

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

2022

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH
SPECIAL ISSUE



ТОМ – I



ТОШКЕНТ-2022



ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский университет,
tadqiqot.uz

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Ответственный секретарь

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф;
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц;
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

Редакционный совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
Н.В. Болотова (Саратов)
Н. Н. Володин (Москва)
С.С. Давлатов (Бухара)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
Э.С. Мамутова (Самарканд)
Э.И. Мусабоев (Ташкент)
А.Н. Орипов (Ташкент)
Н.О. Тураева (Самарканд)
Ф. Улмасов (Самарканд)
А. Фейзоглу (Стамбул)
Б.Т. Холматова (Ташкент)
А.М. Шамсиев (Самарканд)
У.А. Шербекоев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.
Тел.: +998662333034, +998915497971
E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

1.	Ризаев Ж.А., Шавази Н.М., Рустамов М.Р. РОЛЬ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА САМАРКАНДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ.....	6
2.	Абаленихина Ю.В., Щулькин А.В. ЗАЩИТНАЯ РОЛЬ Р-ГЛИКОПРОТЕИНА В УСЛОВИЯХ ЭНДОГЕННОГО ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА <i>IN VITRO</i>	8
3.	Abdurashidov A. A., G'aniyev A.G', Qo'ziev D. V. BOLALARDA BRONXIAL ASTMA KASSALIGINI KOMPLEKS DAVOLASHDA "GEMALIN" DORI VOSITASININING SAMARADORLIGI.....	11
4.	Андреев П.Ю., Завидовская К. В., Доценко Ю.М. СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ ПОЛУПРОДУКТОВ ДЛЯ СИНТЕЗА РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ СРЕДСТВ.....	14
5.	Аджаблаева Д.Н., Ходжаева С.А. НЕГАТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА И COVID-19.....	17
6.	Абдухалик-Заде Г. А., Набиева Ш. М., Шавази Р. Н. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НЕОНАТАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ.....	20
7.	Арифходжаев А.Т., Бахавадинава З. М., Сахибова М.Д. СВЯЗЬ МЕЖДУ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ПОДТВЕРЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ У ДЕТЕЙ.....	23
8.	Алимова Х.А., Тахирова О.Р. ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ.....	26
9.	Ахрарова Ф. М. ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА.....	29
10.	Авезова Г.С., Бобомуратов Т. А. ЭРТА ЁШЛИ БОЛАЛАРДА НАФАС ОЛИШ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ.....	40
11.	Алиева Н. Р. ОРТИҚЧА ТАНА ВАЗНИГА ЭГА БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ПНЕВМОНИЯНИНГ ЎЗИГА ХОС КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ.....	43
12.	Аминов С.Ж., Каримова Г.А. ПОИСК И ИЗУЧЕНИЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ АКТИВНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ ДОБАВКИ ГРУППЫ ДАРМОНАЛ.....	46
13.	Axmedova M.M. DISMETABOLIK NEFROPATIYA BILAN OG'RIGAN ERTA YOSHDA GI BOLALARDA BU YRAKLAR FAOLIYATINING KO'RSATKICHLARI.....	48
14.	Ахмеджанова Н. И., Ахмеджанов И.А., Исмоилова З. А. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ.....	51
15.	Асилбек А., Андреева П.А., Хасанова С. Р., Кудашкина Н. В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ РОДА OXYTROPIS DC. В НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЕ.....	55
16.	Арзикулов А.Ш. МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОСТГИПОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ.....	58
17.	Азимова К.Т., Гарифулина Л. М. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ.....	61
18.	Ахрарова Н.А. РАЗВИТИЕ ПЛОДА И ТЕЧЕНИЕ РАННЕЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ.....	65
19.	Vobokambarova N.A.Kodirov N. D. BOLALAR UCHUN DORI VOSITALARI YARATISHNING HOZIRGI KUNDAGI ASOSIY MUAMMOLARI.....	69
20.	Белых Н. А., А.В.Захарова, И.В. Пизнюр. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА У РЕБЕНКА.....	72
21.	Бекенов Н. Н., Даткаева Г.М., Емешева М. А., Калдыгозова К.Е., Оспанбекова М.А. ДИАГНОСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ.....	75

22	Ганиев А. Г., Исакжонов О.К., Назаров К.Д. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕГИОНАХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	78
23	Гаффаров У.Б., Ибрагимов Д.,Исмаев Н.С.Халиков К. М.,Кодиров Н.Д. ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕМИНЕНИЯ СОРБЕНТА «ЦЕЛОФОРМ» ПРИ ГНОЙНО– ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО–ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	81
24	Ганиева М. Ш., Низамутдинов А. М.,Маджидова Н.М. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ВАСКУЛИТАХ У ДЕТЕЙ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	84
25	Ганиева М.Ш., Рахманова Л. К.,Маджидова Н.М. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ - НЕФРОНОФТИЗ ФАНКОНИ	87
26	Гарифулина Л.М. ДЕНСИТОМЕТРИЯ У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ.....	90
27	G'oyibova N.S. METOVOLIK SINDROMLI BOLALARDA BUYRAKLARNING FUNKSIONAL HOLATI.....	93
28	Доронина Т. Н., Шхалахова А. Т. ФАКТОРЫ РИСКА НЕКОТОРЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТИВНОЙ ГИМНАСТИКОЙ.....	96
29	Джанчатова Н. В., Басарева О.И.,Леонидова И.Ю.,Едноровская О.В., Михальчик А.Р. ДИНАМИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ВОДЫ РЕК КУРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	99
30	Давлатова С.Н., Исмаилов К.И. ОСОБЕННОСТИ ЦИТОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИМИ АНЕМИЯМИ.....	102
31	Даткаева Г.М., Максут М.Б., Сулейменкызы П., Ерзак Б. ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КАНЕФРОН®Н У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.....	105
32	Дятлова А.А., Долбня С.В., Захарова И.Н., Климов Л. Я. Курьянинова В. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬЮ ВИТАМИНОМ D И УРОВНЕМ ИНТЕРФЕРОНА-ГАММА У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ.....	108

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Азимова Камола Талатовна


Базовый докторант кафедры педиатрии №3 и медицинской генетики Самаркандского Государственного Медицинского Университета, Самарканд, Узбекистан

Гарифуллина Лилия Маратовна

к.м.н., доцент, заведующая кафедрой педиатрии лечебного факультета Самаркандского Государственного Медицинского Университета, Самарканд, Узбекистан

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ

For citation: Azimova K. T., Garifulina L.M./Risk factors for acute bronchiolitis in children. Journal of hepato-gastroenterology research. Special Issue. pp.61-64

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7310407>

АННОТАЦИЯ

Целью работы явилось выявление факторов риска и особенностей течения острых бронхитов у детей с целью улучшения организации лечебно-профилактических мероприятий на основании изучения анамнестических, клинико-лабораторных, иммунологических и бактериологических данных. Обследованы 54 детей раннего возраста с острым бронхитом (ОБ). Все больные прошли общеклиническое и лабораторно-инструментальное обследование и бактериологическое исследование испражнений. Факторы риска (недоношенность, рождение в холодный период года, наличие в анамнезе внутриутробной пневмонии, отсутствие и малая продолжительность грудного вскармливания, микробный дисбаланс и бактериальная колонизация кишечника) способствуют возникновению и развитию острого бронхитов, их следует учитывать в процессе выбора тактики лечения и профилактики прогрессирования заболевания.

Ключевые слова: дети, острый бронхит, факторы риска.

Azimova Kamola Talatovna

Basic doctoral student of the department pediatrics №3 and medical genetics Samarkand State medical university, Samarkand, Uzbekistan

Garifulina Lilya Maratovna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Pediatrics medical faculty Samarkand State medical university, Samarkand, Uzbekistan

RISK FACTORS FOR ACUTE BRONCHIOLITIS IN CHILDREN

ANNOTATION

The aim of the work was to identify risk factors and characteristics of the course of acute bronchiolitis in children in order to improve the organization of therapeutic and preventive measures based on the study of anamnestic, clinical, laboratory, immunological and bacteriological data. 54 infants with acute bronchiolitis (AB) were examined. All patients underwent general clinical and laboratory-instrumental examination and bacteriological examination of feces. Risk factors (prematurity, birth during the cold season, a history of intrauterine pneumonia, lack and short duration of breastfeeding, microbial imbalance and bacterial colonization of the intestine) contribute to the onset and development of acute bronchiolitis, they should be taken into account in the process of choosing treatment tactics and preventing disease progression.

Key words: children, acute bronchiolitis, risk factors.

Введение. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) остаются одной из самых актуальных медицинских проблем в мире. Важной особенностью течения ОРВИ у детей является развитие обструктивных осложнений, наиболее частым из которых является острый бронхит - ОБ (МКБ X-J21) [14].

Острый бронхит - наиболее распространенная форма обструкции дыхательных путей у детей раннего возраста, встречающаяся с частотой от 10% до 30% [6, 8]. Ежегодно в США госпитализируется около 220 000 детей с острым бронхитом,

при этом отмечается рост заболеваемости до 47,8 на 1 000 детей в возрасте до 1 года [9].

Проблема ОБ занимает особое место в педиатрической практике вследствие тяжести течения и склонности к рецидивированию. У 23-50% детей с рецидивирующим ОБ впоследствии наблюдается трансформация в хронические обструктивные и аллергические заболевания дыхательных путей, хотя определяющие их механизмы до настоящего времени полностью не расшифрованы.

Острый бронхит нередко сопровождается ОРВИ, вызванные вирусом парагриппа (HPIV), гриппа (IFV), респираторно-синцитиальным вирусом (RSV), аденовирусом (AdV), риновирусом (HRV) [4, 7].

Инфекционный бронхит часто встречается у детей младшего возраста. Возбудителями инфекционных бронхитов являются в большинстве случаев респираторные вирусы, и чаще всего РС-вирус. Вторым по частоте встречаемости отмечается риновирус и другие вирусные и бактериальные возбудители. Роль этиологического фактора в формировании этой нозологической формы зависит от возраста ребенка, времени года, соматического статуса и ряда других факторов [3, 5].

Респираторно-синцитиальный вирус является главной причиной острого бронхита у детей раннего возраста [17]. Практически 65-70% детей инфицируются вирусом на первом году жизни, а к 3-м годам жизни - около 100%. Ежегодно во всем мире уровень смертности детей от респираторно-синцитиальной инфекции, в возрасте до 5 лет, варьирует от 600 000 до 1 000 000 человек [15]. Вирус парагриппа находится на втором месте и вызывает развитие острого бронхита у 12% детей. Вирус парагриппа 3 и 4 типов (HPIV-3 и HPIV-4) обуславливает развитие бронхита (в 45-50%) и пневмонии (в 20-25%) у новорожденных и детей первого года жизни. Аденовирусная инфекция составляет около 7,5-14,7% в структуре ОРВИ, вызывая развитие ОБ у детей [10]. Исследования спектра вирусов, вызывающих острый бронхит у детей, показали, что в 24-29% случаев причиной бронхита является риновирус, а в 69% наблюдается ассоциация респираторно-синцитиального вируса и риновируса [18].

Согласно данным литературных источников заболеваемость в 90-95% случаях приходится на период с ноября до начала апреля. Эпидемический подъем заболеваемости РСВ-инфекцией в странах с умеренным климатом ежегодно наблюдается поздней осенью, зимой и ранней весной [5]. Выявлена высокая вероятность заболевания среди детей, посещающих ясли и детские сады. Как правило, РСВ-инфекция у детей, начинается с развития клиники поражения верхних дыхательных путей с переходом на нижние дыхательные пути. Степень поражения быть различной - от легкого до угрожающего жизни состояния в 20%-30% случаях. От 1% до 3% детей первого года жизни с острым бронхитом РСВ-этиологии нуждаются в госпитализации [11].

РСВ-бронхит протекает тяжелее у детей, родившихся недоношенными, с врожденными пороками сердца, с иммунодефицитными состояниями, нейромышечными заболеваниями и нарушениями кишечной микрофлоры.

Известно, что нормальная микрофлора кишечника, являясь симбиотом, выполняет ряд функций, имеющих существенное значение для жизнедеятельности человека. Это неспецифическая защита от бактерий, вызывающих кишечные инфекции, участие в выработке антител и синтезе витаминов (С, К, В1, В2, В6, В12, РР, фолиевой и пантотеновой кислот). Нормальный состав кишечной микрофлоры может быть только при нормальном физиологическом состоянии организма. Как только в организме происходят патологические изменения, меняются состав и свойства кишечной микрофлоры, нарушаются ее локальные и системные функции.

Понятие дисбиоза применяется для обозначения нарушений состава микробиоты в разных биотопах организма человека. Под дисбактериозом кишечника понимают клинико-лабораторный синдром, связанный с изменением качественного и/или количественного состава микрофлоры кишечника с последующим развитием метаболических и иммунологических нарушений

с возможным развитием желудочно-кишечных расстройств вследствие воздействия неблагоприятных факторов, в т. ч. различных заболеваний. Изменения нормальной состава кишечной микрофлоры могут быть связаны как со снижением, так и увеличением численности отдельных видов микроорганизмов, а также эти изменения могут затрагивать различные отделы желудочно-кишечного тракта.

Тяжелое течение ОБ, склонность к рецидивам, трансформации в респираторные аллергозы и хронические обструктивные болезни легких, наличие кишечного дисбиоза [1], определяют необходимость дальнейшего изучения иммунозависимых патогенетических механизмов, расшифровка которых позволит повысить эффективность лечебных мероприятий обструктивных осложнений у детей раннего возраста.

Наиболее эффективным методом лечения ОБ служит первичная профилактика. Особое внимание необходимо уделить выявлению и устранению факторов риска развития ОБ: лечение внебольничных респираторных вирусных инфекций, уменьшение риска аспирации путем изменения образа жизни, коррекция дисбиоза [1, 2, 5].

Цель исследования: на основании изучения анамнестических, клинико-лабораторных, иммунологических и бактериологических данных выявить факторы риска и особенности течения острых бронхитов у детей в ранние сроки развития болезни с целью улучшения организации лечебно-профилактических мероприятий.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования явились 54 ребенка с острым бронхитом в возрасте до двух лет с последующим наблюдением в амбулаторных условиях. Больные были госпитализированы в I и II отделения экстренной педиатрии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период с января по декабрь 2021 г.

Всем пациентам диагноз Бронхит ставился на основании клинической картины и данных лабораторно-инструментального обследования, включающего общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с определением С-реактивного белка (СРБ), исследование газов крови, сатурацию кислорода (SpO₂), рентгенографию органов грудной клетки, бактериологическое исследование испражнений. В качестве маркеров бактериальной инфекции расценивали: лейкоцитоз выше 15x10⁹/л; нейтрофилез выше 10x10⁹/л; нейтрофильный индекс: отношение молодых форм нейтрофилов (миелоцитов, метамиелоцитов, промиелоцитов, палочкоядерных нейтрофилов) к зрелым формам (сегментоядерные нейтрофилы) более 0,2; СРБ выше 5 мг/л.

РСВ-этиология бронхита была подтверждена методом полимеразной цепной реакции. Тяжесть бронхообструкции определялась по шкале W.Tal (1996 г.) [16, 19]. Шкала М.Н. Gurelick, S.B. Singh (2001), основанная на клинико-рентгенологических признаках, использована для оценки степени тяжести бронхообструктивного синдрома (БОС) и определения показаний для госпитализации [13]. Кишечная микрофлора изучена по методике Р. В. Эпштейн-Литвак и Ф. Л. Вильшанской в модификации М.А. Ахтамова с соавторами (1979). Основным достоинством метода является точная верификация патогенных бактерий, семейства кишечных. Недостатками метода были длительность получения результатов, зависимость от качества питательных сред и соблюдения сроков транспортировки.

У наблюдаемых пациентов на 2-3 день заболевания в носоглоточных смывах выявлен антиген РСВ методом полимеразной цепной реакции.

Статистическая обработка полученных результатов выполнена с помощью использования программного обеспечения Microsoft Excel 2013 и Stat Soft, Statistica 10.

Для качественных показателей рассчитаны частота встречаемости признака, для количественного показателя рассчитаны среднее значение со стандартной ошибкой среднего (M±m).

Результаты исследования. В наших исследованиях дети мужского пола составили 18-33,3%, женского 36-66,7%. Изучение анамнеза жизни показало, что больные дети родились с массой

тела 2100 - 4400 г. 5-9,3% недоношенных детей имели массу тела менее 2500 г, а 3-5,7% ребенка родоразрешились путем Кесарева сечения с массой тела свыше 4000 г. Пациенты имели в анамнезе ряд факторов риска тяжелого течения острого бронхолита: 6-11,1% детей родились от многоплодной беременности, 8-14,8% — родились с внутриутробной пневмонией. 28-51,9% детей находились на естественном вскармливании, 5-9,3% младенцев с рождения не получали материнского молока, остальные - 21-38,9% больные были на грудном вскармливании менее 2 месяцев.

Наибольшее количество больных с острым бронхолитом поступили в феврале (13-24,1%) и ноябре (10-18,5%) месяца, тогда как с мая по октябрь были госпитализированы 9-16,7% пациентов.

Первые признаки заболевания со слов матерей у 6-14,2% больных детей начались как ОРВИ в 37-68,5% случаях с ринореей, заложенности носа и сухого кашля на 3 сутки после выписки из родильного дома и расценивались как нозокомиальный РСВ-бронхолит, остальные случаи были расценены как домашнее заболевание. В течение нескольких дней кашель усиливался, появлялась одышка, цианоз, лихорадка и свистящее дыхание. У 15-27,8% детей в начале заболевания отмечалось апноэ. Манифестация ухудшения общего состояния 29-53,7%, выражалась вялостью, отказом от груди и появлением катаральных явлений. Часто у 31-57,4% больных регистрирована фебрильная лихорадка, у 3-5,6% детей температура тела не повышалась, в 20-37,0% случаях регистрирован субфебрилитет. При аускультации выслушивались удлинение выдоха и сухие свистящие хрипы у всех больных, влажные мелкопузырчатые хрипы по всей поверхности легких у 33-61,1% пациентов. У всех наблюдаемых детей имела дыхательная недостаточность (ДН) различной степени тяжести. При объективном обследовании наблюдались небольшое снижение сатурации кислорода, тахипноэ, незначительно выраженное втяжение межреберных промежутков, свистящее дыхание на выдохе и хрипы. В тяжелых случаях имелось раздувание крыльев носа, хрипящее дыхание, выраженное втяжение межреберных промежутков, удлинение выдоха и цианоз.

Согласно классификации ДН С.Н. Авдеева (2007) [12], снижение SpO₂ в пределах 90-94% расценено как ДН I степени, 75-89% — ДН II степени, ниже 75% — ДН III степени. При поступлении в стационар ДН I степени диагностирована в 36-66,7% случаях, ДН II степени — у 13-24,1% больных и ДН III степени - у 5-9,3% пациентов. В связи с этим больным потребовалась оксигенотерапия, из них 5 (9,3%) пациентов находились на ИВЛ и получили терапию в отделении детской реанимации.

У всех обследуемых детей наблюдалась бронхообструкция различной степени. Согласно шкале W.Tal (1996) тяжелая степень бронхообструкции диагностирована 7-12,9% больных и среднетяжелая была у 15-27,8% детей.

При оценке степени тяжести бронхолита по шкале M.H. Gorelick, S.B. Singh (2001) средний балл в выборке составил 6,71±0,22, распределение баллов было следующим: 4 балла имели 4-7,4% детей, 5 баллов — 6-11,1% пациента, 6 баллов 16-29,6%

больных, 7 баллов — 14-25,9% детей, 8 баллов — 8-14,8%, 9 баллов — 6-11,1% пациента.

При лабораторном обследовании регистрирован лейкоцитоз выше 15 ×10⁹/л, нейтрофилез более 10×10⁹/л. Рост уровня СРБ зафиксирован у каждого третьего больного.

Рентгенограмма органов грудной клетки в двух случаях соответствовала норме, у остальных больных определены усиление легочного рисунка, перибронхиальные изменения, эмфизематозное вздутие, признаки гиповентиляции и проявления интерстициального отека в различных сочетаниях.

При изучении состава кишечной микрофлоры выявлено нарушение нормального соотношения между анаэробной и аэробной микрофлорой, что выражалось в снижении концентрации бифидобактерий и лактобактерий на 1-2 порядка, снижении концентрации нормальных кишечных палочек (менее 1 млн. на 1 г. фекалий) или увеличении их содержания в 1 г фекалий более 1 млрд., нарастании концентрации лактозонегативных и гемолитических штаммов кишечных палочек, нарастании концентрации условно-патогенных микроорганизмов (стафилококков, стрептококков, эшерихий, протейных палочек и дрожжеподобных грибов) и появление их ассоциаций в различных сочетаниях.

Рост условно-патогенной флоры и развившийся кишечный дисбиоз усиливает течение патологического процесса и характер воспаления, прямокоррелируя с колонизационной резистентностью и состоянием иммунитета.

У обследованных нами больных заболевание продолжалось от 5 до 21 дня. Более длительно (12,48±1,08 дней) болезнь протекала у детей в возрасте до 3 месяцев, меньшая продолжительность (7,71±0,60 дней) зафиксирована в возрасте 5-6 месяцев. Больные находились в стационаре в среднем 10,09±0,71 койко/дней.

Таким образом, в результате исследований выявлено, что факторы риска развития острого бронхолита многообразны и их под воздействием заболевание протекает тяжелее, сопровождается тяжелой ДН, что требует госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Выводы. Несмотря на существование большого количества механизмов, наличие факторов риска (недоношенность, рождение в холодный период года, наличие в анамнезе внутриутробной пневмонии, отсутствие и малая продолжительность грудного вскармливания, микробный дисбаланс и бактериальная колонизация кишечника) способствуют возникновению и развитию острого бронхолита, которые следует учитывать в процессе выбора тактики лечения и профилактики прогрессирования заболевания. При бактериологическом исследовании толстокишечного микробиоценоза у детей с острым бронхолитом выявленные нарушения биоценоза способствует снижению иммунологических свойств и свидетельствует о необходимости применения эубиотиков, обладающих иммунокорректирующим действием.

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Закирова Б.И., Лим М.В., Шавази Н.М. и соавт. Бронхообструктивный синдром: прогностическая значимость дисбиоза кишечника в его развитии. 2020, Журнал Достижения науки и образования. Номер 10 (64). С. 83-85.
2. Н.М. Шавази, К.Т. Азимова, Б.И. Закирова, М.В. Лим. Прогностическая значимость факторов риска на развитие инфекционно-токсического шока при пневмониях у детей раннего возраста. 2011, Журнал Тюменский медицинский журнал, Номер 2, с.26.
3. Овсянников Д.Ю. (2010). Острый бронхолит у детей. *Вопр. практ. Педиатрии*, 5 (2), 75-8470.
4. Овсянников Д. Ю. соавт. (2015). Инфекции нижних дыхательных путей респираторно- синцитиальной вирусной этиологии у недоношенных детей и детей с бронхолегочной дисплазией *Детские инфекции*, (3), С. 5-10.
5. Респираторная медицина : руководство : в 3 т. / под ред. А. Г. Чучалина. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Литтерра, 2017. — Т. 1. — 640 с. : ил.
6. Самсыгина Г.А. Часто" болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии / Г.А. Самсыгина // *Педиатрия*.- 2005.- №1.- С. 66-73.
7. Хаитов М.Р. Острые респираторные вирусные инфекции и бронхиальная астма. Клеточные и молекулярные аспекты / М.Р. Хаитов // *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*.- 2002.- №4.- С. 84-93.,
8. Шавази Н.М., Лим М.В., Лим В.И., Рузикулов Б.Ш., Азимова К.Т. Применение ингаляций 10% ацетилцистеина у детей с острым

- обструктивным бронхитом. 2020, Журнал Вопросы науки и образования, Номер 35 (119), Страницы 14-18
9. American Academy of Pediatrics. Respiratory syncytial virus. In: Pickering LK editor(s). Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases. 29th Edition. Elk Grove Village: Churchill Livingstone, 2012:609-18
 10. Adenoviral Infections in Children: The Impact of Rapid Diagnosis / C Rocholl [et al.] // Pediatrics. - 2004. - № 1, Vol. 113. - P. 51-56].
 11. American Academy of Pediatrics. Respiratory syncytial virus. In: Pickering LK editor(s). Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases. 29th Edition. Elk Grove Village: Churchill Livingstone, 2012:609-18.
 12. Avdeev S.N. (2007). Respiratory failure: definition, classification, approaches to diagnostics and therapy. Respiratory Medicine. Moscow: GEOTAR-Media, (2), 658-68.
 13. Gorelick M.H., Singh B.S., Shabalov N.P. (2006). The state of emergency in the pathology of the respiratory system. Secrets emergency pediatrics: translation from English. Moscow :MEDpress-inform, 277—91.
 14. Fitzgerald D.A. Bronchiolitis: assessment and evidence-based management / D.A Fitzgerald, H.A. Kilham // MJA.- 2004. - №180, Vol.8. - P. 399-404.
 15. Hall CB. Respiratory syncytial virus: What we know now. (2014). Contemp. Pediatr, (10), 92-110
 16. McCallum G.B., Morris P.S., Wilson C.C. et al. (2012). Severity scoring systems: are they internally valid, reliable and predictive of oxygen use in children with acute bronchiolitis? Pediatr. Pulmonol; 48 (8), 797-803. DOI: 10.1002/ppu1.22627.
 17. Purcell K, Fergie J. (2007). Concurrent serious bacterial infections in 2396 infants and children hospitalized with respiratory syncytial virus lower respiratory tract infections Pediatr Infect Dis J, 26(4),311-315.
 18. Respiratory picornaviruses and respiratory syncytial virus as causative agents of acute expiratory wheezing in children / T Jartti [et al.] // Emerg Infect Dis. -2004.-№ 10, Vol.6.-P. 1095-101 259.
 19. Tal A., Bavilski C., Yohai D. et al. (1983). Dexamethason and salbutamol in the treatment of acute wheezing in infants. Pediatĭcs; 71 (1), 13-18. DOI: Doi.org/10.1007/ bfD3302844.

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH
SPECIAL ISSUE

ТОМ – I

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000