

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

2023

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH
SPECIAL ISSUE



ТОМ - I



ТОШКЕНТ - 2023



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)
А.Н. Арипов (Ташкент)
М.Ш. Ахророва (Самарканд)
Н.В. Болотова (Саратов)
Н.Н. Володин (Москва)
С.С. Давлатов (Бухара)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
М.М. Матлюбов (Самарканд)
Э.И. Мусабоев (Ташкент)
А.Г. Румянцев (Москва)
Н.А. Тураева (Самарканд)
Ф.Г. Ульмасов (Самарканд)
А. Фейзиоглу (Стамбул)
Ш.М. Уралов (Самарканд)
А.М. Шамсиев (Самарканд)
У.А. Шербекоев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.

Тел.: +998662333034, +998915497971

E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

1. Атаева Мухиба Сайфиевна, Рустамов Мардонкул Рустамович ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	6
2. Ачилова Феруза Ахтамовна, Хайдарова Сарвиноз Хайдаржоновна НАРУШЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СИСТОЛЫ У ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ	10
3. Ачилова Феруза Ахтамовна, Раббимова Дилфуза Тоштемировна ЗНАЧЕНИЕ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT В КЛИНИКЕ СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	14
4. Абдурахмонов Илхом Рустамович, Шамсиев Джахонгир Фазлитдинович БОШ МИЯ ФАЛАЖИ БИЛАН ПАРАНАЗАЛ СИНУСИТЛАРИ БОР БЕМОР БОЛАЛАРДА БУРУН ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ МУКОЦИЛИАР КЛИРЕНСИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ	18
5. Abdurakhmanova Zamira Ergashboevna, Dr. Imran Aslam, Babajanova Venera Aitekovna IVABRADINE WITHOUT CLINICAL HEART FAILURE IN STABLE CARDIOVASCULAR DISEASE	22
6. Абдуллаев Донир Баходирович, Алиев Ахмаджон Лутфуллаевич ЭРТА ЁШДАГИ БЕМОР БОЛАЛАРДА ГЕРПЕТИК СТОМАТИТ ФОНИДА ЎТКИР ЗОТИЛЖАМ КЕЧИШИНИНГ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА УНИ ДАВОЛАШ УСУЛИ	25
7. Абдукадирова Наргиза Ботирбековна, Ибатова Шоира Мавлановна, Уралов Шухрат Мухтарович ОЦЕНКА УРОВНЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ВСКАРМЛИВАНИЯ	29
8. Axmedova Dilbar Yusufjonovna TUG'MA PNEVMONIYANING KLINIK KECHISH XUSUSIYATI VA ASORATLARI	32
9. Агзамходжаева Барно Улугбековна, Салихова Камола Шавкатовна, Шамансуров Шаанвар Шамуратович, Ишниязова Надира Дурдыбаевна ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ	35
10. Азизова Нигора Давлятовна, Шамсиев Фуркат Мухитдинович, Туракулова Хилола Эркиновна, Мусажанова Раъно Анварбековна РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	38
11. Ахрорхонов Рустамхон Акмалхон ўгли, Алиев Ахмаджон Лутфуллаевич ЗОТИЛЖАМ БИЛАН ОФРИГАН ИЛК ЁШДАГИ ТАНГЛАЙ–ЛАБ КЕМТИКЛИК НУҚСОНИ БОР БОЛАЛАРНИНГ КЛИНИК ТАВСИФИ	41
12. Azimbegova Sitora Nodirovna MODIFICATION OF TREATMENT OF TYPE 1 DIABETES MELLITUS IN CHILDREN AND PREVENTION OF DIABETIC RETINOPATHY	44
13. Алланазаров Алишер Боймуратович, Мамаризаев Иброхим Комилжонович, Абдукодирова Шахноза Бахроновна ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТОРОГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ РНЦЭМП САМАРКАНДСКОГО ФИЛИАЛА	47
14. Нигина Собиржоновна Базарова, Зиядуллаев Шухрат Худойбердиевич ЗАВИСИМОСТЬ ПРОГНОЗА ОТ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО НЕФРИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	49
15. Нигина Собиржоновна Базарова, Шокира Шавкатовна Шомуратова ХАРАКТЕРИСТИКА МОЧЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕФРИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	52
16. Белкина (Баженова) Юлия Львовна КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ В СООТВЕТСТВИИ С УРОВНЕМ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	55
17. Begnayeve Muxiba Usmonovna, Klinik farmakologiya kafedrası assistenti, Abdurahmonov Ihomjon Rustamovich, Uralov Shuhrat Muxtarovich BOLALARDA SURUNKALI GEPATITNI DAVOLASHDA URSOSAN QO'LLANILISHINING AFZALLIKLARI	58
18. Бостанова Мадина Рамазановна, Казимурзаева Камила Сираджутдиновна, Щеглова Антонина Олеговна ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ДЕТЕЙ	61
19. Burkhanova Dilovar Sadridinovna, Dr. Imran Aslam, Jiyanboev Nodirbek Soatboevich ACUTE MYOCARDITIS LINKED TO THE ADMINISTRATION OF THE COVID 19 VACCINE	64

20. Воробьева Анастасия Вячеславовна ТИПЫ КОНСТИТУЦИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ	67
21. Грубова Елизавета Владимировна, Галкина Евгения Ефимовна, Горлова Ирина Сергеевна РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГАММА–АМИНОМАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ МЕТОДОМ ТОНКОСЛОЙНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ	69
22. Garifulina Lilya Maratovna, Goyibova Nargiza Salimovna FUNCTIONAL STATE OF KIDNEYS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH OBESITY	73
23. Ганиева Марифат Шакировна СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ СДВИГОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПИЕЛОНЕФРИТАХ У ДЕТЕЙ	76
24. Лариса Александровна Горбач, Динара Намазовна Аджаблаева ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ИЗ ОЧАГОВ ЛЕКАРСТВЕННО-ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО И ЛЕКАРСТВЕННО – УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА	79
25. Гарифулина Лиля Маратовна, Гойибова Наргиза Салимовна СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	82
26. Григорова Л.И., Стреляева А.В., Зайчикова С.Г., Васькова Л.Б., Лазарева Ю.Б., Федорова Л.В., Кузнецов Р.М. СТАНДАРТИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ТРАВЫ ЛОБУЛЯРИИ МОРСКОЙ	85
27. Djurabekova Aziza Tohirovna, Utaganova Guljaxon Xolmuminovna, Isanova Shoirra To'iqinovna, Muxtarova Maftuna Alisherovna BOLALARDA ASORATLI TUG'RUQ TA'SIRIDA RIVOJLANADIGAN GIPERTENZIYION-GIDROSEFAL SINDROMINI ERTA TASHXISLASH VA DAVOLASH	89
28. Даминова Хилола Маратовна, Матмуродов Рустам Жуманазарович ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ: ДОПАДЕКС СР, ПРАМИПЕКСОЛ И ПИРИБЕДИЛ ПРИ РАННЕМ И ПОЗДНЕМ ПАРКИНСОНИЗМЕ	92
29. Жалилов Аслиддин Холматович, Уралов Шухрат Мухтарович ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭРИТРОНА ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ	95
30. Jalilova Dildora Murodovna KICHIK O'LCHAMLI TOSHLARNI KO'CHISHINI TAMINLASHDA QO'LLANILADIGAN DORI VOSITALARI	98

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Атаева Мухиба Сайфиевна

Старший преподаватель
кафедры №1 педиатрии и неонатологии
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Рустамов Мардонкул Рустамович

Профессор кафедры №1 педиатрии и неонатологии
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

For citation: Atayeva M.S., Rustamov M. R./Features of pneumonia in children

АННОТАЦИЯ

Пневмония остается основной причиной заболеваемости и смертности. Факторы риска включают молодой возраст, недоедание, подавление иммунитета, табачный дым или воздействие загрязнения воздуха. Более совершенные методы сбора образцов и молекулярной диагностики улучшили микробиологическую диагностику, что указывает на то, что пневмония возникает в результате взаимодействия нескольких организмов. Индуцированная мокрота увеличивает микробиологический выход для *Bordetella pertussis* или *Mycobacterium tuberculosis*, которые были связаны с пневмонией в районах с высокой распространенностью туберкулеза. Доля случаев, вызванных *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae b* сократился благодаря новым конъюгированным вакцинам; золотистый стафилококк и *H. influenzae* не-типа b являются наиболее распространенными бактериальными патогенами; вирусы являются наиболее распространенными патогенами. Эффективные вмешательства включают антибиотики, кислород и неинвазивную вентиляцию легких.

Ключевые слова: инфекции нижних дыхательных путей, эпидемиология, этиология, профилактика, лечение.

Atayeva Mukhiba Sayfiyeva

Senior Lecturer, Department of Pediatrics and Neonatology
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Rustamov Mardonkul Rustamovich

Doctor of Medical Sciencs,
Professor of the Department of Pediatrics 1 and Neonatology
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

FEATURES OF PNEUMONIA IN CHILDREN

ANNOTATION

Pneumonia remains the leading cause of morbidity and mortality. Risk factors include young age, malnutrition, immune suppression, tobacco smoke, or exposure to air pollution. Improved sample collection and molecular diagnostic techniques have improved microbiological diagnosis, indicating that pneumonia results from the interaction of multiple organisms. Induced sputum increases the microbiological yield for *Bordetella pertussis* or *Mycobacterium tuberculosis*, which have been associated with pneumonia in areas with a high prevalence of tuberculosis. The proportion of cases caused by *Streptococcus pneumoniae* and *Haemophilus influenzae b* has decreased due to new conjugate vaccines; *Staphylococcus aureus* and non-type b *H. influenzae* are the most common bacterial pathogens; viruses are the most common pathogens. Effective interventions include antibiotics, oxygen, and non-invasive ventilation.

Key words: lower respiratory infections, epidemiology, etiology, prevention, treatment.

Во всем мире пневмония является одной из основных причин смерти детей в возрасте до пяти лет. В 2015 году примерно 700 000 детей в возрасте до 5 лет умерли от пневмонии во всем мире, несмотря на общее улучшение условий жизни, улучшение питания и улучшение вакцинации [1]. Кроме того, пневмония продолжает оставаться основной причиной заболеваемости детей раннего возраста вне неонатального периода, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода (СНВД) [2]. Понимание

текущей эпидемиологии, а также стратегий диагностики и ведения в этих условиях может улучшить подходы к профилактике, диагностике и лечению. Модели детской пневмонии из Глобального бремени болезней (ГББ) в 2015 году показывают тенденцию к снижению заболеваемости пневмонией, тяжелой заболеваемости и смертности в странах с низким и средним уровнем дохода. По оценкам, в 2015 году у детей в возрасте до 5 лет было зарегистрировано около 101,8 миллиона случаев

пневмонии; заболеваемость составляет 0,15 эпизода на ребенка в год. Смертность среди детей в возрасте до 5 лет снизилась на 37% в период с 2005 по 2015 год, при этом самая высокая смертность от пневмонии и самое медленное снижение зарегистрировано в странах Африки к югу от Сахары. Восточная и Юго-Восточная Азия, Центральная Европа и тропическая Латинская Америка сообщили о самом быстром (> 50%) снижении смертности от пневмонии среди детей в возрасте до 5 лет за этот период. Самая низкая и самая высокая смертность от пневмонии среди детей в возрасте до 5 лет была в Финляндии, по оценкам, 0,65 смертей на 100 000, и Сомали, по оценкам, 546,8 смертей на 100 000 смертей соответственно [1]. Данные популяционного эпиднадзора в Гамбии показали снижение заболеваемости пневмонией у детей в возрасте 2-11 месяцев и 12-23 месяцев, включая радиологическую пневмонию, на 23% и 29% соответственно; пневмококковая пневмония на 58% и 75%; и гипоксическая пневмония на 57% и 72% [3]. Заметное снижение частоты тяжелой пневмонии у вакцинированных детей и у пожилых невакцинированных групп населения также было описано в Южной Африке и Малави после введения пневмококковой конъюгированной вакцины (PCV 7 и PCV-13) [3, 4]. Аналогичным образом, в Бразилии вакцинация PCV-10 была связана со значительным сокращением госпитализации по поводу пневмонии от всех причин [5,6,7] в целевых возрастных группах для вакцинации и у невакцинированных лиц в возрасте 40-49 лет, что отражает защиту, обеспечиваемую вакцинацией [5]. Последние данные многостранового исследования в четырех СНСЖ показали, что вакцинация против кори была связана со снижением заболеваемости пневмонией у детей на 15-30% в Индии и Пакистане и остается важным вмешательством в Глобальный план действий по борьбе с пневмонией и диареей (GAPPD) [8].

Этиологию пневмонии все чаще приписывают множеству организмов, выявленных с помощью молекулярного тестирования [9]. Более широкое использование пневмококковой конъюгированной вакцины (PCV) и вакцины против *Haemophilus influenzae* типа b (Hib) изменило этиологию пневмонии: золотистый стафилококк и *H. influenzae*, не относящиеся к типу b, в настоящее время являются наиболее распространенными бактериальными патогенами, а вирусы - наиболее распространенными патогенами [9,10,11,12]. Однако идентификация этиологических патогенов может быть затруднена, поскольку отличить колонизирующие от патогенных организмов респираторные образцы может быть трудно, а множественные сопутствующие патогены являются обычным явлением [13]. Вирусы были идентифицированы в большинстве эпизодов пневмонии; однако приписывание патогенности может быть затруднено, если они не всегда связаны с заболеванием. К ним относятся респираторно-синцитиальный вирус (RSV), риновирусный грипп, парагрипп, метапневмовирус человека (hMPV), аденовирус и парагрипп [10,14]. Глобальные данные за 2015 год показали, что РСВ стал причиной примерно 36 000 случаев смерти от пневмонии у детей в возрасте до 5 лет, что составляет примерно 20% случаев пневмонии; наиболее тяжелые случаи произошли у маленьких детей или младенцев в странах с низким и средним уровнем дохода [9,15]. Грипп был причиной примерно 10 000 детских смертей, при этом соответствующая заболеваемость составила 10%. Как РСВ, так и грипп чаще ассоциировались с эпизодами несмертельной пневмонии, чем бактерии [9]. Пневмония, вызванная ЦМВ, у ВИЧ-инфицированных или детей с ослабленным иммунитетом является потенциально смертельным заболеванием, однако данные из LMICS скудны [16,17,18]. Хотя у ВИЧ-инфицированных детей с ЦМВ-пневмонитом, получавших ганцикловир в отделении интенсивной терапии в Южной Африке, были плохие результаты [18], он был эффективен у иммунокомпетентных детей, у которых была положительная ЦМВ-полимеразная цепная реакция (ПЦР) при проведении бронхоальвеолярного лаважа в турецкой больнице [16]. В 2013

году были пересмотрены руководящие принципы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по классификации и лечению детской пневмонии. Дети с кашлем или затрудненным дыханием были разделены на 3 диагностические категории (пневмония, тяжелая пневмония или отсутствие пневмонии) в соответствии с клиническими особенностями. Пневмония определяется как тахипноэ и втягивание грудной клетки у ребенка старше 2 месяцев. Тяжелая пневмония определяется как кашель или затрудненное дыхание, сопровождающиеся, по крайней мере, одним из следующих симптомов: центральный цианоз или насыщение кислородом <90% по данным пульсоксиметрии, тяжелый респираторный дистресс (хрюканье, очень сильное втягивание грудной клетки) или любой общий признак опасности (невозможность кормить грудью или употребление алкоголя, летаргия или потеря сознания, судороги). Дети без признаков пневмонии или тяжелой пневмонии классифицируются как без пневмонии: кашель или простуда. Аномальное насыщение кислородом при пульсоксиметрии предсказывает неэффективность пероральных антибиотиков [26]. Дети с пневмонией, наблюдаемые в амбулаторных учреждениях, не имеющих возможности проводить соответствующие исследования, такие как пульсоксиметрия, оценка питания или тестирование на ВИЧ, могут нуждаться в направлении [27]. Рентгенография грудной клетки остается основным методом визуализации пневмонии. ВОЗ разработала стандартизированные критерии для интерпретации рентгенограмм органов грудной клетки в испытаниях бактериальных вакцин с тремя категориями рентгенологических заболеваний: первичная конечная пневмония (консолидация в конечной точке или плевральный выпот), другой инфильтрат и отсутствие инфильтрата [28]. Однако согласие среди читателей в отношении обнаружения уплотнения было скромным и слабым для других инфильтратов. Ультразвуковое исследование грудной клетки при детской пневмонии может быть быстрым и безопасным методом диагностики. Данные недавнего мета-анализа показывают, что диагностическая точность УЗИ легких имела чувствительность 94% и специфичность 93% по сравнению с различными контрольными тестами, включая рентгенограммы грудной клетки в девяти исследованиях, клинический диагноз в четырех исследованиях и компьютерную томографию в одном исследовании. Однако в отдельных исследованиях существует значительная неоднородность, и отсутствует надежный справочный стандарт. В будущих исследованиях необходима большая методологическая строгость [27,28,29]. Хотя количество лейкоцитов, С-реактивный белок (СРБ) и скорость оседания эритроцитов выше у детей с бактериальной этиологией пневмонии или смешанной бактериально-вирусной этиологией по сравнению с вирусной этиологией, эти тесты не являются дискриминационными [23]. Уровни СРБ ≥ 40 мг / л связаны с подтвержденной бактериальной пневмонией, особенно *S. pneumoniae* и *H. influenzae*, и отрицательно связаны с пневмонией, вызванной RSV [24]. Необходимы дальнейшие исследования для определения роли СРБ в различении подтвержденной бактериальной пневмонии от вирусной пневмонии и в выявлении смешанных инфекций. Посев крови имеет низкий выход от 3 до 7%, при этом значительно более высокая распространенность у детей с тяжелой пневмонией оценивается в 6-14% [9,23]. Микробный выход культуры крови при детской пневмонии оценивается в 2% при объеме культуры крови ≤ 1 мл и увеличивается до $\geq 6\%$ при объемах ≥ 3 мл. И наоборот, воздействие антибиотиков снижает выход культуры крови примерно на 45% [26]. *S. pneumoniae* является наиболее распространенным патогеном, выделенным в культуре крови (77%), за которым следуют *H. influenzae* (3%) и *S. aureus* (2%) [25]. Полезность ПЦР для выявления пневмококковой нуклеиновой кислоты (гена *lytA*) в крови среди микробиологически подтвержденных случаев пневмококковой пневмонии ограничена низкой специфичностью (64%). Кроме того, примерно у 1-10% пациентов, контролируемых сообществом, положительный анализ крови, таким образом, ПЦР на пневмококк

в крови не является специфичным для пневмонии [27].

Питание. Недостаточное питание является основным фактором риска тяжелой пневмонии [23] и связанной с ней смертности [24]. Профилактика, раннее выявление и лечение детей с пневмонией, страдающих от недоедания, имеют первостепенное значение, включая пропаганду грудного вскармливания [25]. У детей в возрасте 2-59 месяцев прием добавок цинка связан со снижением заболеваемости пневмонией на 13% [26]. Прием витамина А значительно снижает смертность от всех причин и заболеваемость корью у детей в возрасте от 6 месяцев до пяти лет [27]. Однако современный метаанализ показывает, что витамин А не оказывает существенного влияния на частоту респираторных заболеваний, госпитализацию или смертность из-за респираторных заболеваний, не связанных с корью [27]. Аналогичным образом, нет никаких доказательств влияния добавок витамина D на частоту или тяжесть пневмонии у детей [28]. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы определить концентрацию витамина D, связанную с повышенным риском пневмонии, и идеальные схемы приема добавок [29]. Однако дефицит витамина D в значительной степени связан с туберкулезной инфекцией и заболеванием у детей [30].

Антибиотики. Лечение пневмонии первой линией является пероральный прием высоких доз амоксициллина (40 мг / кг / доза два раза в день) у детей в возрасте от 2 месяцев до 5 лет в течение 5 дней в районах с высокой распространенностью ВИЧ и в течение 3 дней в районах с низкой распространенностью ВИЧ. Внутривенное введение ампициллина / бензилпенициллина и гентамицина в течение не менее 5 дней является первой линией лечения, рекомендуемой для детей с тяжелой пневмонией, тогда как внутривенное введение ампициллина / бензилпенициллина и гентамицина рекомендуется в течение 10 дней ВИЧ-инфицированным детям. Для ВИЧ-инфицированных или подвергшихся воздействию детей в возрасте от 2 месяцев до 1 года с тяжелой пневмонией котримоксазол рекомендуется в качестве дополнительного лечения при подозрении на ПХП. Профилактика ПХП с использованием котримоксазола рекомендуется всем ВИЧ-инфицированным детям и всем ВИЧ-инфицированным младенцам с шестинедельного возраста до подтверждения отрицательного результата на ВИЧ и прекращения грудного вскармливания на 6 недель. Профилактика ПХП также высокоэффективна для детей, не инфицированных ВИЧ, с ослабленным иммунитетом [23].

Кортикостероиды. Дети, госпитализированные с ПХП, должны получать пероральные кортикостероиды в течение 48 часов в дополнение к стандартному лечению котримоксазолом, поскольку это значительно снижает смертность в больнице и через

6 месяцев после выписки [24]. Кортикостероиды также следует использовать вместе с противотуберкулезными препаратами, чтобы уменьшить сдавливание узлов при туберкулезе, если это происходит.

Кислород. Показатели насыщения кислородом ниже 90-92% связаны с повышенным риском смерти у детей с пневмонией. Поэтому гипоксия является важным прогностическим показателем при детской пневмонии. Однако во многих странах СНГ регулярное использование пульсоксиметрии и доступность кислорода ограничены [25]. Инновационная система хранения кислорода под низким давлением, опробованная в Уганде, может непрерывно обеспечивать кислородом, эквивалентным лечению одного ребенка, в течение 30 дней, несмотря на отключение электроэнергии. Эта система готова к клиническим полевым испытаниям [26]. Аналогичным образом, продолжается крупномасштабное испытание эффективности внедрения для оценки осуществимости и устойчивости кислородных систем на солнечных батареях в отдаленных медицинских центрах в Новой Папуа-Гвинее [27]. В открытом рандомизированном контролируемом исследовании, проведенном в Бангладеш, у детей в возрасте до 5 лет с тяжелой пневмонией и гипоксемией, которые получали кислород, доставляемый с помощью пузырькового непрерывного положительного давления в дыхательных путях (ПНПДП), было значительно меньше неудач или смертей от лечения по сравнению с теми, кто получал стандартный кислород с низким потоком [28]. Безопасность и эффективность ПНПДП в Индии также были установлены [29]. В Малави врачи обнаружили, что ПНПДП полезен при лечении детей с респираторными расстройствами, включая пневмонию [30].

Пневмония остается основной причиной заболеваемости и смертности детей в странах с низким и средним уровнем дохода за пределами неонатального периода. Благодаря улучшенной иммунизации и новым конъюгированным вакцинам часто регистрируются вирусные патогены, но наиболее распространены множественные сопутствующие патогены. *S. pneumoniae* и *H. influenzae* типа b снижаются с улучшением иммунизации; *S. aureus* и *H. influenzae* не типа b становятся наиболее распространенными бактериальными патогенами. Все чаще признается, что туберкулез встречается при острой пневмонии в районах с высоким бременем. Недоедание, ВИЧ-инфекция или заражение, воздействием табачного дыма и ААР являются значительными изменяемыми факторами риска пневмонии в этих условиях. В СНСЖ необходимо усилить имеющиеся эффективные стратегии профилактики и лечения, в то время как необходимы новые, более точные стратегии диагностики и профилактики.

Список литературы/Iqtiboslar/References

1. Agweyu A., Lilford R.J., English M. Appropriateness of clinical severity classification of new WHO childhood pneumonia guidance: a multi-hospital, retrospective, cohort study. *Lancet Glob Health*. 2018;6(1):e74–e83.
2. Andrade A.L., Afonso E.T., Minamisava R., Bierrenbach A.L., Cristo E.B., Morais-Neto O.L. Direct and indirect impact of 10-valent pneumococcal conjugate vaccine introduction on pneumonia hospitalizations and economic burden in all age-groups in Brazil: A time-series analysis. *PLoS One*. 2017;12(9)
3. Barger-Kamate B., Deloria Knoll M., Kagucia E.W., Prosperi C., Baggett H.C., Brooks W.A. Pertussis-associated pneumonia in infants and children from low- and middle-income countries participating in the PERCH study. *Clin Infect Dis*. 2016;63(suppl 4):S187–S196.
4. Bawankule R., Singh A., Kumar K., Shetye S. Does measles vaccination reduce the risk of acute respiratory infection (ARI) and diarrhea in children: a multi-country study? *PLoS One*. 2017;12(1)
5. Causes of severe pneumonia requiring hospital admission in children without HIV infection from Africa and Asia: the PERCH multi-country case-control study. The Pneumonia Etiology Research for Child Health (PERCH) Study Group* *Lancet* 27 June 2019. 10.1016/S0140-6736(19)30721-4.
6. Chisti M.J., Salam M.A., Smith J.H., Ahmed T., Pietroni M.A., Shahunja K.M. Bubble continuous positive airway pressure for children with severe pneumonia and hypoxaemia in Bangladesh: an open, randomised controlled trial. *Lancet (London, England)* 2015;386(9998):1057–1065.
7. Chopra M., Mason E., Borrazzo J., Campbell H., Rudan I., Liu L. Ending of preventable deaths from pneumonia and diarrhoea: an achievable goal. *Lancet (London, England)* 2013;381(9876):1499–1506.
8. du Plessis N.M., Ntshoe G., Reubenson G., Kularatne R., Blumberg L., Thomas J. Risk factors for pertussis among hospitalized children in a high HIV prevalence setting, South Africa. *Int J Infect Dis*. 2018;68:54–60.
9. Гарифулина Л. М., Кудратова Г. Н., Гойибова Н. С. Степень метаболических нарушений у детей и подростков с ожирением и артериальной гипертензией //Актуальные вопросы современной науки. – 2016. – Т. 4. – С. 19-23.

10. Жамшедовна А. М., Гарифулина Л. М. БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА СЕМИЗЛИК ВА Д ВИТАМИНИ ДЕФИЦИТИ, МУАММОГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР //ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
11. Гарифулина Л. М., Ашурова М. Д., Гойибова Н. С. Совершенствование терапии метаболического синдрома у подростков при помощи применения α -липоевой кислоты //Наука, техника и образование. – 2018. – №. 10 (51). – С. 69-72.
12. Ашурова М. БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА СЕМИЗЛИК ВА Д ВИТАМИНИ ДЕФИЦИТИ //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 3. – С. 66-71.
13. Гарифулина Л. М., Гойибова Н. С. СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ //ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2020. – Т. 1. – №. 1.
14. Garifulina L., Ashurova M., Goyibova N. Characteristic of the cardiovascular system in children and adolescents at obesity in accompanience of arterial hypertension //European Journal of Molecular and Clinical Medicine. – 2020. – №. 7 (3). – С. 3171.
15. Ашурова М. Ж., Гарифулина Л. М. Минеральная плотность костей и уровень Витамина Д У ДЕТЕЙ с ожирением //Children's Medicine of the North-West. – 2020. – Т. 8. – №. 1. – С. 44-44.
16. Гарифулина Л. М., ашурова м. Ж., гойибова н. С. Оценка компонентов метаболического синдрома у детей с ожирением //здоровье семьи-будущее россии.
17. Гойибова н. С., гарифулина л. М. Функции почек у детей с ожирением //вопросы науки и образования. – 2020. – №. 26 (110). – с. 51-57.
18. Ризаев Ж.А., Рустамов М.Р., Шавази Н.М. Школа педиатров Самарканда. Журнал гепатогastro-энтерологических исследований №3, 2021г., С.

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 Амир Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000