

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

2022

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH
SPECIAL ISSUE



ТОМ – II



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	Ефименко О.В., Хайдарова Л.Р. ХАРАКТЕР ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ ФОРМАМИ КАРДИОМИОПАТИЙ.....	6
2	Закирова Б. И., Хусаинова Ш. К., Миркомилова Г.М. ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ.....	9
3	Imran A., Yuldashev S.J., Jiyanboev N. S. STUDYING THE EFFECT OF RIVAROXABAN ON THE PREVENTION OF THROMBS IN THE LEFT VENTRICLE.....	12
4	Ибрагимова Э.Ф., Арсланова Р.Р., Ибрагимов Б.Д. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА....	15
5	Ishqabulova G.Dj. NEFROPATIYALI ONALARDAN TUG'ILGAN YANGI TUG'ILGAN SHAQALOQLARDA KORREKTSIYLOVCHI TERAPIYANING BUYRAKNING GOMEOSTATIK FUNKTSIYASIGA TA'SIRI.....	18
6	Ибатова Ш.М., Маматкулова Ф. Х., Рузикулов Н. Ё. ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ФАКТОРОВ ИММУНИТЕТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ.....	22
7	Исаев В.А., Дюсенова С.Б., Тлегенова К.С. Сарманкулова Г.А. Сабиева М. КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ХБП С ДЕФИЦИТОМ ВИТАМИНА D.....	25
8	Коротаяева Н.В., Ипполитова Л.И., Першина Е.С., Кривцова Е. В. ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НА ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПЕНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	29
9	Крылова Л.В., Левчук Л.В., Санникова Н.Е., Бородулина Т.В., Шамова Д.В. ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА И УРОВНЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ФТОРОМ У ДЕТЕЙ В ОСОБЫХ БИОТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ.....	32
10	Кузубаева Н.К., Абдуллаева Н.А., Сатторова А.П. СТРУКТУРА ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА.....	35
11	Ковальчук Т. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С НЕСИНКОПАЛЬНЫМИ ПРИЧИНАМИ ПРЕХОДЯЩЕЙ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ.....	38
12	Крылова И.Д., Корунас В.И., Валиуллина З.А. Васильченко А. В. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ВАЛИДНОСТЬ ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЕ КРЕАТИНФОСФАТА В КАЧЕСТВЕ ПРЕПАРАТА СРАВНЕНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ КАРДИОПРОТЕКТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ.....	41
13	Каржаубаева А.Д., Орынбасарова К. К., Оразбеков Е. К., Коновалов Д.А. КАЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ФЛАВОНОИДНОГО СОСТАВА ТРАВЫ SAUSSUREA SORDIDA.....	44
14	Кудратова Г.Н., Холмурадова З.Э. ИЗМЕНЕНИЕ СЕКРЕТОРНО - ФЕРМЕНТАТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АНЕМИИ.....	47
15	Левитан А.И., Решетько О.В., Пархонюк И.И., Смолянский Р.А., Шарипов Д.Г. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ К S-БЕЛКУ У БЕРЕМЕННЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	51
16	Лепешкова Т.С. СИНДРОМ ОРАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ: ПУТИ РЕШЕНИЯ.....	54
17	Володин Н.Н., Шавази Н.М., Лим М.В., Ибрагимова М.Б. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ.....	57
18	Левчук Л.В., Санникова Н.Е., Мухаметшина Г.И., Шамова Д. В. НУТРИЦИОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА...	61
19	Лазурин Л.П., Лазаренко В.А., Шехине М.Т. ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ ПО НАПРАВЛЕНИЮ «БИОТЕХНОЛОГИЯ» В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	64
20	Муравьева И.В., Акатьева Т. Н.Салькина Е.В., Ложкина В. Д. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	67

21	Маллаев Ш.Ш., Файзиев Н. Н. Хабибуллаева Б.Р. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ (обзор литературы).....	70
22	Маматова Н.М., Рахимова Н.Ф. CISTANCHE MONGOLICA ЭКСТРАКТИНИНГ ФАРМАКОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ.....	73
23	Мусаева Д.М. ЧАСТОТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕНОТИПОВ БАКТЕРИЙ H. PYLORI.....	76
24	Мухамadiyeva L.A., Normaxmatov B. B. NEW STRAINS OF CORONAVIRUS INFECTION (COVID-19) IN CHILDREN.....	79
25	Masharipov S. M., Masharipova Sh. S. TENIOZ KASALLIGI TASHXISLANGAN ALLERGIK FONGA EGA BOLALARNING IMMUN TIZIMINING ХУСУСИЯТЛАРИ.....	81
26	Маллаев Ш.Ш., Бобомуратов Т.А. Султанова Н. С., Хошимов А.А. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ.....	84
27	Нечаев В.Н., Панина О. С. ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПО ДАННЫМ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	87
28	Полякова О. В., Рукавицын В. Р. ТРАДИЦИОННЫЕ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ФАРМАКОТЕРАПИИ СТАБИЛЬНОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ.....	91
29	Павлишин Г.А., Панченко О.И. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С COVID-19.....	94
30	Попова Н. М., М. К. Исхакова, М.А.Иванова, А. В. Попов ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БЕРЕМЕННЫХ И НОВОРОЖДЕННЫХ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	97
31	Рустамов М.Р., Агаева М. С. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ САМАРКАНДСКОГО РЕГИОНА.....	100
32	Романтеева Ю. В. ПЕРСПЕКТИВЫ ВАКЦИН НА РАСТИТЕЛЬНОЙ ОСНОВЕ.....	102
33	Раимкулова Ч.А., Холмуродова Д. К. РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ И УСТРОЙСТВ ДЛЯ НЕИНВАЗИВНОГО КОНТРОЛЯ НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ БИОМАРКЕРОВ.....	105
34	Расулов С. К., Ипполитова Л. И., Рустамова Х.Х., Ахмедова Г.А. МИКРОНУТРИЕНТНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В СИСТЕМЕ «МАТЬ-РЕБЕНОК»: РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАЦИОНАЛЬНЫМИ ФАРМАКОНУТРИЕНТНЫМИ ПРОДУКТАМИ.....	108
35	Расулов А. С., Шарипов Р. Х. Расулова Н.А. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.....	113
36	Лим М.В., Шавази Н.М. НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ....	116

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Лим Максим Вячеславович


доцент кафедры педиатрии №1 и неонатологии,

Шавози Нурали Мамедович

профессор, заведующий кафедрой педиатрии № 1 и неонатологии
Самаркандский Государственный медицинский университет

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

For citation: Lim Maksim, Shavazi Nurali. New Approaches In The Treatment Of Bronchoobstructive Syndrome In Children. Journal of hepato-gastroenterology research. Special Issue. pp.116-118

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7315627>

АННОТАЦИЯ

Цель: оценить эффективность небулайзерного применения флутиказона в лечении рецидивирующего обструктивного бронхита у детей. Обследовано 40 пациентов с острым бронхиолитом, из них в I группе (контрольная) 20 больных получали традиционную терапию, во II группе 20 больных, дополнительно получали небулайзерную терапию 0,1% раствора флутиказона, у которых в сравнении с контрольной группой, на 5, 8 дни уменьшалась интенсивность кашлевого рефлекса ($P<0,05$; $P<0,05$), на 2, 3, 4, 6, 8 дни заболевания улучшались показатели сатурационно-шкаловой оценки ($P<0,05$; $P<0,01$; $P<0,001$), сокращались сроки оксигенотерапии и длительность стационарного лечения ($P<0,05$; $P<0,01$). Небулайзерную терапию 3% раствором натрия хлорида можно рекомендовать для лечения детей с рецидивирующим обструктивным бронхитом.

Ключевые слова: 3% натрий хлорид, дети, небулайзерная терапия, рецидивирующий обструктивный бронхит.

Lim Maksim Vyacheslavovich,

Associate Professor of the Department of
Pediatrics No. 1 and Neonatology

Shavazi Nurali Mamedovich

Professor, Head of the Department
of Pediatrics No. 1 and Neonatology
Samarkand State Medical University

NEW APPROACHES IN THE TREATMENT OF BRONCHOOBSTRUCTIVE SYNDROME IN CHILDREN

ANNOTATION

Objective: to evaluate the effectiveness of nebulizer application of fluticasone in the treatment of recurrent obstructive bronchitis in children. 40 patients with acute bronchiolitis were examined, of which in group I (control) 20 patients received traditional therapy, in group II 20 patients additionally received nebulizer therapy with 0.1% fluticasone solution, in which, in comparison with the control group, the intensity of the cough reflex decreased for 5-8 days ($P<0.05$; $P<0.05$), on days 2, 3, 4, 6, 8 of the disease, the indicators of saturation-scale assessment improved ($P<0.05$; $P<0.01$; $P<0.001$), the duration of oxygen therapy and the duration of inpatient treatment were reduced ($P<0.05$; $P<0.01$). Nebulizer therapy with 3% sodium chloride solution can be recommended for the treatment of children with recurrent obstructive bronchitis.

Keywords: 3% sodium chloride, children, nebulizer therapy, recurrent obstructive bronchitis.

Актуальность. Основным патофизиологическим механизмом респираторных изменений при бронхообструктивном синдроме у детей, является нарушение проходимости бронхов и бронхиол, вследствие мукостаза - патологическому процессу, связанному с обструкцией и повреждением дыхательных путей с отеком стенки бронхиолы, гиперпродукцией, изменением реологических свойств, скоплением секрета и затруднения эвакуации слизи в дыхательных путях [1,5,7,8]. Эти изменения препятствуют нормальному потоку воздуха в терминальных бронхиолах приводит к гиповентиляции, ателектазу и свистящим хрипам [2,3,6,10]. Кроме того, анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей, в том числе и несовершенство кашлевого рефлекса способствуют быстрому развитию отека [4,9,11,12].

Несмотря на существующие многочисленные клинические рекомендации по стандартизации введения детей с рецидивирующим бронхообструктивным синдромом, данный вопрос требует дальнейшего исследования [13,14,15,20]. Одним из перспективных направлений в неотложной терапии заболевания у детей, является изучение эффективности устранения отека, воспаления и улучшение дренажной функции легких [16,17,18,19].

Учитывая актуальность проблемы терапии рецидивирующих обструктивных бронхитов у детей, отсутствие единых показаний и рекомендаций по применению небулайзерной терапии флутиказона было проведено данное исследование.

Цель. Оценить эффективность небулайзерного применения флутиказона в лечении рецидивирующих обструктивных бронхитов у детей.

Материалы и методы исследования.

В исследование были включены дети с рецидивирующим obstructивным бронхитом, находившиеся на стационарном лечении в отделениях экстренной педиатрии и детской реанимации СФРНЦЭМП. Больные были госпитализированы по следующим критериям: неблагоприятный преморбидный фон, наличие сопутствующих заболеваний, оценка по шкале RDAI ≥ 4 баллов [8], оценка по шкале СШО ≥ 5 баллов, риск развития осложненного течения заболевания, неэффективность лечения в домашних условиях в течение 24-48 часов. Критериями исключения из исследования явились: хронические (наследственные) заболевания бронхолегочной системы, врожденные пороки сердца.

В общей сложности было обследовано 42 пациента, соответствовавших критериям включения в исследование, из них 2 пациентов в ходе проведенного анализа был исключены, у обоих были выявлены врожденные пороки сердца. В результате в исследовании приняли участие 40 больных.

Исследование имело проспективный рандомизированный контролируемый, сравнительный дизайн.

Пациенты случайным образом были разделены на две группы, получавшие традиционное лечение, дополнительно больные получали ингаляции через компрессионный небулайзер. В I группу (контрольной) находилось 20 больных, находившихся на традиционной терапии. Во II группу вошли 20 больных, получавших в качестве небулайзерной терапии 0,1% раствор флутиказона, дозировка составила 0,05 мл/кг массы. Ингаляционная терапия проводилась 1 раз в сутки в течение 5 дней.

Для определения эффективности проводимого лечения, наряду с клиническими и лабораторно-инструментальными методами исследования, применялись: шкала респираторных нарушений – RDAI, метод сатурации - SpO₂ и разработанная нами сатурационно-шкаловая оценка - СШО, вычисляемая по формуле: СШО = (95 - SpO₂) + RDAI, которая позволила достовернее оценить степень тяжести респираторных нарушений при бронхообструкции.

Отхождение мокроты оценивали по бальной системе: 0 баллов - мокрота отсутствует, 1 балл - отходит легко, 2 балла - отходит тяжело и 3 балла - не отходит. Выраженность кашля оценивалась следующим образом: 0 баллов - нет кашля, 1 балл - единичный кашель, 2 балла - кашель выражен умеренно и 3 балла - частый, мучительный кашель.

Критериями эффективности проводимого лечения являлись продолжительность оксигенотерапии и длительность госпитализации. Общее состояние больных по исследуемым показателям оценивалось ежедневно до и через 60 минут после ингаляции.

Выписка больных проводилась в соответствии со спецификой работы службы Экстренной медицинской помощи, стандартами диагностики и лечения (рекомендуемые предельные сроки стационарного лечения острого бронхоолита у детей составляют 6-8 дней). Критериями выписки являлись: удовлетворительное состояние, оценка по RDAI 4 балла и менее, показатель SpO₂ 95 % и более. Наличие кашля, хрипов в легких не являлось противопоказанием выписки детей. Наблюдение пациентов продолжалось у выписанных больных до разрешения основных симптомов заболевания.

Статистическая обработка полученных результатов с вычислением средней арифметической, её ошибки и критерия Стьюдента производились с помощью пакета статистических программ «Statistica 10,0».

Результаты исследования.

В исследуемых группах больных при поступлении значимых половых различий не наблюдалось (мальчиков было - 23 (57,5%), девочек – 17 (42,5%), средний возраст составил 10,8±0,5 месяцев. Большинство больных поступали в стационар после неэффективного амбулаторного лечения в среднем на 3±0,2 день заболевания.

Основные клинико-лабораторные показатели при поступлении у больных сравниваемых групп практически не имели различий (таб. 1).

Таблица 1

Основные показатели больных с бронхоолитом при поступлении в стационар (баллы).

№	Параметры	I группа	II группа	P
1	Кашель	1,5±0,1	1,6±0,1	>0,5
2	Мокрота	1,8±0,1	1,7±0,1	>0,5
3	SpO ₂ (%)	92,8±1,0	92,3±0,9	>0,5
4	Свистящие хрипы во время вдоха	2,5±0,2	2,3±0,2	>0,5
5	Свистящие хрипы во время выдоха	1,4±0,1	1,6±0,2	>0,5
6	Число вовлеченных полей легких	1,2±0,2	1,3±0,1	>0,5
7	Втяжения подключичных пространств	1,2±0,1	1,1±0,1	>0,5
8	Втяжения межреберных пространств	1,7±0,1	1,6±0,2	>0,5
9	Втяжения подреберных пространств	1,3±0,2	1,4±0,1	>0,5

Примечание: P достоверность различий между I и II группами.

Целесообразность госпитализации больных и проведения неотложных лечебно-диагностических мероприятий и динамического наблюдения подтверждается анализом вышеуказанных показателей.

Сравнение динамики кашлевого рефлекса проведенное у больных исследуемых групп показал, что в обеих группах больных происходило варьирование развития данного симптома с течением заболевания. Так, в первые 3 суток заболевания происходило усиление кашлевого рефлекса, связанного с течением болезни, с 5-го дня наблюдалось улучшение данного симптома. При этом, эффективность ингаляционного применения 3% натрия хлорида в сравнении с традиционным лечением достоверно наблюдалась как на 5 день заболевания (в I-й группе - 1,8±0,3 балла, во II-й группе - 1,1±0,2 балла; P<0,05), так и на 8 день (1,5±0,3 и 0,9±0,1 баллов соответственно; P<0,05).

Улучшение динамики наблюдалось при изучении отхождения мокроты. При поступлении отмечалось тяжелое отхождение мокроты в обеих группах, затем с 3 дня муколитической терапии в обеих исследуемых группах наблюдался «продуктивный» кашель

с отхождением мокроты. В дальнейшие 5-8 дни продолжалось улучшение отхождения мокроты на 5 сутки (1,5±0,1 балла у детей I группы и 1,3±0,1 балла у детей II группы; P<0,01) и на 8 день наблюдения (1,0±0,1 и 0,8±0,1 балла соответственно; P<0,05).

Динамика показателей СШО (таб. 2) показывает, что небулайзерное применение 3% натрия хлорида на фоне традиционной терапии во II-й группе оказало более выраженный клинико-лабораторный эффект, в сравнении со стандартным методом лечения (I группа). Снижение степени тяжести дыхательных нарушений, восстановление показателей сатурации наблюдалось, начиная с 1 дня стационарного лечения, до момента окончания периода наблюдения.

Уменьшение интенсивности и длительности кашля, улучшение выделения мокроты, нормализация клинико-лабораторных показателей респираторных нарушений по СШО (таб. 2) на фоне небулайзерного применения 3% раствора натрия хлорида свидетельствуют о положительном эффекте препарата на улучшение бронхиальной проходимости, в связи с

патогенетическим действием препарата при остром бронхолите у пациентов исследуемой группы.

Таблица 2

Динамика показателей сатурационно-шкаловой оценки наблюдаемых групп

Группы наблюдения	1 день	2 день	3 день	4 день	6 день	8 день
I группа	13,0±1,0	10,2±0,8	8,9±0,6	6,8±0,5	4,6±0,3	1,9±0,1
II группа	12,7±0,9	8,3±0,5*	6,3±0,4**	5,1±0,4**	3,4±0,3**	0,9±0,1***

Примечание: * - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001 - достоверность различий в сравнении с I группой.

Применение небулайзерных ингаляций 3% раствора натрия хлорида привело к достоверному снижению длительности оксигенотерапии, сократило срок пребывания больных в

стационаре в среднем на 1,3 койко-дня в сравнении с больными I группы (таб.3).

Таблица 3

Сравнительная эффективность муколитической терапии по длительности оксигенотерапии и госпитализации (M±m).

Показатели	I группа	II группа	P
Длительность оксигенотерапии, часы	7,0±0,4	6,0±0,3	<0,05
Длительность госпитализации, дни	4,7±0,3	3,4±0,3	<0,01

Примечание: P - достоверность различий между I и II группами.

Использование 3% натрия хлорида в данном исследовании соответствовало достаточному уровню безопасности препарата, неблагоприятных побочных эффектов не наблюдалось.

длительности кашля, повышением способности к откашливанию, снижением длительности проведения оксигенотерапии, сокращением сроков стационарного лечения, что позволяет рекомендовать применение данного метода в комплексной терапии заболевания.

Заключение. Применение небулайзерных ингаляций 0,1% раствора флютиказона при рецидивирующих обструктивных бронхитах у детей приводит к уменьшению интенсивности и

Литература

1. Lim M.V., Shavazi N.M. "The combined use of acetylcysteine and 3% of sodium chloride in the nebulizer therapy of acute bronchiolitis" European science review, no. 11-12, 2016, pp. 63-66.
2. LM Garifulina, ZE Kholmuradova, MV Lim, VI Lim. The Psychological status and eating behavior in children with obesity. 2020, Issues of science and education, 26, P.110
3. Shavazi, N. M., et al. "The assessment of the degree of broncho-obstruction in acute bronchiolitis in infants."Materials of III conference of the Association of Doctors of Emergency Medical Care of Uzbekistan. 2015.
4. Дегтярев Д.Н., Карпова А.Л., Мебелова И.И. и др. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению геморрагической болезни новорожденных. Неонатология. 2015. №2. С.75–86.
5. Диагностика и лечение геморрагической болезни новорожденных. Клинические рекомендации. – М., 2015.
6. 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). Страницы 83-85.
7. Заплатников А. Л. и др. Внутрочерепные кровоизлияния при поздней геморрагической болезни новорожденных //Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2019. – №. 4. – С. 14-17.
8. Заплатников А. Л. и др. К вопросу о " поздней геморрагической болезни новорожденного" //РМЖ. – 2017. – Т. 25. – №. 19. – С. 1331-1334.
9. Иванов Д. О. История изучения геморрагической болезни новорожденных //Педиатр. – 2017. – Т. 8. – №. 4. – С. 118-125.
10. Иванов Д.О. История изучения геморрагической болезни новорожденных // Педиатр. 2017. Т.4(8). С.118–125].
11. Киселева М. Н., Кошулап Г. В. Клинический случай ведения поздней геморрагической болезни новорожденного. Опасности для семейного врача. Современные рекомендации по профилактике //Здоровье ребенка. – 2020. – Т. 15. – №. 5. – С. 358-364.
12. Лим В.И., Набиева Ш.М., Лим М.В. Влияние этиологического фактора развития на течение гемолитической болезни новорожденных // Вопросы науки и образования. 2020. №15 (99).
13. Лим В.И., Шавази Н.М., Гарифулина Л.М., Лим М.В., Саидвалиева С.А. Оценка частоты метаболического синдрома среди детей и подростков с ожирением в Самаркандской области // Достижения науки и образования. 2020. №9 (63).
14. Маложинская Н. В. и др. Современные аспекты лечения и профилактики геморрагической болезни новорожденных //Лекарственный вестник. – 2017. – Т. 11. – №. 4. – С. 23-26.



Tadqiqot UZ

ISSN 2181-1008

Doi Journal 10.26739/2181-1008

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH
SPECIAL ISSUE

ТОМ – II

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