



kasallik tarixi asosida baholadik. COVID-19 belgilari astmaning kuchayishi alomatlariga o'xshash bo'lishi va quruq yo'tal, nafas qisilishi va isitma shaklida namoyon bo'lishi mumkinligi

ko'rsatildi, bu astma kuchayishi paytida ham har qanday kelib chiqishi respirator infektsiyasiga qarshi kuzatilishi mumkin.

Tashmatova G.A.

CLINICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA AFTER COVID-19

Keywords: children; bronchial asthma; new coronavirus infection; COVID-19; clinic.

Bronchial asthma (BA) is the most common chronic disease in childhood. In the population of children with asthma, as a rule, mild and moderate course prevails (85–90%). Viral infections are the most common triggers for asthma exacerbations. Particular attention is paid to rhinovirus infection, the causative agent of which, by joining ICAM1, easily penetrates through the cell membrane and becomes the initiator of the inflammatory process. Large epidemiological studies have shown that children make up 2–6% of total confirmed cases of COVID-19, with asymptomatic, mild to moderate cases predominating in most cases.

The purpose of the study is to identify the clinical and functional features of children with

bronchial asthma who have had a coronavirus infection (COVID-19). We assessed the manifestations of COVID-19 in children with asthma of varying severity according to outpatient cards and case histories. A total of 27 case histories of children from March 2020 to January 2021 and 56 outpatient records of children aged 8–16 years with intermittent and persistent asthma (mean age 10.8 ± 1.2 years) who underwent COVID-19. It has been shown that the symptoms of COVID-19 can be similar to those of an asthma exacerbation and manifest as a dry cough, shortness of breath and fever, which can also be observed during asthma exacerbations against a respiratory infection of any origin.

Деворова М.Б., Шомансурова Э.А., Улугов А.И

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучить особенности физического развития дошкольников с аллергическими респираторными заболеваниями.

Материалы и методы. Объектом исследования служили дети, посещающие детские сады, проживающие в условиях г. Ташкент. Под наблюдением находилось 205 больных детей дошкольного возраста (3–6 лет): мальчиков–117, девочек–88 и 50 практически здоровых детей соответствующего возраста и пола. Дети дошкольного возраста посещали один из детских садов Юнусабадского района г. Ташкента. Дети постоянно проживали в городе Ташкент не менее 5 лет.

Результаты. Причина отставания физического развития детей дошкольного возраста, очевидно, связана с негативным влиянием АРК на их здоровье. По данным анамнеза, первые симптомы болезни у больных детей появились в возрасте 3–4 года, болезнь часто приобретала хроническое течение. Существенное значение имели также и факторы риска: наследственная отягощенность, искусственное или ранее смешанное вскармливание на первом году жизни ребенка, наличие хронических фокальных инфекций, а также патология беременности матерей больных детей. Нельзя исключить развития полисенситизации и частое сочетание основного заболевания с другими аллергическими реакциями и заболеваниями.

Физическое развитие является одним из основных показателей здоровья детского населения. По результатам исследований показателей физического развития можно получить объективные и достоверные сведения о состоянии здоровья детей. Если эти исследования проводить в динамике, то можно составить научно обоснованный прогноз относительно

состояния здоровья детей в будущем. Эти сведения имеют большое научное и практическое значение для теоретической и практической медицины. Научная значимость исследований, посвященных проблеме физического развития, особенно возросло в последние годы. Дело в том, что процесс акселерации, по данным литературы последних лет, значительно



затормозился или даже остановился. В связи с этим возникает необходимость в новых исследованиях с целью выяснения других сторон данной проблемы:

Разностороннее изучение эпидемиологии аллергии у детей. Выяснение степени влияния факторов окружающей среды на физическое развитие и состояние здоровья детей. Значительное влияние оказывают социально-гигиенические условия жизни на показатели физического развития и состояния здоровья детей. Определение взаимосвязи взаимообусловленности физического развития и функциональных резервов организма.

Выяснение характера влияния различных заболеваний на физическое развитие и состояние здоровья детей.

Цель работы - изучить особенности физического развития дошкольников с аллергическими респираторными заболеваниями

Материалы и методы

Объектом исследования служили дети, посещающие детские сады, проживающие в условиях г. Ташкент. Под наблюдением находилось 205 больных детей дошкольного возраста (3-6 лет): мальчиков-117, девочек-88 и 50 практически здоровых детей соответствующего возраста и пола. Дети дошкольного возраста посещали один из детских садов Юнусабадского района г. Ташкента. Дети постоянно проживали в городе Ташкент не менее 5 лет.

Определение основных антропометрических параметров тела

Основные антропометрические параметры тела (длина и масса тела, окружность груди) определяли путем измерения их общепринятым способом. Оценку физического развития обследованных больных детей проводили в сравнении с аналогичными показателями физического развития полученными у практически здоровых (контроль 1) и со стандартами показателями физического развития детей, постоянно проживающих в региональных условиях Ташкентской области (контроль 2).

Состояние физического развития детей, страдающих аллергическим риноконъюнктивитом. Для выявления лиц, страдающих аллергическими риноконъюнктивитами (АРК), были осмотрены и обследованы дети, проживающие в Юнусабадском районе города Ташкента. После тщательного клинико-аллергического обследования были отобраны 58 детей, страдающих АРК, для дальнейших наблюдений и исследований. Возраст больных варьировал в пределах от 3 до 6 лет, в том числе в возрасте 3 год- 16 (27,6%), 5 лет- 13 (22,4%), 6 лет- 14 (24,1%). Среди отобранных детей мальчиков было 33 (56,9%), а девочек- 25 (43,1%). Количество детей в возрастных группах и соотношение мальчиков и девочек было примерно одинаковыми (табл. 1).

Таблица 1

Распределение детей с АРК по полу и возрасту (n=58)

Возраст, лет	Количество наблюдаемых детей					
	Мальчики		Девочки		Оба пола	
	абс	%	абс	%	абс	%
3	9	15,5	7	12,1	16	27,6
4	8	13,8	7	12,1	15	25,9
5	8	13,8	5	8,6	13	22,9
6	8	13,8	6	10,3	14	24,1
Всего:	33	56,9 ±6,5	25	43,1 ±6,5	58	100,0

Наши исследования показали, что преобладающими симптомами у больных детей были разлитой зуд, жжение в носу и носоглотке, ринорея и приступообразное чиханье, плохой сон, раздражительность, затруднение дыхания через нос, общая слабость.

Осмотр носа показал отек слизистой оболочки. Окраска слизистой оболочки имела

белый, голубой или серый цвета. Выделение из носа были слизистые, серозные. Заболевание четко носило сезонный характер. Обострение симптомов часто отмечалось в весенне-летний или летне-осенний сезон. Длительность или продолжительность болезни находилась в пределах от нескольких месяцев до 5 лет и более (табл. 2).



Таблица 2

Длительность (продолжительность) болезни у детей, страдающих АРК (n=58)

Длительность болезни	Количество наблюдаемых детей					
	Мальчики		Девочки		Оба пола	
	абс	%	абс	%	абс	%
До 2 лет	15	25,9	13	22,4	28	48,3 ±6,6
От 3 до 5 лет	10	17,2	8	13,8	18	31,0 ±6,1
Свыше 5 лет	8	13,8	4	6,9	12	20,7 ±5,3
Всего:	33	56,9	25	43,1	58	100,0

Анализ показал, что длительность болезни до 2-х лет была у 28 (48,3%) пациентов, от 3 до 5 лет - у 18 (31,0%), свыше 5 лет – у 12 (20,7%). Следовательно, подавляющее большинство - 46 (79,3%) больных страдало в течение длительного периода. Это, естественно, негативно влияло на рост и развитие и другие показатели здоровья детей.

Представляет интерес анализ результатов относительно возраста детей, в котором появились первые симптомы основного заболевания. У большинства больных первые симптомы основного заболевания появились в возрасте 2- 3 лет- 33 (56,9%), что свидетельствует о том, что многие пациенты в течение длительного периода времени страдали АРК (табл. 3)

Таблица 3

Возраст детей, в котором появились первые симптомы АРК (n=58)

Возраст, лет	Количество наблюдаемых детей					
	Мальчики		Девочки		Оба пола	
	абс	%	абс	%	абс	%
2-3	12	20,7	21	36,2	33	56,9 ±6,5
4-5	10	17,2	15	25,9	25	43,1 ±6,5
Всего:	22	37,9	36	62,1	58	100,0

Литературные данные свидетельствуют о том, что в последние годы участились случаи сочетанных форм аллергии. Полученные нами данные также показали, что АРК часто сочетался с другими аллергическими реакциями. Наиболее частое сочетание находилось с

лекарственной аллергией – у 24 (41,4%), атопическим дерматитом- 20 (34,5%) и пищевой аллергией – у 14 (24,1%) (табл. 4). Сочетанные формы аллергии отличаются своим хроническим течением, частыми обострениями.

Таблица 4

Распределение детей с АРК по полу и возрасту (n=58)

Аллергии сочетанные	Частота сочетания					
	Мальчики		Девочки		Оба пола	
	абс	%	абс	%	абс	%
Лекарственная	12	20,7	12	20,7	24	41,4±6,5
Атопический дерматит	12	20,7	8	13,8	20	34,5 ±6,2
Пищевая	9	15,5	5	8,6	14	24,1 ±5,6
Всего:	33	56,9	25	43,1	58	100,0

В механизме формирования и развития аллергических заболеваний, в том числе и АРК, существенное значение имеют факторы риска. По нашим данным (табл.5), в целом генетические факторы имели место у 36

(62,0%)пациентов, аллергический диатез - у 45 (77,6%), фокальные инфекции- у 43 (74,1%), искусственное вскармливание на первом году жизни- у 47 (81,0%).



Таблица 5

Встречаемость факторов риска в развитии АРК у детей (n=58)

Встречаемость факторов риска	Частота сочетания					
	Мальчики		Девочки		Оба пола	
	абс	%	абс	%	абс	%
Генетические	20	34,5	16	27,6	36	62,1±6,4
Аллергический диатез	25	43,1	20	34,5	45	77,6±5,5
Фокальные инфекции	24	41,1	19	32,8	43	74,1±5,7
Искусственное вскармливание	28	48,3	19	32,8	47	81,0±5,1

Специфическая диагностика аллергии у детей

Специфическая диагностика аллергических заболеваний ставили на основании проведенного комплексного клинико-аллергического, функционального, лабораторного обследования больных и постановки специфических аллергических диагностических тестов (in vivo) с учетом Международных Консенсусов.

При сборе аллергического анамнеза обращали внимание на историю развития основного и сопутствующего заболеваний, наличие связи симптомов болезни с приемом тех или иных лекарственных препаратов. Выясняли наличие аллергических заболеваний у ближайших родственников (матери, отца, бабушки, дедушки), то есть наследственной отягощенности. Уточняли состояние здоровья матери больного ребенка при беременности (токсикозы, патологические роды и др.) и характер питания ребенка в первый год жизни после рождения (естественное, искусственное, ранее смешанное). Выясняли и учитывали особенности реакции ребенка на профилактические прививки, а также жилище-бытовые условия больных детей.

Диагноз аллергического ринита (АР) ставили на основе современных критериев, изложенных в Европейском международном конкурсе (2000) по АР при консультативной помощи специалиста-оториноларинголога.

Диагноз бронхиальной астмы (БА) ставили согласно рекомендации Национального института «Сердце, Легкие, Кровь» ВОЗ и национальной программы «Лечение и профилактика бронхиальной астмы у детей и взрослых МЗ РУз».

Диагноз атопического дерматита (АД) ставили при консультативной помощи специалиста-дерматолога в соответствии с критериями,

общепринятыми в современной дерматологии (12): зуд кожных покровов, типичная морфология и локализация кожных высыпаний, хроническое рецидивирующее течение, атопия в анамнезе или наследственная предрасположенность к атопии, эозинофилия крови.

Результаты и обсуждение

Причина отставания физического развития детей дошкольного возраста, очевидно связана с негативным влиянием АРК на их здоровье. По данным анамнеза, первые симптомы болезни у больных детей появились в возрасте 3-4 года, болезнь часто приобретала хроническое течение. Существенное значение имели также и факторы риска: наследственная отягощенность, искусственное или ранее смешанное вскармливание на первом году жизни ребенка, наличие хронических фокальных инфекций, а также патология беременности матерей больных детей. Нельзя исключить развития полисенситизации и частое сочетание основного заболевания с другими аллергическими реакциями и заболеваниями.

Выводы

Таким образом, проводя комплексное клиническое, аллергическое обследование 58 больных детей дошкольного возраста, страдающих аллергическим риноконъюнктивитом, определяя некоторые параметры физического развития детей, установлены следующие факты:

1. У детей, страдающих аллергическими риноконъюнктивитами отмечается отставание физического развития, которое проявляется в наличии дефицита длины и массы тела, а также окружности груди.
2. В комплексе причин, имеющих значение в отставании физического развития детей дошкольного возраста, существенная роль принадлежит аллергическим риноконъюнктивитом, которые протекают длительно и нега-



тивно влияют на здоровье детей.

3. Для обеспечения нормального развития физических параметров детей дошкольного возраста в комплексе мероприятий необходимо

включить своевременное распознавание и лечение аллергических заболеваний вообще и аллергических риноконъюнктивитом в частности.

Литература

1. Алиментарная профилактика пищевой непереносимости у новорожденных и детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании. В.А. Тутельян, И.Я. Конь, Е.М. Фатеева и др. М., 2005:14.
2. Аллергические заболевания у детей: особенности цитокинового и иммунного статуса. Е.В. Просякова, В.В. Деркач, Т.Н. Шестовская и др. Иммунология. 2007;28(3):157-161.
3. Белицкая М.Ю. Лечение аллергических поражений кожи у детей первого года жизни, находящихся на естественном вскармливании. П Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2005;2:45-47.
4. Боровик Т.Э. Современная диетотерапия при аллергических заболеваниях у детей раннего возраста/ Т.Э. Боровик, В.А. Ревякина, С.Г. Макарова, О.Л. Лукоянова. Российский аллергологический журнал. 2006;1:39-46.
5. Балаболкин И.И. Современная концепция патогенеза и принципы терапии аллергических заболеваний у детей. Педиатрия. М., 2003;4:52-57.
6. Балаболкин И.И. Бронхиальная астма у детей- М. Медицина, 2003:34-46. 277-279
7. Ильина Н.И. Российский Аллергологический Журнал. 2004. V' I С.37-41.
8. I.I. Ryumina, M.M. Yakovleva, Rus med journal, 19(3), 146-149 (2011)
9. M.M. Gubin, G.V. Azmetova, Pharmacy, 7, 40-48 (2008)
10. D.Y. Ovsyannikov, L.V. Pushko, Allergic rhinitis in children: teaching method. manual for the study of the course "Children's diseases" (Publishing house of RUDN, M.,2012)

Деворова М.Б., Шомансурова Э., Улугов А.И

РЕСПИРАТОР АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛГАН МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАРНИНГ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Калит сўзлар: аллергия, бронхиал астма, жисмоний ривожланиш, мактабгача ёш, мактаб ёши, акселерация жараёни, профилактик эмлашлар.

Респиратор аллергияси билан оғриган барча болаларда ўзига хос аллергия реактивлик кучайган. Шу билан бирга респиратор аллергиянинг клиник шаклларида ва минтақавий аллергияларнинг турига қараб, тананинг реактивлигидаги ўзгаришларнинг айрим хусусиятларини аниқлаш мумкин бўлди. Аллергия риноконъюнктивити (АРК) мавжуд бўлган болаларда гул чанги аллергиясига кўпроқ мой-

иллиги аниқланди. Респиратор аллергия қай-таланувчи бронхит (АРОБ) билан касалланган болалар уй чанги аллергиясига кўпроқ мойил бўлган. Бронхиал астма касалиги бўлган болаларда уй чанги аллергиясининг организмга аллергия реакцияси гул чанги ва эпидермал аллергияларга нисбатан 2-5 даража юқори эканлиги аниқланди.

Devorova M.B., Shomansurova E.A., Ulugov A.I

FEATURES OF THE PHYSICAL DEVELOPMENT OF PRESCHOOLERS WITH ALLERGIC RESPIRATORY DISEASES

Key words: allergy; allergen; bronchial asthma; physical development; preschool age; school age; acceleration process, preventive vaccinations.

In all children suffering from respiratory allergies, specific allergic reactivity has increased. Along with this, it became possible to identify some aspects of changes in the reactivity of the body based on the clinical forms of respiratory allergies and the type of regional allergens. Children who have allergic rhino conjunctivitis(ARC) were found more susceptible to pollen allergens.

In cases of house dust allergen, children with allergic respiratory obstructive bronchitis (AROB) were especially vulnerable. In children with asthma, the allergic reactivity of the body to the allergen from house dust were 2-5 times higher than other types of that, such as pollen dust and epidermal allergens. ergens from house dust mites was 2-5 times higher than to pollen and epide.