

# ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических  
исследований



СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

2022

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH  
SPECIAL ISSUE



ТОМ – III



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](mailto:hepato_gastroenterology@mail.ru).

## СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

1	<b>Сагдуллаева М.А., Маллаев Ш.Ш.</b> МУДДАТДАН ЎТИБ ТУҒИЛИШ МУАММОСИГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШ.....	6
2	<b>Сагиндыкова Б.А., Амандык Айгерим Алпамысовна</b> ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ЭКВИВАЛЕНТНОСТЬ КАПСУЛ ИМОДИУМА И ЕГО ВОСПРОИЗВЕДЕННЫХ АНАЛОГОВ.....	9
3	<b>Ирина А.С., И. Р.Ильясов, Р. П.Терехов, Д.И.Панков</b> РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПОВ «ЗЕЛеноЙ» ХИМИИ В ФАЗОВОЙ МОДИФИКАЦИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СУБСТАНЦИЙ.....	12
4	<b>Сулайманова Н.Э., Рахимова Х. М.</b> ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА И РОДИТЕЛЕЙ ПО ПИТАНИЮ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 1–3 ЛЕТ.....	15
5	<b>Сайдалиева Ф.А., Файзиева З.Т. Нарзуллоева Г.</b> ТУБУЛҒИБАРҒЛИ БЎЙМОДАРОН ЎСИМЛИГИНИНГ ҚУРУҚ ЭКСТРАКТИ ВА УНИНГ ТАБЛЕТКА ШАКЛИНИ ДИУРЕЗГА ТАЪСИРИ.....	18
6	<b>Санакулов А.Б.</b> БИР ЁШГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИ ПНЕВМОНИЯНИНГ КЛИНИК - ПАТОГЕНЕТИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА УЛАРНИ ДАВОЛАШ.....	21
7	<b>Сиддиқов О. А., Даминова Л.Т., Абдурахмонов И. Р.</b> ПАСТКИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИДА АНТИБАКТЕРИАЛ ПРЕПАРАТЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШНИНГ АВС/VEN ТАҲЛИЛИ.....	25
8	<b>Султанова Н. С., Бобомуратов Т. А., Маллаев Ш.Ш. Хошимов А. А.</b> СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА.....	28
9	<b>Таджиханова Д. П., Шамсиев Ф.М.</b> ИММУНОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ.....	31
10	<b>Токсанбаева Ж.С., Ибрагимова А. Г., Акшабаева А.Г.</b> НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЕ ПРИНЦИПЫ РАЗРАБОТКИ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО СБОРА ИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ФЛОРЫ КАЗАХСТАНА.....	34
11	<b>Тугаева Д.Х.</b> BOLALARDA METABOLIK SINDROM VA GERATOBILIAR TIZIM HOLATI.....	37
12	<b>Турсымбек Ш. Н. Сатбаева Э.М. Ананьева Л.В., Ю К., А. Давлетбаков</b> ИЗУЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ВНОВЬ СИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ТРИМЕКАИНА, ДИФЕНГИДРАМИНА, ТОЛПЕРИЗОНА.....	40
13	<b>Тураева Н.О.</b> НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	43
14	<b>Умарназарова З.Е., Ахмедова Н.Р., Гофурова З.Б.</b> ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ.....	46
15	<b>Уралов Ш.М., Юлдашев Б.А., Халиков К.М.</b> ДИСБАЛАНС МИКРОЭЛЕМЕНТОВ – КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	50
16	<b>Umarova Saodat Sulaymonovna, Burxonova Dilovar Sadriddinovna</b> REVMAТИК ISITMA PATOGENEZI HAQIDA ZAMONAVIY MA'LUMOTLAR.....	53
17	<b>Файзуллаева Х.Б., Абудуллаева М.Н., Халиков К.М., Назарова Г.Ш.</b> КОРРЕКЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ АЦИДОЗЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИЕЙ.....	56
18	<b>Xalikov Q.M., Sattarova X.G., Mamedov A.N., Nazarova M.E.</b> EXINOKOKKOZ BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA BOKIMYOVIY KO'RSATGICHLAR TANIHLI.....	59
19	<b>Хамраев А.Ж.</b> ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СУБ И ДЕКОМПЕНСТРОВАННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКИХ КОЛОСТАЗОВ У ДЕТЕЙ.....	64
20	<b>Хайдарова Х.Р.</b> IMMUNITETNI SHAKLLANTIRISHDA PROBIYOTIKLARNING ROLI.....	68
21	<b>Хасанова Г.М., Агзамова Ш.А.</b> КОРРЕКЦИЯ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА.....	71
22	<b>Хлямов С.В., Маль Г.С., Аргюшко Е.Б.</b> ЭЛЕМЕНТЫ МОЛЕКУЛЯРНО-ТАРГЕТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗВИТИИ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ПО ТИПУ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	74
23	<b>Халимова З.Ю., Азимова О.Т., Улугова Х.Т.</b> АГРЕССИВНЫЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА И ВОЗРАСТНАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ.....	77
24	<b>Царькова С.А.</b> ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ – ОСНОВНАЯ ТЕРАПИЯ КРУПА У ДЕТЕЙ.....	80
25	<b>Шавази Н.Н., Ахгамова Н.А., Собирова А, Шавази Р.Н.</b> ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: ОДИН СИМПТОМ МНОГО ПРИЧИН.....	84

26	<b>Шавазы Н.Н., Ахтамова Н.А., Раимжанова К.</b> ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ РИСК ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ: НОВЫЕ АКУШЕРСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ.....	89
27	<b>Шарипов Р.Х., Расулова Н.А., Бурханова Д.С.</b> ЛЕЧЕНИЕ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ .....	92
28	<b>Румянцев А.Г., Шавазы Н.М., Ибрагимова М.Ф.</b> ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АТИПИЧНОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ.....	95
29	<b>Шадиева Х.Н., Турдиева Н.С., Кодирова М.М.</b> ВРОЖДЕННАЯ ПОЛНАЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ, ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ.....	99
30	<b>Шавазы Н.М., Ибрагимова М.Ф., Шавкатова З.Ш., Пулатова Н.Ю.</b> ВЛИЯНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ПНЕВМОНИЙ С АТИПИЧНОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ У ДЕТЕЙ.....	104
31	<b>Шамсиев Ф.М., Каримова М.Х., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д.</b> ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ TLR6 У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	107
32	<b>Шамсиев Ф.М., Каримова М.Х., Абдуллаев С.К.</b> ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КЛИНИКО- БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ.....	110
33	<b>Юсупов А.М., Джурабекова А.Т., Синдаров А.Ф.</b> РИСК РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ.....	113
34	<b>Ягупова А.В., Климов Л.Я., Курьянова В.А.</b> ДИНАМИКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D, УРОВНЯ ПАРАТГОРМОНА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА НА ФОНЕ ПРИЕМА ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ..	116
35	<b>Абдуллаев Б. С., Хамидова Ф. М., Исламов Ш. Э., Норжигитов А. М., Махматмурадова Н. Н.</b> СОСТОЯНИЕ АПУДОЦИТОВ В ЛЕГКИХ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	120

# JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH


## ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК616.23+616.24.

**Царькова Софья Анатольевна**д.м.н., профессор, заведующая кафедрой  
поликлинической педиатрииФедеральное Государственное образовательное учреждение высшего  
образования «Уральский Государственный медицинский Университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург, Россия

### ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ – ОСНОВНАЯ ТЕРАПИЯ КРУПА У ДЕТЕЙ (обзор литературы)

**For citation:** Tsarkova Sofya Anatolyevna. Inhaled glucocorticosteroids – the main croup therapy in children. Journal of hepato-gastroenterology research. Special Issue. pp.80-83

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7311676>

#### АННОТАЦИЯ

В статье представлен краткий обзор современной литературы по обоснованию применения ингаляционных глюкокортикостероидов (иГКС) в неотложной терапии острого обструктивного ларингита (крупа) у детей. Сделан акцент на патогенетические механизмы развития заболевания, требующего оказания неотложной помощи, клиническую диагностику с использованием модифицированной балльной шкалы Westly, дифференциальную диагностику, особенности крупа, связанного с COVID-19 у детей раннего возраста, продемонстрированы результаты клинических исследований, подтверждающие значение эффективности и безопасности применения иГКС, как первой линии терапии крупа у детей. Особое внимание в статье уделено информации для родителей по основам ранней диагностики крупа, тактике поведения при возникновении одышки у ребенка, «тревожным» симптомам, требующим немедленного обращения к врачу, первой доврачебной помощи и методам профилактики заболевания.

**Ключевые слова:** ингаляционные глюкокортикостероиды, крупа, дети.

**Tsarkova Sofiya Anatolyevna**tibbiyot fanlari doktori, professor, Ural Davlat tibbiyot Universiteti  
poliklinik pediatriya kafedrasini mudiri, Ekaterinburg, Rossiya

### INGALYATSION GLUKOKORTIKOSTEROIDLAR - BOLALARDA KRUP TERAPIYASINING ASOSI

#### ANNOTATSIIYA

Maqolada bolalarda o'tkir obstruktiv laringitni (krup) shoshilinch davolashda ingalyatsion glyukokortikosteroidlarni (iGCS) qo'llash mantiqiy asoslari bo'yicha joriy adabiyotlarning qisqacha sharhi keltirilgan. Shoshilinch tibbiy yordam talab qiladigan kasallik rivojlanishining patogenetik mexanizmlari, modifikatsiyalangan Westly shkalasi yordamida klinik diagnostika, differentsial tashxis, yosh bolalarda COVID-19 bilan bog'liq bo'lgan krupning xususiyatlariga alohida e'tibor qaratilib, klinik tadqiqotlar natijalari tasdiqlandi. Kortikosteroidlarni bolalarda krup uchun birinchi darajali terapiya sifatida qo'llash samaradorligi va xavfsizligining ahamiyati, ota-onalar uchun krupni erta tashxislash asoslari, bolada nafas qisilishida harakatlar taktikasi, shoshilinch tibbiy yordamni talab qiladigan "tashvishli" belgilar, birinchi yordam va kasallikning oldini olish usullari haqida ma'lumotlarga alohida e'tibor qaratilgan.

**Kalit so'zlar:** ingalyatsion glyukokortikosteroidlar, krup, bolalar.

**Tsarkova Sofya Anatolyevna**MD, Professor, Head of the Department of Polyclinic Pediatrics  
Federal State Educational Institution of Higher Education Ural State Medical  
University of the Ministry of Health of the Russian Federation Ekaterinburg, Russia

### INHALED GLUCOCORTICOSTEROIDS – THE MAIN CROUP THERAPY IN CHILDREN

#### ANNOTATION

The article presents a brief review of the current literature on the use of inhaled glucocorticosteroids (iGCS) in the treatment of acute obstructive laryngitis (croup) in children. An emphasis was made on the pathogenetic mechanisms of the development of the disease requiring emergency care, clinical diagnosis using the Westly modified score scale, differential diagnosis, the severity of croup associated with COVID-19 in young children, the results of clinical studies were demonstrated, confirming the importance of the effectiveness and safety of the use of iGCS, as the first line of croup therapy in children. Special attention is paid to information for parents on the basics of early diagnosis of croup, tactics of behavior in case of shortness of breath in a child, "alarming" symptoms requiring immediate medical attention, first aid and methods of disease prevention.

**Key words:** inhaled glucocorticosteroids, croup, children.



**Актуальность исследования.** В современной педиатрической практике обструктивный ларингит (круп) рассматривается как острое заболевание, которое наиболее часто встречается у детей в

Общеизвестно, что вирусы парагриппа являются наиболее частой причиной острого обструктивного ларинготрахеита, особенно во время осенних и зимних эпидемий [2,3,4,8]. Вирусы, вызывающие круп, поражают эпителий слизистой оболочки носа и глотки, а затем распространяются локально вдоль респираторного эпителия в гортань и трахею. Анатомическим признаком крупа является сужение подскладочного пространства, части гортани непосредственно под голосовыми связками. Ларингоскопическая оценка редко необходима пациентам с вирусным крупом, но при ее проведении обычно выявляется покраснение и отек в области непосредственно под голосовыми связками. Во всем мире критериями выраженности сужения (стеноза) подскладочного пространства при крупе считается балльная шкала Westly [9], модифицированная нами в 2001 году, на основании которой возможно оценить тяжесть острого обструктивного ларинготрахеита у детей [10].

Согласно балльной шкале стеноз гортани I степени констатируется при сумме баллов от 3 до 6, стеноз гортани II степени – от 7 до 9 баллов, стеноз гортани III степени – от 9 и более баллов. От степени стеноза гортани, выраженной в баллах, зависит объем проводимой неотложной помощи. Для оказания адекватной неотложной помощи при крупе необходимо проводить дифференциальную диагностику с дифтерией гортани (истинный круп), врожденным стридором, инородным телом верхних дыхательных путей, синдромом спазмофилии с ларингоспазмом, эпиглоттитом, заглоточным и паратонзиллярным абсцессом, травмами гортани, рецидивирующим респираторным папилломатозом, подскладочной гемангиомой, острым ангионевротическим (аллергическим) отеком [11, 12].

Для оказания неотложной помощи детям с крупом патогенетически обосновано назначение глюкокортикостероидов (ГКС), которые оказывают противовоспалительный эффект, уменьшая отек гортани и проницаемость капилляров [1, 11]. В мировой литературе существуют исследования, свидетельствующие о том, что ГКС улучшают показатели крупа, снижают потребность в адреналине, сокращают продолжительность пребывания в отделении неотложной помощи и сокращают незапланированные медицинские визиты [12,13,14]. Среди доступных препаратов в зарубежной литературе для большинства детей с крупом преимущество отдается дексаметазону, поскольку он является наиболее изученным и недорогим, его легко вводить и он действует дольше, чем другие препараты. Распыляемый (ингаляционный) будесонид является альтернативным вариантом для детей с рвотой и отсутствием внутривенного доступа. Считается, что противовоспалительное действие ГКС уменьшает отек слизистой оболочки гортани у детей с крупом. Улучшение обычно проявляется в течение шести часов

возрасте от 6 месяцев до 6 лет, в основе которого лежит стенозирование верхних дыхательных путей, прежде всего за счет воспалительного отека подскладочного пространства гортани [1]. после введения, но редко бывает значительным [12, 15]. К настоящему времени накоплена доказательная база эффективности применения глюкокортикостероидов, как системных, так и ингаляционных, при остром обструктивном ларингите. Неоднозначность отношения к выбору пути введения ГКС при крупе у детей определило цель нашей работы.

На основании краткого обзора современной литературы представить доказательства эффективности и безопасности применения ингаляционных глюкокортикостероидов (иГКС) в неотложной терапии острого обструктивного ларингита (крупа) у детей.

В Российской Федерации приоритетное место в лечении острого обструктивного ларингита принадлежит ингаляционной терапии глюкокортикостероидами. Будесонид – иГКС, обладающий выраженной противовоспалительной активностью, с возможным однократным назначением в сутки. Исследования дозозависимого эффекта Будесонида при титровании дозы показывают быстрый клинический эффект и улучшение функциональных показателей на низких дозах препарата [1, 11, 16]. Еще в 1994 Klassen T. et al показали сопоставимую эффективность системных и иГКС в терапии крупа у детей от 3-х мес. до 5-ти лет [17].

В недавнем исследовании Huang T., Xia Z.-F., & Li W.-Q. (2021) при сравнении будесонида суспензии и дексаметана при лечении крупа у детей, ингаляционный будесонид показал очевидный лучший эффект с точки зрения снижения воспалительных факторов в сыворотке и улучшения качества жизни с наиболее высоким профилем безопасности [18].

Почему применение иГКС является приоритетным при лечении крупа у детей? Одним из базовых принципов ведения детей с острым стенозирующим ларингитом является создание для пациента условий физического и психоэмоционального покоя, что представляется маловероятным при парентеральном введении препарата [1, 19, 20]. У детей первых 6 лет жизни клинические проявления острого стенозирующего ларингита могут рецидивировать, что потребует повторного введения ГКС. Для того, чтобы уменьшить вероятность возникновения нежелательных явлений, связанных с приемом ГКС, предпочтительно использовать их ингаляционные формы. Даже короткие курсы системных ГКС сопровождаются развитием нежелательных явлений (рвота – 5,4%, изменения поведения – 4,7%, нарушения сна – 4,3%) [21].

Круп является довольно частой патологией у детей раннего возраста, поэтому важно дать родителям основы тактики поведения при данном заболевании и дать ответы на вопросы о том, как заподозрить болезнь, что делать до прихода врача и как проводить профилактику [22] (табл. 1).

Таблица 1

**Что должны знать родители о крупе?**

Вопрос	Информация
Как заподозрить круп?	Круп чаще начинается как обычная простуда: насморк заложенность носа. Через день или два появляются: сухой «лающий» кашель, сиплый голос, повышение температура тела до 38°C, шумное, пронзительное дыхание (так называемый «стридор»), особенно когда дети активны или расстроены. Симптомы обычно ухудшаются ночью. Необходимо сразу обратиться к врачу.
Настораживающие симптомы, требующие вызова СМП	Вызовите скорую помощь, если ребенок:начинает синеть или очень бледнеть, очень тяжело дышит, не может говорить или плакать, потому что ему не хватает воздуха, очень расстроен, кажется очень сонным или не отвечает вам.
Как лечится круп.	Основные методы лечения крупа направлены на то, чтобы ребенок получал достаточное количество кислорода. Для этого врач или медсестра могут дать:влажный воздух или кислород для дыхания, лекарства для уменьшения отека или открытия дыхательных путей, антибиотики врач скорее всего не предложит, потому что круп вызывают вирусы, а антибиотики на вирусы не действуют.

<p>Могу ли я что-нибудь сделать самостоятельно, чтобы помочь моему ребенку чувствовать себя лучше?</p>	<p>Да. Вы можете до приезда СМП при наличии компрессорного небулайзера и будесонида суспензии провести ингаляцию препарата в дозе 1 мг в 2 мл 0,9% физиологического раствора.</p>
<p>Могу ли я еще что-нибудь сделать самостоятельно, чтобы помочь моему ребенку чувствовать себя лучше?</p>	<p>Да. Вы можете:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• посидите с ребенком в ванной, пока в душе течет горячая вода, образуя пар. Вы также можете использовать увлажнитель воздуха в комнате, где спит ребенок.</li> <li>• Пусть ребенок подышит уличным воздухом, если на улице холодно. Это можно сделать, открыв окно на несколько минут. Заверните ребенка в одеяло, чтобы ему было тепло.</li> <li>• Лечите лихорадку лекарствами, отпускаемыми без рецепта, (ацетомифен, ибупрофен или фикс.комбинация этих препаратов). Никогда не давайте ацетилсалициловую кислотуребенку младше 18 лет.</li> <li>• Убедитесь, что ребенок получает достаточно жидкости. Если он старше 1 года, кормите его теплыми прозрачными жидкостями, чтобы успокоить горло.</li> <li>• Спите в одной комнате с ребенком, чтобы сразу узнать, если у него начнутся проблемы с дыханием;.</li> <li>• Держите ребенка подальше от людей, которые курят. Не позволяйте никому курить в вашем доме.</li> </ul>
<p>Как профилактировать повторные эпизоды крупа?</p>	<p>Чаще мыть свои руки и руки ребенка с мылом или использовать спиртосодержащие антисептики для рук;                  Держаться подальше от других взрослых и детей, которые больны.                  Убедиться, что ребенок получает все рекомендуемые вакцины, включая прививку от гриппа.                  Сделать прививку от гриппа и себе членам Вашей семьи.</p>

**Заключение.** В Российской Федерации приоритетное место в лечении острого обструктивного ларингита принадлежит ингаляционной терапии глюкокортикостероидами. Будесонид – ИГКС, обладающий выраженной противовоспалительной активностью, с возможным однократным назначением в сутки.

Важно информировать родителей о возможном развитии повторного эпизода крупа в течение года. Поэтому будесонид суспензию следует иметь в домашней аптечке, особенно в сезон повышенной заболеваемости ОРВИ.

**Список литературы/ Iqtiboslar / References**

1. Клинические рекомендации "Острый обструктивный ларингит [круп] и эпиглоттит" (утв. Минздравом России), ID: 352, электронный ресурс: [https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/352\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/352_2) (дата доступа: 19.09.2022)
2. Риканен Х., Ронккё Э., Ниеминен Т. и др. Респираторные вирусы при ларингеальном крупе у детей раннего возраста. Дж. Педиатр, 2008 г.; 152:661.
3. Пелтола В., Хейккинен Т., Руусканен О. Клинические течения крупа, вызванного вирусами гриппа и парагриппа. *Pediatr Infect Dis J* 2002; 21:76.
4. CounihanME, ShayDK, HolmanRC, et al.Связанные с вирусом парагриппа человека госпитализации среди детей в возрасте до пяти лет в Соединенных Штатах. *Pediatr Infect Dis J* 2001; 20:646.
5. Венн А.М.Р., Шмидт Дж.М., Муллан П.С. Детский круп с COVID-19. *Am J EmergMed* 2021; 43:287.e1.
6. Петерсон К., Патель Дж., Кольер С., Чан С.Б. SARS-CoV-2 и круп, не редкое совпадение. *Am J EmergMed* 2022; 57:175.
7. Мурата Ю., Томари К., Мацуока Т. Дети с крупом и инфекцией SARS-CoV-2 во время большой вспышки Омикрона. *Pediatr Infect Dis J* 2022; 41:e249.
8. Брюстер Р.С., Парсонс С., Лэрд-Гион Дж. и др.Круп, связанный с COVID-19, у детей. *Педиатрия* 2022;149.
9. <https://www.uptodate.com/contents/management-of-croup>
10. С.А. Царькова, Клинико-организационное руководство по оказанию неотложной помощи детям с острой обструкцией дыхательных путей (территориальный стандарт), 2003. –С. 13-20.
11. Круп у детей (острый обструктивный ларингит) МКБ-10 J 05.0: клинические рекомендации. Москва, Оригинал-макет, 2016.
12. Гейтс А, Гейтс М, Вандермеер Б и др. Глюкокортикоиды при крупе у детей. *Кокрановская система базы данных*, ред. 2018 г.; 8:CD001955.
13. Кайрис С.В., Олмстед Э.М., О'Коннор Г.Т. Стероидное лечение ларинготрахеита: метаанализ данных рандомизированных исследований. *Педиатрия* 1989; 83:683.
14. Бьорнсон С.Л., Классен Т.П., Уильямсон Дж. и др. Рандомизированное исследование однократной дозы перорального дексаметазона при легком крупе. *N Engl J Med* 2004; 351:1306.
15. Geelhoed GC, Macdonald WB. Пероральные и ингаляционные стероиды при крупе: рандомизированное плацебо-контролируемое исследование. *Pediatr Pulmonol* 1995; 20:355.
16. Н.А.Геппе, Н.Г. Колосова, О.В. Зайцева, И.Н. Захарова и соав. Диагностика и терапия бронхиальной астмы у детей дошкольного возраста. Место небулизированных ИГКС в терапии бронхиальной астмы и крупа. (Консенсус по результатам совета экспертов Педиатрического респираторного общества). *Российский вестник перинатологии и педиатрии*, 2018; 63:(3): 124-13



17. Huang, T., Xia, Z.-F., & Li, W.-Q. (2021). Efficacy of inhaled budesonide on serum inflammatory factors and quality of life among children with acute infectious laryngitis. *American Journal of Otolaryngology*, 42(1), 102820
18. Cherry J.D. Clinical practice: croup. *N Engl J Med* 2008; 358: 384-391.
19. Russell K.F., Liang Y., O’Gorman K., Johnson D.W., Klassen T.P. Glucocorticoids for croup. *Cochrane Database Syst Rev* 2011.
20. Aljebab F., Choonara I., Conroy S. Systematic review of the toxicity of shortcourse oral corticosteroids in children. *Arch Dis Child* 2016
21. <https://www.uptodate.com/contents/croup-clinical-features-evaluation-and-diagnosis> (дата доступа 10.10.2022).



**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 – III**

Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://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](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000

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