонология. 2018; 28(3): 341-358.
3. Арутюнян К. А. Прогнозирование рецидивов бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста. Матер. VII съезда врачей-пульмонологов Сибири и Дальнего Востока (с международным участием). 2017; 14-18.
4. Архипов В.В., Прозорова В.К., Архипова Д.Е. Сравнительная эффективность ингаляционных ГКС. Эффективная фармакотерапия. 2013; 21: 32-39.
5. Амосов В.И., Сперанская А.А. Лучевая диагностика интерстициальных заболеваний легких. СПб.: Элби, 2015; 176.
6. Андрейчикова Е.А., Сенникова Ю.А., Пискунов А.А., Сенников С.В., Козлов В.А. «Популяционные особенности полиморфизма генов цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-10) у коренных жителей республики Хакасия, больных аллергической бронхиальной астмой». Цитокины и воспаление 2009; 4 (8): 37-40.
7. Барденикова С.И. и др. Рефлюкс-ассоциированный респираторный синдром у детей: алгоритмы обследования в практической медицине. Российский аллергологический журнал. 2018; 5 (15): 64-75.
8. Бурнайкина К. С. и др. Клинико-фармакологические аспекты применения иммуномодуляторов для оптимизации терапии бронхообструктивного синдрома. Современные проблемы науки и образования. 2020; 2: 121-121.
9. Геппе Н.А., Колосова Н.Г., Шаталина С.И. Бронхолитическая терапия синдрома бронхиальной обструкции у детей. Вопросы практической педиатрии. 2017; 2 (12): 58-64.
10. Герасимова Н. Г. и др. Новые аспекты фармакологических эффектов азоксимера бромида при бронхообструктивном синдроме у детей. Актуальные проблемы медицинской науки и образования. 2017: 126.
11. Закиров И.И., Сафина А.И., Шагиахметова Д.С. Дифференциальная диагностика рецидивирующего бронхита у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2016; 5: 61.
12. Ильенкова Н. А. и др. Дифференцированный подход к бронхообструктивному синдрому у детей грудного возраста. Доктор. Ру. 2016; 6: 6-11.
13. Конова О. М., Давыдова И. В. Физические факторы при бронхообструктивном синдроме у детей раннего возраста. Аллергология и иммунология в педиатрии. 2019; 1 (56).
14. Охотникова Е. Н. Современные возможности комплексного воздействия мукоактивной терапии бронхообструктивного синдрома у детей. Современная педиатрия. 2016; 2: 78-83.
15. Павлинова Е. Б. и др. Инновационный подход к диагностике бронхообструктивного синдрома у детей с муковисцидозом. Доктор. Ру. 2019; 5: 6-10.
16. Global Initiative for Asthma (GINA) Teaching slide set 2018 update / Mode of access: <http://ginasthma.org/>. – Data of access: 10.10.2018
17. Pocket Guide for Asthma Management and Prevention (for Children 5 Years and Younger), a Guide for Health Care Professionals, 2015; www.ginasthma.org 171. Russell, K.F. Glucocorticoids for croup / K.F. Russell, Y. Liang, K.
18. Welte, T. Cytokine profiles in alveolar macrophages of patients with ILD, CORD and acute pneumonitis / T. Welte, O. Wiesner, D. Reinhold // Ibid. P. – 2018.

Халматова Б.Т., Сатибалдиева Н.Р., Мирсалихова Н.Х.

**БРОНХООБСТРУКТИВ СИНДРОМЛИ БОЛАЛАРДА БРОНХИАЛ АСТМАГА
РИВОЖЛАНИШИНИНГ БАШОРАТ ҚИЛАДИГАН ХАВФ ОМИЛЛАРИ**

Калит сўзлар: болалар, бронхообструктив синдром, бронхиал астма, хавф омили, касаллик оқибатларини мезонлари.



Эрта ёш даврида бронхообструктив синдромнинг такрорий эпизодларини ўтказган болаларда узок муддатли кузатиш ўтказилди. Бронхообструктив синдром билан юзага келадиган касалликларнинг структураси, қиёсий ташхиси ва ташхисот мезонлари аниқланди. БОС билан кечувчи

касалликларнинг бронхиал астмага ўтишида асосий клиник мезонлари бўлиб, алергик ва бронх-ўпка касалликларига наслий мойиллик, анамнезида ТМ ва ДСТ борлиги, СД 95, g- INF нинг паст кўрсаткичлари ва IL-4 и IgE нинг эса юқори кўрсаткичлари билан боғликлиги аниқланган.

Xalmatova B.T., Satibaldiyeva N.R., Mirsalixova N.Kh.

PROGNOSTICALLY SIGNIFICANT RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN WITH BRONCHIAL OBSTRUCTIVE SYNDROME

Key words: children, broncho-obstructive syndrome, bronchial asthma, risk factors, prognostic criteria.

A long-term prospective observation of children who underwent repeated episodes of bronchial obstruction at an early age was carried out. The structure of diseases occurring with broncho-obstructive syndrome, diagnostic criteria for differential diagnosis have been determined. It has been shown that the main clinical criteria

for the transformation of diseases of ongoing biofeedback into bronchial asthma are the presence of a hereditary predisposition for allergic and bronchopulmonary diseases, TM and DST in history, their combination with low CD95, g- INF and high IL-4 and IgE values.

Золотова Н.Н.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучить влияние гипербарической оксигенации на костеобразовательный процесс при сочетанной черепно-мозговой травме с повреждением конечностей у детей.

Материал и методы. Для сравнительной оценки мозолеобразования у пострадавших с сочетанными повреждениями проведено эхоosteометрическое исследование (ЭИ), основанное на измерении скорости распространения ультразвуковой волны по поверхности кости. Всего было проведено 186 измерений сегментов конечностей. Данные параметры позволяют судить об эластичности, плотности и жесткости кости.

Результаты. Наблюдения показали, что под воздействием гипербарического кислорода при сочетанной травме быстрее уменьшались боли и отек в области переломов, что способствовало активному восстановительному процессу. Абсолютным противопоказанием для ГБО являлись эпилептические припадки.

Актуальность проблемы обусловлена тяжестью сочетанных повреждений, особенно в детском возрасте. Анализ специальной литературы показывает, что диагностика и лечение сочетанных повреждений представляет собой сложную и, вместе с тем, актуальную проблему в современной детской травматологии [2]. В последние годы в литературе появились единичные работы по репаративной регенерации костной ткани с применением гипербарической оксигенации (ГБО) на данный процесс при сочетанных повреждениях [1,3,4].

Цель работы - изучить влияние гипербарической оксигенации на костеобразовательный процесс при сочетанной черепно-мозговой травме с повреждением конечностей у детей.

Материал и методы

Для сравнительной оценки мозолеобразования у пострадавших с сочетанными повреждениями проведено эхоosteометрическое исследование (ЭИ); основанное на измерении скорости распространения ультразвуковой волны по поверхности кости. Всего было проведено 186 измерений сегментов конечностей. Данные параметры позволяют судить об эластичности, плотности и жесткости кости. Данный метод измерения также был применен у больных с сочетанными повреждениями, которым применялась ГБО-терапия. Для этой цели использовался эхоosteометр ЭОМ-01ц, предназначенный для количественной характеристики состояния костной мозоли, путем прохождения ультразвуковых волн через