

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ПЕДИАТРИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ № 1/2022

СОВРЕМЕННОЕ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОЕ
СОСТОЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ В УЗБЕКИСТАНЕ
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 предметов 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/ru/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.И. 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 31.03.2022
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)
Магазимов М.М. (Андижан)
Набиев З.Н. (Душанбе, Таджикистан)
Орел В.И. (Санкт-Петербург, Россия)
Разумовский А.Ю. (Москва, Россия)
Рикардо С. (Вашингтон, США)
Рузибоев Р.У. (Ургенч)
Туйчиев Л.Н. (Ташкент)
Хайтов К.Н. (Ташкент)
Чонг Пёнг Чунг (Сеул, Южная Корея)
Шамсиев А.М. (Самарканд)

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)
Содикова Г.К. (Ташкент)
Таджиев Б.М. (Ташкент)
Ташмухамедова Ф.К. (Ташкент)
Хасанов С.А. (Ташкент)
Шамсиев Ф.М. (Ташкент)
Шарипов А.М. (Ташкент)
Шарипова М.К. (Ташкент)
Шомансурова Э.А. (Ташкент)
Эргашев Н.Ш. (Ташкент)



25. Махмудова Ф.М. Функциональные состояние миокарда левого желудочка у детей с дисплазией соединительной ткани. *Международный мед. Журнал.* 2010;2:30-34.
26. Миокардиты. Клинические рекомендации. М.: Национальное общество по изучению сердечной недостаточности и заболеваний миокарда; 2016:57.
27. Мутафьян, О.А. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков. О.А. Мутафьян. - СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005.
28. Наследственные нарушения соединительной ткани. Российские рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009;6:1-24.
29. Никитин А.Г. Ассоциация полиморфного маркера C825T гена GNB3 с ишемической болезнью сердца. *Генетика.* 2007;43(8):1129-1133.
30. Палеев Н.Р, Палеев Ф.Н., Санина Н.П. Миокардиты. Альманах клинической медицины. 2004 (7): 118-126.
31. Патурская О.А. Прогностическая модель аритмического синдрома, основанная на результатах клинико-инструментального исследования у мужчин призывного возраста с дисплазией соединительной ткани сердца. *Медицинская панорама.* 2015;9:69-74.
32. Прийма Н.Ф. Попов В.В., Иванов Д.О. Изучение в режиме «LD STRAINPATE LMAGINA» ансинхронизма сокращения левого желудочка. *Детская медицина Северо – Запада.* 2011;1(1):48-52.
33. Реева С.В. Вегетативная дисфункция у лиц молодого возраста с пролапсом митрального клапана и марфаноидной внешностью. *Российский кардиологический журнал.* 2013;1:23-27.
34. Рыбакова М. К., Алехин М. Н., Митьков В. В. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Эхокардиография. Изд. 2-е, испр. и доп. М.: Издательский дом Видар-М; 2008.
35. Старостенко С.А. Влияние разных морфологических вариантов аномальных хорд. *Международный мед. журнал.* 2007;2:50-53.
36. Терещенко С.Н., Жиров И.В., Масенко и др. Диагностика и лечение миокардитов. Клинические рекомендации. Москва. 2019:46.
37. Томчик Н.К., Н.В. Лямеков С.А. Инструментальная характеристика нарушений сердечного ритма и проводимости у детей с малыми аномалиями сердца, возможность прогнозирования осложнений. *Журнал Гродненского государственного мед. Университета.* 2018;16(2):191-195.
38. Трисветова, Е.Л. Анатомия малых аномалий сердца. Е.Л. Трисветова, О.А. Юдина. Минск: ООО «Белпринт», 2006.
39. Ушурова А.И. Клиническое значение малых аномалий сердца при неревматических кардитах у детей раннего возраста. *Педиатрия және бала хирургиясы.* 2010.
40. Филиппенко П.С. Роль дисплазии соединительной ткани в формировании пролапса митрального клапана. П.С. Филиппенко, Ю.С. Малоокая. *Клиническая медицина.* 2006;12:13-19.
41. Хамидуллаева Г.А. и др. Особенности распределения полиморфных маркеров генов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, связь с гипертрофией левого желудочка у больных эссенциальной гипертензией узбекской национальности. *Кардиология.* 2007;47(4):54-58.
42. AHA/ACC 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology. American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology.* 2006;48(3):131-148.
43. Borg. A.N. Localised myocardial scar related to left ventricular false tendons/A.N. Borg, C. Miller, M. Schmitt. *Eur. Heart J. Cardiovasc. Imaging.* 2012;13(9):795.
44. Caforio AL, Pankuweit S, Arbustini E, Basso C, Gimeno-Blanes J, Felix SB, Fu M, Heliö T, Heymans S, Jahns R, Klingel K, Linhart A, Maisch B, McKenna W, Mogensen J, Pinto YM, Ristic A, Schultheiss HP, Seggewiss H, Tavazzi L, Thiene G, Yilmaz A, Charron P, Elliott PM; European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of myocarditis: a position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *European Heart Journal* 2013 Sep;34 (33):2636-48.
45. Cooper LT, Baughman KL, Feldman AM, Frustaci A, Jessup M, Kuhl U, Levine GN, Narula J, Starling RC, Towbin J, Virmani R; American Heart Association; American College of Cardiology; European Society of Cardiology; Heart Failure Society of America; Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. The role of endomyocardial biopsy in the management of cardio-vascular disease: a scientific statement from the American Heart Association, the American College of Cardiology, and the European Society of Cardiology. Endorsed by the Heart Failure Society of America and the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Journal of the American College of Cardiology* 2007 Nov; 50 (19): 1914-31.
46. Epidemiology of left ventricular false tendons. Clinical correlates in the Framingham Heart Study /S. Kenchaiah [et.al]; *J.Am /Soc. Echocardiogr.* 2009;22(6):739-745.
47. Prevention of torsade de pointes in hospital settings: a scientific statement from the American College of Cardiology Foundation/B.J. Drew [et al]; American Heart Association; American College of Cardiology Foundation. *Circulation.* 2010;121(8):1047-1060.



Каримджанов И.А., Абдуллаева Д.Т., Файзиева У.Р., Эргашева И.Т.
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД: КОРОНАВИРУСНАЯ И БАКТЕРИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

REVIEWS

В новом тысячелетии человечество столкнулось с инфекционными болезнями, о которых никто не знал. На смену чуме и тифу пришли опасные вирусы. Изменение окружающей среды, потепление климата, увеличение плотности населения и другие факторы провоцируют их появление, а высокая миграционная активность населения способствует распространению по всему миру. Поистине, инфекции не знают границ. Быстрое распространение SARS-CoV-2 в мире с объявлением пандемии в феврале 2020г., отсутствие данных о реальных патогенетических механизмах поражения легких при SARS-CoV-2, недостаток клинических исследований и доказательной базы по терапии данного заболевания, частота развития осложнений - все это повысило настороженность и способствовало статистически значимому росту заболеваемости внебольничными пневмониями (ВП) в 2020г во всех странах мира и, как следствие, необоснованно широкому назначению антибактериальных препаратов. До XXI века ВП у детей ассоциировались с бактериальной этиологией, что определяло главную роль АБТ в их лечении. С начала настоящего столетия в вопросах этиологии ВП у детей произошли существенные изменения. Этому способствовало внедрение бактериальных конъюгированных вакцин и новых методов этиологической диагностики. Начиная с 2010 г. в многочисленных публикациях представлены свидетельства того, что респираторно-синцитиальный вирус, вирусы гриппа А и В, вирус парагриппа, аденовирус, риновирус человека, метапневмовирус человека и коронавирус человека нередко являются причиной развития ВП у детей первых 5 лет жизни [1,2,3]. Сегодня медицинской науке известны механизмы возникновения новых вирусов, изучены клинико-эпидемиологические особенности «птичьего» гриппа H5N1 (2007 г.), «свиного» гриппа А H1N1pdm (2009), тяжелого острого респираторного синдрома (SARS-nCoV, 2002 г.), ближневосточного коронавирусного синдрома (MERS-CoV, 2015 г.), крупнейшей

вспышки болезни Эбола в Западной Африке (2014-2015 гг.), вспышки лихорадки Зика (2016 г.). Эпидемия COVID-19 («coronavirus disease 2019») уже вошла в историю как чрезвычайная ситуация международного значения. Нам еще предстоит изучение особенностей этой эпидемии, извлечь уроки, проанализировать недостатки обеспечения биологической безопасности населения.

Коронавирусная инфекция – острое вирусное заболевание с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, вызываемое РНК-геномным вирусом рода Betacoronavirus семейства Coronaviridae. Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 г. присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2. Коронавирусы (лат. Coronaviridae) – семейство, включающее на январь 2020 года 40 видов РНК-содержащих сложно организованных вирусов, имеющих суперкапсид. Они объединены в два подсемейства, которые поражают человека и животных. Название связано со строением вируса: из суперкапсиды выдаются большие шиповидные отростки в виде булавы, которые напоминают корону. В период пандемии COVID-19 в мировой литературе появляется все больше данных о вирусных поражениях легких. На основании проведенных исследований отечественные пульмонологи рекомендуют не использовать термин «пневмония» при коронавирусной инфекции, так как он не отражает клинико-рентгенологических и морфологических признаков патологического процесса, наблюдающегося при поражении легких вирусом SARS-CoV-2. Хорошо известно, что SARS-CoV-2 у детей младшего возраста протекает в виде легкого респираторного заболевания. Только небольшая часть педиатрических пациентов с инфекцией SARS-CoV-2 требуют интенсивной терапии, а смертность у детей значительно ниже, чем у взрослых. Высокая заболеваемость и однотипность симптомов (лихорадка, кашель) требуют от врача настороженности при дифференциальной диагностике новой



коронавирусной инфекции и бактериальной пневмонии [4,6,10,14].

Основными клетками-мишенями для коронавирусов являются клетки альвеолярного эпителия, в цитоплазме которых происходит репликация вируса. После сборки вирионов они переходят в цитоплазматические вакуоли, которые мигрируют к мембране клетки и путем экзоцитоза выходят во внеклеточное пространство. Экспрессии антигенов вируса на поверхность клетки до выхода вирионов из клетки не происходит, поэтому антителообразование и синтез интерферонов стимулируются относительно поздно. Образование синцития под воздействием вируса обуславливает возможность последнего быстро распространяться в ткани. Действие вируса вызывает повышение проницаемости клеточных мембран и усиленный транспорт жидкости, богатой альбумином, в интерстициальную ткань лёгкого и просвет альвеол. При этом разрушается сурфактант, что ведёт к коллапсу альвеол, в результате резкого нарушения газообмена развивается острый респираторный дистресс-синдром [8,9,15].

В настоящее время основным источником инфекции является инфицированный человек, в том числе находящийся в конце инкубационного, продромального периоде (начало выделения вируса из клеток-мишеней) и во время клинических проявлений. Механизм передачи – аспирационный. Пути передачи: воздушно - капельный (выделение вируса при кашле, чихании, разговоре) при контакте на близком расстоянии. Контактно-бытовой путь реализуется через факторы передачи: воду, пищевые продукты и предметы (дверные ручки, экраны смартфонов), контаминированные возбудителем. Риск переноса вируса с рук на слизистые оболочки глаз, носовой и ротовой полости и развития заболевания доказан. Возможна реализация фекально-орального механизма (в образцах фекалий от пациентов, заражённых SARS-CoV-2 был обнаружен возбудитель).

По данным И.А.Каримджанов (2020г), развитие острой пневмонии у детей раннего возраста зависит от условия жизни, преморбидного фона, а также, от состояния организма ребенка. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о дисбалансе в продукции цитокинов при острой пневмонии у детей. Повышенный уровень IL -

8 и ФНО в сыворотке крови позволяет считать их маркерами воспаления.

Исходя из полученных результатов, поставленных цели и задачи исследование роли провоспалительных и противовоспалительных цитокинов при внебольничной пневмонии у детей раннего возраста позволяет взглянуть на протекающие патологические процессы уже не на тканевом, а на клеточном и в молекулярном уровнях. Своевременное применение реабилитационных мероприятий улучшает качества жизни детей, действует в длительности ремиссии болезней.

В заключение можно сделать вывод прогнозирования болезни и подбора иммуномодуляторов и патогенетической терапии.

Клинические проявления

Инкубационный период при COVID-19: от 2 до 14 суток, в среднем 5 суток. Для сравнения, инкубационный период для сезонного гриппа составляет около 2 дней. Среди первых симптомов COVID-19 зарегистрировано повышение температуры тела в 90% случаев. Лихорадка — наиболее частый симптом при пневмонии у детей. Необходимо учитывать, что длительная фебрильная лихорадка характерна не только для бактериальных инфекций, но и для некоторых вирусных заболеваний (SARS-CoV-2, грипп, аденовирус и др.). В этом случае поставить диагноз нередко помогает сопутствующая симптоматика. При внебольничной пневмонии лихорадка чаще всего сочетается с кашлем, одышкой, болью в области грудной клетки. Однако у части пациентов лихорадка может быть единственным симптомом внебольничной пневмонии.

Кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты) встречается в 80% случаев; ощущение сдавленности в грудной клетке в 20 % случаев; одышка в 55 % случаях; миалгии и утомляемость (44%); продукция мокроты (28%); а также головные боли (8%), кровохарканье (5%), диарея (3%), тошнота. Данные симптомы в дебюте инфекции могут наблюдаться и при отсутствии повышения температуры тела [11,12].

Клинические варианты и проявления COVID-19:

1. Острая респираторная вирусная инфекция легкого течения.



2. Пневмония без дыхательной недостаточности.

3. Пневмония с острой дыхательной недостаточностью.

4. острый респираторный дистресс синдром.

5. Сепсис.

6. Септический (инфекционно-токсический) шок.

Гипоксемия (снижение SpO₂ менее 88%) развивается более чем у 30% пациентов. Различают легкие, средние и тяжелые формы COVID-19. У большинства пациентов с тяжелым течением COVID-19 на первой неделе заболевания развивается пневмония. В легких с обеих сторон выслушиваются влажные крепитирующие, мелкопузырчатые хрипы. При перкуссии определяется притупление легочного звука. На высоте вдоха хрипы становятся более интенсивными, после кашля они не исчезают, не меняются в зависимости от положения тела больного (сидя, стоя, лежа). При рентгенографии отмечается инфильтрация в периферических отделах легочных полей. При прогрессировании процесса инфильтрация нарастает, зоны поражения увеличиваются, присоединяется респираторный дистресс синдром.

Диагностика. Диагноз устанавливается на основании клинического обследования, данных эпидемиологического анамнеза и результатов лабораторных исследований. При сборе эпидемиологического анамнеза обращается внимание на посещение в течение 14 дней эпидемиологически неблагополучных по COVID-19 стран и регионов, наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, подозрительными на инфицирование SARS-CoV-2 или лицами, у которых диагноз подтвержден лабораторно. При рентгенографии грудной клетки выявляют двусторонние сливные инфильтративные затемнения. Чаще всего наиболее выраженные изменения локализуются в базальных отделах легких. Также может присутствовать и небольшой плевральный выпот. В период пандемии COVID-19 появились данные, свидетельствующие о недостатках рентгенографии грудной клетки, особенно при диагностике поражения легких SARS-CoV-2. Именно поэтому основным методом выявления признаков новой коронавирусной инфекции у пациентов старше 12 лет стала

компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки. КТ кроме того является более чувствительным методом для диагностики вирусной пневмонии. Основными проявлениями поражения легочной ткани у этих пациентов при КТ являются инфильтраты в виде «матового стекла», имеющие преимущественное распространение в нижних и средних зонах легких, ретикулярные изменения, очаги различного размера, которые часто не выявляются у пациентов на рентгенограммах грудной клетки. Однако детям в возрасте до 3 лет при подозрении на коронавирусную инфекцию или вирусную пневмонию другой этиологии первоначально выполняется рентгенография органов грудной клетки. КТ у детей раннего возраста выполняется только в стационаре при сомнительных рентгенографических результатах, при верификации COVID-19 на основании клинической картины, при несоответствии клинико-рентгенологических данных с целью дифференциальной диагностики [15,16,17,18,19].

Лабораторная диагностика: – общий (клинический) анализ крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы; – биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, печеночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин). Биохимический анализ крови не дает какой-либо специфической информации, но обнаруживаемые отклонения могут указывать на наличие органной дисфункции, декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений, имеют определенное прогностическое значение, оказывают влияние на выбор лекарственных средств и/или режим их дозирования; – исследование уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови. Уровень СРБ коррелирует с тяжестью течения, распространенностью воспалительной инфильтрации и прогнозом при пневмонии; – пульсоксиметрия с измерением SpO₂ для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии.

Пульсоксиметрия является скрининговым методом, позволяющим выявлять пациентов с гипоксемией, нуждающихся в респираторной поддержке и оценивать ее эффективность; – пациентам с признаками острой дыхательной



недостаточности (SpO₂ менее 90% по данным пульсоксиметрии) рекомендуется исследование газов артериальной крови с определением PaO₂, PaCO₂, pH, бикарбонатов, лактата;

- пациентам с признаками ОДН (острая дыхательная недостаточность) рекомендуется выполнение коагулограммы с определением протромбинового времени, международного нормализованного отношения и активированного частичного тромбопластинового времени.

Электрокардиография в стандартных отведениях рекомендуется всем пациентам. Данное исследование не несет в себе какой-либо специфической информации, однако в настоящее время известно, что вирусная инфекция и пневмония помимо декомпенсации хронических сопутствующих заболеваний увеличивают риск развития нарушений ритма и острого коронарного синдрома, своевременное выявление которых значимо влияет на прогноз. Кроме того, определенные изменения на ЭКГ (например, удлинение интервала QT) требуют внимания при оценке кардиотоксичности ряда антибактериальных препаратов.

Особенности лечения у детей. Лечение у детей должно начинаться безотлагательно после появления первых симптомов заболевания, характерных для коронавирусной инфекции, с учетом их выраженности и при наличии эпидемиологического анамнеза.

Показания для перевода в ОРИТ:

- нарастание цианоза и одышки в покое;
- показатели пульсоксиметрии ниже 92%-94%;
- одышка: дети до 1 года – более 60 в мин, дети до 5 лет – более 40 в мин, старше 5 лет – более 30 в мин;
- появление кашля с примесью крови в мокроте, боли или тяжести в груди;
- появление признаков геморрагического синдрома;
- изменения психического состояния, спутанность сознания или возбуждение, судороги;
- повторная рвота;
- снижение артериального давления и уменьшение мочеотделения;
- сохранение высокой лихорадки (более 4-5 суток) с рефрактерностью к жаропонижающим средствам и развитием

тяжелых осложнений.

Немедленно назначать оксигенотерапию любому пациенту с угрожающими симптомами и любому пациенту без таких симптомов при SpO₂ < 90% .

- Оксигенотерапия: - до 2 мес. – 0,5-1 л/мин, грудные дети – 1-2 л/мин, дошкольный возраст – 1-4 л/мин., школьный возраст - 1-6 л/мин. Если тяжелая гипоксемия сохраняется, несмотря на максимальную скорость потока через назальную вилку, то: начать СРАР (если возможно, режим искусственной вентиляции легких постоянным положительным давлением);

Заменить подачу кислорода на лицевую маску с резервуаром; у новорожденных и грудных детей можно установить носоглоточный катетер (за язычком мягкого неба, в глотку) и дать кислород со следующей скоростью потока: у новорожденных - 0.5 л/мин; у грудных – 1 л/мин. Расчет FiO₂ 55% и РЕЕР 2,8 см H₂O, Лицевые маски (5-10 л / мин), ВЧНК (10 - 40 л / мин) , СРАР (6мл/кг; РЕЕР 5-10 см H₂O; цель PP 28 см H₂O) на фоне седации. • Снижение температуры: - Парацетамол - подросткам старше 12 лет (масса тела более 40 кг): максимальная разовая доза 1 г, максимальная сут. доза 4 г.; для детей младше 12 лет: максимальная разовая доза 10-15 мг/кг, максимальная суточная доза - до 60 мг/кг. Можно употреблять не более 4 раз в сутки, а при необходимости с интервалом не менее 4 часов перорально в течение 3 дней, в отдельных случаях при продолжающемся лихорадочном синдроме – 57 дней. Дайте больному ребенку больше жидкости, по физиологической потребности, если у него лихорадка (увеличивайте объем на 10% на каждый градус повышенной температуры тела). - Ибупрофен назначается в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки через рот.

Антикоагулянты: обратить внимание: строго рекомендуется при нарушении гемостаза:

- при преобладании в клинике тромботических (ишемических) проявлений; - в системе гемостаза
- выраженной гиперкоагуляции, по данным активированного парциального тромбопластинового времени и других коагуляционных тестов.
- Гепарин: начальная доза - 75-100 МЕ/кг внутривенно болюсно в течение 10 минут,



поддерживающая доза: детям в возрасте 1-3 месяцев - 25-30 МЕ/кг/ч (800 МЕ /кг/сут), детям в возрасте 4-12 месяцев - 25-30 МЕ/кг/ч (700 МЕ/кг/сут), детям старше 1 года - 18-20 МЕ /кг/ч (500 МЕ /кг/сут), от 6 до 15 лет 500 МЕ/кг в сутки внутривенно капельно строго по жизненным показаниям и АЧТВ. Для подростков при показаниях с целью фармакологической профилактики венозной тромбоэмболии рекомендуется эноксапарин или гепарин, при наличии противопоказаний можно использовать механические средства профилактики (например, устройства для перемежающейся компрессии).

Дезинтоксикационная терапия (поддержание водного баланса):

Питьевой режим - общий ежедневный объем жидкости рассчитывается в зависимости от физиологической потребности ребенка по следующей формуле: 100 мл/кг на первые 10 кг, затем 50 мл/кг на следующие 10 кг, далее 25 мл/кг на каждый последующий килограмм; детям старше 5 лет - по 30 мл на 1 кг в течение суток. Рекомендуется придерживаться консервативной тактики инфузионной терапии с динамической оценкой ее эффективности.

Инфузионная терапия: С осторожностью применяйте инфузионную терапию у пациентов без признаков тканевой гипоперфузии тканей и ответа на введение жидкости.

Антибактериальная терапия: эмпирическая терапия антибиотиками должна основываться на клиническом диагнозе (с учетом данных, указывающих на бактериальную инфекцию) и национальных руководствах по лечению пневмоний. Выбор антимикробных препаратов осуществляется в зависимости от объема и тяжести вторичной бактериальной инфекции и результатов бактериологических исследований.

Примерная схема: антибиотиками 1-го выбора являются защищенные пенициллины (амоксциллин/клавулановая кислота (90-120 мг/кг в сутки в 3 перорально); 2-го выбора - цефалоспорины 2-3 поколения (100 мг/кг в сут, парентерально или перорально, 2-3 раза в сутки). При неэффективности через 48-72 часа необходимо сменить антибиотик с учетом результата бактериологического исследования.

Системные глюкокортикостероиды (дексаметазон, в случае отсутствия дексаметазона - метилпреднизолон) назначаются по следующим показаниям: -

прогрессирующее течение заболевания;

- СРБ более 20 мг/л и прогрессирующее нарастание в динамике;

- стойкая лихорадка > 38°C;

- SpO₂ на воздухе < 92%

Дозировка дексаметазона - 0,1 мг/кг 1 раз в день утром внутримышечно или в/в, или per os, но не более 6 мг в сутки.

Дозировка метилпреднизолона не должна превышать 1 мг/кг/сутки.

Препарат витамина D - детям до года - 1500 МЕ, 1-5 лет - 2500 МЕ • 6-17 лет - 3000 МЕ x 1 раз в сутки 2 месяца.

Препарат цинка - детям до 2 лет - 5мг/сут; 2-10 лет - 10 мг/сут; 11-17 лет - 20 -30 мг/сут. 2 месяца.

Витамин С - по 50-100 мг 2- раза в сутки в течение 15 дней. Адекватное питание. Легкая физическая нагрузка (дыхательные упражнения). Пронация. Пронация при пробуждении (если > 4 л / мин) - 30 до 120 минут на животе - от 30 до 120 минут на левой стороне - от 30 до 120 минут на правой стороне - от 30 до 120 минут в вертикальном положении. Мониторинг: АД/ ЧСС постоянно; ЧД / характер дыхания /spO₂ - постоянно; ЭКГ- Каждые 2 дня; Газы артериальной крови -ежедневно.

Критерии выписки / критерии выздоравливающих больных.

- Отсутствие лихорадки.

- Отсутствие дыхательной недостаточности (отсутствие всех признаков респираторного дистресса), SpO₂ > 95%.

- Отсутствие тахикардии: частота сердечных сокращений у детей в возрасте до 1 года - менее 140, от 1 до 5 лет - менее 130, старше 5 лет - менее 120 в мин.

- Отсутствие сыпи.

- Компенсированное состояние по любому сопутствующему/фоновому заболеванию.

- Нормализация уровня маркеров воспаления в лабораторных анализах (уровень лейкоцитов < 15 тыс./мкл, уровень нейтрофилов < 10 тыс./мкл, уровень С-реактивного белка < 30 мг/л, уровень прокальцитонина < 0,5 нг/мл (если есть возможность проведения анализа данного показателя).

- Возможность продолжить изоляцию ребенка до получения двукратного отрицательного результата микробиологических исследований на SARS-Cov-2 при проживании с лицами из групп риска.



- Наличие условий для лечения на дому или гарантий выполнения рекомендаций по долечиванию в амбулаторных условиях.

- Наличие информированного согласия родителя/законного представителя на продолжение лечения на дому.

Реабилитация детей, перенесших covid-19.

1. Соблюдение режима дня и сна; Прогулки на свежем воздухе;

2. Детям грудного возраста рекомендуется грудное вскармливание (детям до 6 мес. – исключительно грудное вскармливание);

3. Рациональное, легкоусвояемое питание – 5 раз в день.

4. Питьевой режим: общий ежедневный объем жидкости рассчитывается в зависимости от физиологической потребности ребенка по следующей формуле: 100 мл/кг на первые 10 кг, затем 50 мл/кг на следующие 10 кг, далее 25 мл/кг на каждый последующий килограмм; детям старше 5 лет по 30 мл на 1 кг в течение суток.

5. Легкая физическая нагрузка (дыхательные упражнения).

6. Препарат витамина D - детям до года - 1000 МЕ; 2-5 лет – 1500 МЕ; 6-17 лет 1000 МЕ x 1 раз в сутки.

7. Цинк – до 2 летнего возраста - 5 мг/сут; 2-10 лет – 7,5 мг/сут; 11-17 лет - 10 мг/сут.

8. Витамин С – по 50-100 мг 2 раза в день. Длительность применения рекомендуемых доз витамина D, цинка и аскорбиновой кислоты при легкой форме - 1 месяц, среднетяжелой форме - 2 месяца, тяжелой форме - 3 месяца.

9. Психологическая реабилитация.

10. Наблюдение семейного врача или педиатра, при необходимости – других специалистов.

Несмотря на то что SARS-CoV-2 обладает меньшей вирулентностью по сравнению с SARS-CoV-1 и MERS-CoV, основная опасность связана со значительной смертностью среди восприимчивых людей с сопутствующими заболеваниями. Более того, информация, которую распространяют средства массовой информации и социальные сети, предвещая начало новой смертельной пандемии, вызывает глобальную истерию [3,8,12]. Поэтому нынешняя эпидемия COVID-19 приводит более к социальной, а не к вирусной катастрофе. Хотя будущее развитие этой эпидемии остается непредсказуемым,

классические стратегии общественного здравоохранения должны следовать рациональным схемам.

В сыворотке крови TNF α , ИЛ-1b и ИЛ-4 у детей с внебольничной пневмонией возрастает уровень TNF α , ИЛ-1b, несколько повышается содержание ИЛ-4 и соотношение ИЛ-1b/ИЛ-4 и TNF α /ИЛ-4. Уровень противовоспалительного (ИЛ-4) и провоспалительных (ИЛ-1b и TNF α) цитокинов и особенно соотношение ИЛ-1b/ИЛ-4 и TNF α /ИЛ-4, по нашему мнению, отражают состояние больных детей и могут служить информативным показателем для прогнозирования дальнейшего течения воспалительного процесса. Своевременная реабилитация детей перенесших внебольничной пневмонии приводит к быстрому выздоровлению больных, предупреждение повторных обострений болезней [2].

Остается довольно низким число изученных вопросов: причины более легкого течения заболевания у детей; роль пациентов детского возраста в эпидемическом процессе; возможные последствия и осложнения болезни; проблемы этиотропной терапии заболевания у детей. Особый интерес представляют дети, не развивающие клинику COVID-19. Требуется дальнейшего изучения полиморфизм клинических проявлений. В настоящее время у детей отсутствует специфическая профилактика коронавирусной инфекции, поэтому разработка эффективных профилактических средств является одним из важных научных направлений. Неслучайно I. Somech и соавт. (2020 г.) охарактеризовали современные знания о COVID-19 у детей с осторожным оптимизмом [2,3].

Конфликт Изменения содержания прокальцитонина при COVID-19 могут служить обоснованием бактериальной этиологии пневмонии. Однако все же целесообразно комплексно оценивать результаты клинических, лабораторных и инструментальных обследований при назначении терапии. Существующие данные свидетельствуют о высокой встречаемости сопутствующей патологии у пациентов с COVID-19 среднего и старшего возраста. Необходимо дальнейшее изучение особенностей скрининга, диагностики, клинических проявлений, профилактики и лечения у пациентов с COVID-19 [1,2,21,22].

К настоящему моменту большинство



авторов сходятся во мнении, что COVID-19 у детей протекает легче и зачастую бессимптомно (от 1/5 до 1/3 случаев). Однако у каждого пятого пациента выявлена пневмония как единственный симптом заболевания. В этом случае для установления диагноза и своевременного назначения терапии необходимо провести пульсоксиметрию и рентгенологическое исследование органов грудной полости. Другой яркой характеристикой COVID-19 является то, что он поражает несколько жизненно важных органов (например, легкие и сердце), о чем свидетельствует повышение активности миокардиальных ферментов, что может иметь отдаленные последствия в виде формирования хронической патологии у пациента. Кроме того, для детей характерно длительное выделение РНК SARS-CoV-2 в различных средах организма после нормализации самочувствия. Все это подчеркивает необходимость динамического наблюдения детей, имеющих внутрисемейный контакт с больным COVID-19, с применением не только общеклинических, но и инструментальных методов обследования. Профилактические меры, как барьерные и общегигиенические, так и применение местных противовирусных средств в педиатрической практике, являются неотъемлемой частью работы врача-педиатра в условиях пандемии [10].

До настоящего времени прямые последствия инфекции COVID-19 для детей были гораздо более мягкими, чем для других

возрастных групп. Предварительные данные по наблюдаемым случаям в Китае и США свидетельствуют о том, что показатели госпитализации детей с симптомами заболевания в 10–20 раз ниже, чем у лиц среднего возраста, и в 25–100 раз ниже, чем у лиц пожилого возраста 12 лет. Среди госпитализированных пациентов дети в наименьшей степени нуждаются в интенсивной терапии. Согласно оценкам, в Китае доля имеющих симптомы детей, умерших от вируса, составляет 1 из 25 000, что в 30 раз меньше, чем у пациентов среднего возраста и в 3000 раз меньше, чем у пожилых людей. Тем не менее, выводы на основе этих данных должны делаться с крайней осторожностью, учитывая ограниченный охват существующих наборов данных и различные условия, в которых в настоящее время протекает COVID-19 в целом. Можно ожидать, что эпидемиологическое воздействие вируса будет варьироваться в зависимости от времени и конкретных условий. Более широкие последствия пандемии для здоровья детей, в отличие от непосредственного воздействия инфекции COVID-19, являются значительными. Сокращение доходов домохозяйств вынудит бедные семьи сократить расходы на основные медицинские услуги и продукты питания. Жизненно важной проблемой является обеспечение детей питанием [10,22].

Литература

1. Хаджибаева А.М., Акилов Х.А. и другие. Временные рекомендации по ведению пациентов, инфицированных коронавирусной инфекцией covid-19 (версия 8). Ташкент. 2021г. 1-48 стр.
2. Каримджанов И.А., Файзиева У.Р. «Совершенствование методов диагностики, реабилитации внебольничной пневмонии у детей». 2021г. Мет.указание.-С.-14
3. О.В. Борисова, Н.М. Бочкарева, С.М. Китайчик. Особенности клинических проявлений COVID-19 у детей Самарского региона. Самара, Россия; Pediatrics. consilium medicum. 2021;1:30–33. педиатрия. consilium medicum. 2021; 1: 30 – 33.
4. Акилов Х.А., Туйчиев Л.Н., Jaewook Choi, Ибадова Г.А., Мусабаев Э.И. и др. Временные рекомендации по ведению пациентов, инфицированных коронавирусной инфекцией COVID-19. Ташкент, 2020:1-84.
5. Облокулов А.Р., Мусаева Д.М., Элмурадова А.А. Клинико-эпидемиологические характеристики новой коронавирусной инфекции (COVID 19). Новый день в медицине, 2020;2(30/2):110-115.
6. Современные представления о новом коронавирусе и заболевании, вызванном SARS-COV-2 COVID-19 г. Москва, Российская Федерация Костинов М.П., Шмитько А.Д. Полищук В.Б., Хромова Е.А. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2020г. Том 9, № 2, 1-3 стр.
7. Внебольничная пневмония у детей. Клиническое руководство. Под ред. Н.А. Геппе. М.: МедКом-Про; 2020. [Community-acquired pneumonia in children. Clinical guidelines. N.A. Geppe, ed. M.: MedKom-Pro; 2020 (in Russ.)].
8. Алгоритмы оказания медицинской помощи больным ОРВИ. Никифоров В.В., Суранова Т.Г., Орлова Н.В., Кардонова Е.В., Сметанина С.В. Современная поликлиника. Том №2. Медицинский алфавит. №27 (402). 2019. С.6-13.



<i>Ходжаева Н.А., Тахирова Р.Н.</i> Клинико – эхографическая характеристика патологии желчевыводящих путей при дисплазии соединительной ткани у детей	241	<i>Khodjaeva N.A., Takhirova R.N.</i> Clinical and echographic characteristics of pathology for bile tract at children with connective tissue dysplasia
<i>Хакимова У.Р., Муратходжаева А.В., Дауки И.А.</i> Диагностика и принципы терапии поражения миокарда у детей с острыми респираторными заболеваниями	245	<i>Hakimova U.R., Muratxodjaeva A.V., Dauksh I.A.</i> Diagnosis and therapeutic principles of myocardial damage at children with acute respiratory diseases
<i>Ахрарова Ф.М.</i> Клинико-диагностические особенности малых аномалий развития сердца у детей с нарушениями сердечного ритма и проводимости	252	<i>Akhrarova F.M.</i> Clinical and diagnostic features of minor anomalies for heart development in children with heart rhythm and conductivity disorders
<i>Ахмедова М.А., Акалаев Р.Н., Эгамбердиев С.Б., Арипходжаева Г.З.</i> Болаларда герпесвирус ассоциацияси сурункали гломерулонефрит ва нефротик синдромнинг клиник кечииш хусусиятлари	259	<i>Akhmedova M.A., Akalaev R.N., Egamberdiev S.B., Aripkhodjaeva G.Z.</i> Clinical features of herpesvirus associated chronic glomerulonephritis and nephrotic syndrome in children
<i>Даминов Б.Т., Аляви Б.А., Халмухамедов Ж.А., Платонов С.А., Редкин Д.А., Расулев Ё.Э.</i> К вопросу об уремической миопатии у больных с хронической болезнью почек	264	<i>Daminov B.T., Alyavi B.A., Khalmukhamedov J.A., Platonov S.A., Redkin D.A. Rasulev Y.E.</i> To the question of uremic myopathy at patients with chronic kidney disease
<i>Аббасова Д.С., Шарипова Ф.К.</i> Особенности коморбидных нарушений при невротическом энурезе	274	<i>Abbasova D.S., Sharipova F.K.</i> Features of comorbid disorders in neurotic enuresis
<i>Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б.</i> Психодиагностика депрессивных нарушений у подростков	280	<i>Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B.</i> Psychodiagnostics of depressive disorders at adolescents
<i>Султонова К.Б., Шарипова Ф.К.</i> Влияние сахарного диабета I типа на формирование аффективных нарушений у подростков	285	<i>Sultonova K.B., Sharipova F.K.</i> The influence of type I diabetes mellitus on formation of affective disorders in adolescents
<i>Rixsiyeva N.T., Ismailov S.I.</i> Bolalarda birlamchi giperparatireozni jarrohlik usulida davolashning yaqin va uzoq muddatli natijalari	290	<i>Rikhsieva N.T., Ismailov S.I.</i> Immediate and long-term results of surgical treatment of primary hyperparathyroidism in children
<i>Тошпулатова Ф.К., Лозовская М.Э., Фаттахов Р.А., Галиулин Т.И.</i> Болалар ва ўсмирларда силнинг иммунодиагностикаси	298	<i>Toshpulatova F.K., Lozovskaya M.E., Fattahov R.A., Galiulin T.I.</i> Tuberculosis immunodiagnosis at children and teenagers
ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ПЕДИАТРИИ		DRUG USE IN PEDIATRICS
<i>Шерова З.Н., Норматова К.Ю.</i> Применение препарата Л-монтус в качестве базисной терапии у детей с бронхиальной астмой	305	<i>Sherova Z.N., Normatova K.Yu.</i> Use L-montus medicine as the basic therapy at children with bronchial asthma
ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ		NOTES FROM PRACTICE
<i>Карабаев Х.Э., Абдуллаев Х.Н., Юсупов С.А., Хамраева В.Ш., Аймухамедов А.И.</i> Врожденная ретрофарингеальная киста	308	<i>Karabaev X.E., Abdullaev H.N., Yusupov S.A., Hamraeva V.Sh., Aymuhamedov A.B.</i> Congenital retropharyngeal cyst
<i>Пирназарова Г.З.</i> Болаларда юрак ўса касаллиги	313	<i>Pirnazarova G.Z.</i> Heart tumors in children
<i>Ходжаева С.М., Бабабекова Н.Б., Юсупалиева Д.Б.</i> Кожные проявления системной красной волчанки у детей и патогенез их возникновения	317	<i>Hodjaeva S.M., Bababekova N.B., Yusupalieva D.B.</i> Skin manifestations of systemic lupus erythematosus at children and pathogenesis of their origin
<i>Даминова Ш.Б., Махсумова С.С., Кодирова М.Т., Махсумова И.Ш.</i> Фото-планиметрические исследования у детей с травматическими поражениями слизистой оболочки полости рта	320	<i>Daminova Sh.B., Makhsumova S.S., Kodirova M.T., Makhsumova I.Sh.</i> Photo-planimetric researches of children with traumatic damages of mucous membrane in oral cavity
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА		EXPERIMENTAL MEDICINE
<i>Садриддинов А.Ф., Исаева Н.З., Абдуллаева И.Х.</i> Особенности реакции ядерного аппарата в пострезекционном регенераторном процессе печени	322	<i>Sadriddinov A.F., Isaeva N.Z., Abdullaeva I.H.</i> Features of the nuclear apparatus reaction in the post-resection regenerative process of the liver



<i>Ибрагимова Л.И.</i> Влияние аллоксанового диабета при беременности на морфологическое образование грудино-реберного комплекса	327	<i>Ibroximova L.I.</i> Influence of alloxan diabetes at pregnancy on the morphological formation of the sterno-costal complex
ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ		QUESTIONS OF TEACHING IN MEDICAL HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS
<i>Guzachchova N.I.</i> Communication and information technology in medical education	332	<i>Гузачева Н.И.</i> Коммуникационно-информационные технологии в медицинском образовании
<i>Nabiyeva D.R.</i> Approaches in teaching a second language	335	<i>Набиева Д.Р.</i> Подходы к обучению второму языку
<i>Sharipova F.I.</i> Challenges in teaching english for medical students	339	<i>Шарипова Ф.И.</i> Проблемы в обучении английскому языку студентов медицинских институтов
<i>Makhametova D.B.</i> Theoretical bases of development in independent education process of the future specialists	342	<i>Махаметова Д.Б.</i> Теоретические основы развития процессов самостоятельного образования будущих специалистов
<i>Buranova D.D.</i> Teaching special subjects in english as an important stage in higher medical education	344	<i>Буранова Д.Д.</i> Преподавание специальных дисциплин на английском языке как важный этап в высшем медицинском образовании
<i>Latipova D.Sh.</i> Contemporary organizational approach to the process of teaching english to medical students	346	<i>Латипова Д.Ш.</i> Современный организационный подход к процессу преподавания английского языка студентам-медикам
<i>Хайтматова Г.А., Каримова М.Ж.</i> Важные аспекты преподавания новейшей истории Узбекистана в медицинском ВУЗЕ	348	<i>Найтматова Г.А., Каримова М.Ж.</i> Important aspects of teaching the modern history of Uzbekistan in the medical university
<i>Sultanova D.T.</i> The advantages of information technology in teaching english language in medical education	351	<i>Султанова Д.Т.</i> Преимущества информационных технологий в преподавании английского языка в медицинском образовании
<i>Талипов И.Я.</i> Роль руководителя в совершенствовании повышения культуры взаимоотношений сотрудников в организации	357	<i>Talipov I.Y.</i> The role of leader is improvement of employee's social culture increase in organization
ОБЗОРЫ		REVIEWS
<i>Муратходжаева А.В., Хакимова У.Р.</i> Роль и клиническая значимость малых аномалий развития сердца у детей при миокардите	359	<i>Murathodjaeva A.V., Hakimova U.R.</i> The role and clinical significance of little anomalies of heart development in children at myocarditis
<i>Каримджанов И.А., Абдуллаева Д.Т., Файзиева У.Р.</i> Современный взгляд: коронавирусная и бактериальная пневмонии	363	<i>Karimjanov I.A., Abdullaeva D.T., Fayzieva U.R.</i> Modern point of view: coronavirus and bacterial pneumonia
<i>Мирзаева У.З., Халимова З.Ю.</i> Сахарный диабет и Covid-19	370	<i>Mirzaeva U.Z., Halimova Z.U.</i> Diabetes mellitus and covid-19
<i>Кутлумуратова З.Р.</i> Микроэлементозы у детей	376	<i>Kutlumuratova Z.R.</i> Microelementosis at children
<i>Ражабов И.Б., Ибадова Г.А.</i> К вопросу о клиническом течении и терапии COVID-19 у детей	380	<i>Radjabov I.B., Ibadova G.A.</i> To the question on clinical course and therapy covid-19 at children
<i>Daminova Sh.B., Isahodjaeva H.K., Shokirov D.A., Matkulieva S.R.</i> Prevention of dental caries at little schoolchildren	386	<i>Даминова Ш.Б., Исаходжаева Н.К., Шокиров Д.А., Маткулиева С.Р.</i> Профилактика зубного кариеса у школьников маленького возраста
<i>Даминова Ш.Б., Хасанов Э.Т.</i> Систематический обзор оценки риска и степени выраженности гиперестезии зубов после процедуры отбеливания	389	<i>Daminova Sh.B., Hasanov E.T.</i> Systematic review of risk evaluation and hyperesthesia expressiveness of teeth after whitening
<i>Акрамова Х.А., Ахмедова Д.И., Хайбуллина З.Р.</i> Аутоантитаначалар, иммунреактивлик ҳолатлари ва уларнинг касалликлар билан боғлиқлиги	394	<i>Akramova H.A., Ahmedova D.I., Haybullina Z.R.</i> Autocorpuscles, immune reactive state and their connection with diseases
<i>Азимова Ш.А., Латипова Г.Г.</i> Последние достижения в понимании некротического энтероколита	400	<i>Azimova Sh.A., Latipova G.G.</i> The latest achievements in comprehension of necrotic enterocolitis



<i>Khodjaeva S.M., Bababekova N.B., Usmanova N.A.</i> Dysbiolysis in children with atopic dermatitis and the role of probiotics in its correction	406	<i>Ходжаева С.М., Бабабекова Н.Б., Усманова Н.А.</i> Дизбиозис у детей с атопическим дерматитом и роль пробиотиков в их коррекции
<i>Daminova SH.B., Maxsumova S.S., Qodirova M.T.</i> Bolalar og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida uchraydigan travmatik stomatitlar	411	<i>Daminova SH.B., Makhsumova S.S., Kodirova M.T.</i> Traumatic damage of mucosa in oral cavity at children
<i>Koshimbetova G.K., Shamansurova E.A.</i> Bolalarda oshqozon-ichak traktini funksional buzilishlari	415	<i>Koshimbetova G.K., Shamansurova E.A.</i> Functional disorder of gastrointestinal tract at children
<i>Mannanov A.M., Xaitov Q.N., Karimov B.B.</i> Bolalarda atopik dermatit kasalligi etiopatogeneziga zamonaviy qarashlar	421	<i>Mannanov A.M., Khaitov Q.N., Karimov B.B.</i> Modern approaches to the etiopathogenesis of atopic dermatitis in children