



ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI  
ФАНЛАР АКАДЕМИЯСИ  
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА  
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

# ***БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ***

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ ЖУРНАЛ  
№2.1 (95) 2017

**PROBLEMS OF  
BIOLOGY AND MEDICINE**

**УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕНЕДЖМЕНТА НЕАТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ШКОЛЬНИКОВ**

Лысенко В.В., студент 5 курса мед. факультета, Кирияк В.Г., врач-интерн, Гарас Н.Н.,  
Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней (зав. каф. – проф. Колоскова Е.К.) БГМУ  
Научный руководитель: проф. Безруков Л.А.

Бронхиальная астма является гетерогенным заболеванием и может иметь клинические различия в зависимости от фенотипа. Неоднородность фенотипов является отправной точкой для новых подходов к классификации, исследования механизмов развития и достижения контроля заболевания уже в ближайшем будущем. Финальным подходом считается определение новых фенотипов на основе основных патофизиологических механизмов (то есть концепции эндотипирования) для более точного прогнозирования будущих рисков неконтролируемости. Сейчас действующими международными документами предусмотрен учет гетерогенности заболевания только по характеру воспаления бронхов, что неполно отражает фенотипические неоднородности. Цель исследования: Оптимизация базисного лечения неатопической бронхиальной астмы у детей школьного возраста с учетом выделения фенотипов заболевания. Материал и методы исследования: В ОДКБ г. Черновцы (Украина) обследовано 45 детей школьного возраста, страдающих неатопической бронхиальной астмой. Определялись ацетиляторный статус пациентов, интенсивность и характер воспаления бронхов, а также их гипервосприимчивость к гистамину. Тяжесть приступа оценивали по бальной шкале, контролируемость заболевания – с помощью АСТ-теста. Результаты и их обсуждение: На основании комплексного клинико-anamnestического и лабораторно-инструментального обследования при помощи кластерного анализа выделена субгруппа пациентов с медленным ацетиляторным статусом, тяжелой гиперчувствительности бронхов к гистамину и выраженной интенсивностью воспаления бронхов эозинофильного характера характерны тяжелые приступы заболевания обострения (более 12 баллов по клинической шкале оценки). У указанной подгруппы школьников также наблюдалась недостаточная эффективность контролирующего лечения, которая оценивалась по АСТ-тесту, что, в свою очередь, ухудшает качество жизни пациентов. Выводы: Полученные данные дают основания полагать, что у школьников, страдающих неатопической бронхиальной астмой при наличии указанных клинико-anamnestических и лабораторно-инструментальных характеристик прогнозируется развитие тяжелых приступов, что делает необходимой агрессивную стартовую дезобструктивную терапию. С целью устранения недостаточной эффективности базисной терапии рекомендовано использование принципа деэскалации базисной терапии при назначении контролирующего лечения в соответствии с тяжестью.

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ**

Лысова А.В., интерн, Овчинникова А.О. ФГБОУ ВО УГМУ  
Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии (зав. каф. - д.м.н. Сабитов А.У.)  
Научный руководитель: доц. Хаманова Ю.Б.

Цель исследования: оценка клинико-лабораторных данных менингита, вызванного энтеровирусом 71 типа, у детей. Материал и методы исследования: Объектом исследования были истории болезни, включавшие данные о 124 пациентах в возрасте от года до четырнадцати лет (1-14 лет) с диагнозом «Энтеровирусная инфекция, менингеальная форма, средней степени тяжести». По результатам вирусологического обследования дети были разделены на 3 группы по этиологическим данным: группа 1 – ЕСНО-менингиты, n=58; группа 2- Коксаки В-менингиты, n=44; группа 3- EV71- менингиты, n=22. Для статистической обработки данных была использована программа Microsoft Excel, «Statistica 6.0.». Результаты и их обсуждение: средний возраст детей в первой и второй группах составил 7,6 и 7,7 лет соответственно, в то время как, в группе 3 он был 3,8 лет. ЕСНО-менингиты чаще начинались с появления симптомов внутричерепной гипертензии, так 100% детей в первой группе предъявляли жалобы на головную боль, у 99% детей была рвота ( $\chi^2=16,212$ ,  $p<0,01$ ). В третьей группе преобладали общеинфекционные симптомы. В данной группе чаще встречались катаральные симптомы (82% против 22% и 70%,  $\chi^2=41,585$ ,  $p<0,01$ ) и фебрильная лихорадка (91%). Во второй группе заболевание также начиналось остро: на фоне общеинфекционной симптоматики были проявления гипертензионного синдрома. Однако, следует отметить, что у детей из данной группы достоверно чаще наблюдался как полный (70,6%), так и диссоциированный менингеальный симптомокомплекс (84%) ( $\chi^2=7,712$ ,  $p<0,05$ ;  $\chi^2=13,601$ ,  $p<0,01$ ). Экзантема чаще наблюдалась у детей в третьей группе (23% против 12% и 2%;  $\chi^2=9,218$ ,  $p<0,01$ ). Мы отдельно выделили синдром рука-нога-рот (HFMD), т.к. он достоверно чаще встречался у пациентов с менингитами, вызванными EV71 типа, при сравнении с Коксаки В-менингитами (9% против 0%;  $\chi^2=4,125$ ,  $p<0,05$ ). Сравнимые группы различались по уровню плеоцитоза (ЕСНО-менингит – 104 [50-233]  $\times 10^6/л$ , Коксаки В-менингит – 181 [69-426]  $\times 10^6/л$ , EV71- менингит 213 [32-854]  $\times 10^6/л$ ). Двухзначный плеоцитоз наблюдался у 50% детей во второй группе против 47% в первой группе и 9% в третьей группе ( $\chi^2=11,461$ ,  $p<0,01$ ). Во всех трех группах клеточный состав ЦСЖ характеризовался преимущественно нейтрофильным характером плеоцитоза в начале заболевания. Особое внимание обращает на себя частота выявления РНК энтеровируса в ЦСЖ, в качестве ранней верификации диагноза. Так в первой и второй группах частота выделения вируса составила 94% и 88%, а в третьей группе только 14% ( $\chi^2=63,1$ ,  $p<0,01$ ). Возможно, что EV 71 является достаточно вирулентным штаммом и может вызывать менингит при более низком уровне вирусной нагрузки и находится ниже порогового уровня определения в применяемых тест-системах. Выводы: 1. Серозные менингиты, вызванные EV71 типа, наблюдаются преимущественно у детей дошкольного возраста; 2. Заболевание характеризуется острым началом с появлением общеинфекционных симптомов (лихорадка, катаральные явления), на фоне которых развиваются симптомы внутричерепной гипертензии (рвота, головная боль); 3. Достоверно чаще начало заболевания у детей сопровождается появлением экзантемы различной локализации и, в частности, HFMD-синдромом; 4. При серозном менингите, вызванном EV 71 типа, низкая частота выделения РНК вируса из ликвора (14%), что свидетельствует о том, что для ранней верификации этиологии заболевания необходимо использовать и другие биологические материалы, такие как слизь из носоглотки или фекалии.

**ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ**

Мавлянов Н.Х., Ахмедов И.Ю., студенты 4 курса пед. факультета,  
Холиков А.К., Файзуллаев К.Ф., студенты 5 курса пед. факультета СамМИ  
Кафедра детской хирургии (зав. каф. – доц. Юсупов Ш.А.)  
Научный руководитель: д.м.н. Мавлянов Ф.Ш.

Цель исследования: улучшить диагностику обструктивного хронического пиелонефрита у детей. Материал и методы исследования: Проведен анализ активности воспаления и склерозирования почечной ткани у 110 детей с врожденными обструктивными уropатиями. Из них с врожденным гидронефрозом (ВГ) было 50 (45%) детей, с обструктивным мегауретером (ОМУ) 21(19%) больной и рефлюксирующим мегауретером (РМУ) – 39 (36%). В моче определялось содержание следующих веществ: лейкоциты, бактерии, интерлейкин 10 – противовоспалительный цитокин, RANTES - хемокин, фактор некроза опухолей TNF-  $\alpha$  - провоспалительный цитокин, трансформирующий фактора роста TGF-  $\beta$ . Результаты и их обсуждение: У детей с врожденными обструктивными уropатиями этиологически значимая бактерурия выявлена у 67,9%. Больных. Из них у 42,3%

<b>Казарин Д.Д.</b> ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	291
<b>Карабаева З., Тогаева Г.</b> ВОЗДЕЙСТВИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ВСКАРМЛИВАНИЯ НА РАЗВИТИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	292
<b>Каракулина Е.Ю., Адыширинова А.Г.</b> ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ.....	292
<b>Каримова Н.Р., Зайнабидинова С.А., Юсупов Э.А., Юнусов Д.М.</b> ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА «СИНГЛОН» У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	293
<b>Каримова М.Х.</b> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ РАХИТА У ДЕТЕЙ.....	293
<b>Каримова Н.Р.</b> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ.....	294
<b>Кенжаева З.С.</b> КЛИНИКО – ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	294
<b>Ким В.Д.</b> ФАКТОРЫ РИСКА РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННЫХ.....	295
<b>Киямова Ш.Б.</b> ПОКАЗАТЕЛИ ГЛИКЕМИИ И ИНСУЛИНА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ.....	295
<b>Клименко О.В.</b> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИВИТОСТИ ПРОТИВ КОРИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ.....	295
<b>Ковтюк Н.И.</b> ГОЛОВНАЯ БОЛЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	296
<b>Козимова З.Х.</b> ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	296
<b>Козлов А.А., Гибазова О.Р.</b> МЕТОДИКА «ОТЛУЧЕНИЕ ОТ АППАРАТА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ» В РЕЖИМАХ VI-VENT И SRAP У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ И НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....	297
<b>Кодирова Ш.С., Карджавова Г.А., Азимова Ш.Т., Ильясова С.Р., Мирзаев А.К.</b> ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПНЕВМОНИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИМ ШОКОМ.....	297
<b>Кодирова Ш.С., Узокова М.Ф., Азимова Ш.Т., Ильясова С.Р., Юсупов А.М.</b> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ.....	297
<b>Курбанова З.М., Сахибова М.Д., Юсупов Э.А.</b> ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА.....	298
<b>Кутарева М.Ю., Латанская Н.С.</b> ВЛИЯНИЕ СТАРТОВОГО ПЕРИОДА НА ЗДОРОВОЕ БУДУЩЕЕ НАШИХ ДЕТЕЙ.....	298
<b>Лим М.В., Тамбриазов М., Ильясова С., Мирзаев А.К., Орифова М.</b> ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМОМ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ.....	299
<b>Лим М.В., Тамбриазов М., Ильясова С., Мирзаев А.К., Икромова З.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБУЛАЙЗЕРНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АЦЕТИЛЦИСТЕИНА И 3% НАТРИЯ ХЛОРИДА ПРИ ОСТРЫХ БРОНХИОЛИТАХ У ДЕТЕЙ.....	299
<b>Лысенко В.В., Кирияк В.Г., Гарас Н.Н.</b> УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕНЕДЖМЕНТА НЕАТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ШКОЛЬНИКОВ.....	300
<b>Лысова А.В., Овчинникова А.О.</b> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ.....	300
<b>Мавлянов Н.Х., Ахмедов И.Ю., Холиков А.К., Файзуллаев К.Ф.</b> ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ.....	300
<b>Мажидов Р.</b> РЕЧЕВЫЕ ДЕФЕКТЫ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	301
<b>Маматмуродов А.А., Олимов И.Ж.</b> РОЛЬ ЛИЗОЦИМА СЛЮНЫ В НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЕ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЛАРИНГОТРАХЕТОМ.....	301
<b>Мамбеткаримова М.С., Шарапов Б.У.</b> СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА.....	301
<b>Мансуров Ш.Ш.</b> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА У РЕБЕНКА В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕПРАВИЛЬНО ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ.....	302
<b>Матниязов О.Б.</b> ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ.....	302
<b>Махмудова З.Р.</b> ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАХИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	303
<b>Махмудова З.Р.</b> СОСТОЯНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.....	303
<b>Махмудов Х.У.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИТОФЛАВИНА У ДЕТЕЙ С МИНИМАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЗГА.....	304
<b>Мацей Т.Ю., Колюбакина Л.В., Трекуш Е.З.</b> РС-ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, КОТОРЫЕ НАХОДИЛИСЬ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В ОДКБ.....	304
<b>Мацей Т.Ю., Власова Е.В., Трекуш Е.З.</b> ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	304