

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

***BULLETIN OF* FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №4 (24)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**
**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ**
**ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим
проблемам медицины
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов, Ф.К. Халлоқов*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

2026, № 4 (24)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

Телефон (99865) 223-00-50

Факс (99866) 223-00-50

Сайт <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya-klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

e-mail baymuradovravshan@gmail.com

О журнале

*Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28 мая 2022 года.*

*Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 370/6
от 8 мая 2025 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук.*

Отпечатано в типографии ООО
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,
ул. Ўзбекистон Мустақиллиги, 70/2.

Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврузов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

МНС ПЕРИНАТАЛ ШИКАСТЛАНИШИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА БРОНХИАЛ АСТМАНИ ДАВОЛАШ КОМПЛЕКС ДАСТУРИНИНГ ЎПКАНИНГ ВЕНТИЛЯЦИОН ФУНКЦИЯСИГА ТАЪСИРИНИ БАҲОЛАШ

Хайдарова С.Х.

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд ш., Ўзбекистон

Резюме. БА болалик даврида нафас олиш аъзоларининг кенг тарқалган касаллиги бўлиб, сурункали прогрессив кечиши билан тавсифланади. Шу муносабат билан касалликнинг оғир шакллари ривожланишини ва касалликнинг назоратсиз кечишини башират қилиш усулларини излаш устувор илмий йўналишга айланмоқда. БА патогенезига турли хил экзо- ва эндоген омилларнинг, шу жумладан экологик, генетик ва органик омилларнинг таъсир механизмлари фаол ўрганилмоқда, аммо касалликнинг шаклланиши ва кечишининг кўп жиҳатлари мунозарали бўлиб қолмоқда. БАни оғирлик даражаси бўйича таснифлаш маълум қийинчиликларни келтириб чиқаради, чунки касалликнинг оғирлиги, даволанишга жавоб ва бошқа омилларни, шу жумладан терапияга риоя қилишни ҳисобга олиш зарур. БАда оғирлашган перинатал анамнезни касалликнинг клиник кечишига оғирлаштирувчи таъсир кўрсатувчи муҳим омил сифатида кўриб чиқиш мумкин, бу эса болаларда БАни самарали даволаш режасини тузиш билан касалликнинг оғирлик даражаси ва кечишининг мумкин бўлган оғирлашиши хавфини баҳолашда перинатал анамнезни диққат билан кузатишни талаб қилади. Асоратланган перинатал анамнез ва БА билан оғриган беморлар, айниқса болалар, неврологик ҳолат ва нафас олиш функциялари ўртасидаги мураккаб боғлиқликларни кўрсатиши мумкин. МНТ ПШ унда узоқ муддатли ўзгаришларга олиб келади, бу эса ўз навбатида нафас йўллари назорати ва иммун жавобга таъсир кўрсатади. Бу БА тез-тез қўзғиши, пикфлоуметрия ва спирограмма кўрсаткичларининг ёмонлашиши, шунингдек, касалликни назорат қилишнинг паст даражаси билан намоён бўлиши мумкин.

Калим сўзлар: бронхиал астма, марказий нерв тизими, перинатал шикастланиш

EVALUATING THE IMPACT OF A COMPREHENSIVE TREATMENT PROGRAM FOR BRONCHIAL ASTHMA ON THE PULMONARY VENTILATION FUNCTION IN CHILDREN WITH PERINATAL CNS INJURY

Haydarova S.H.

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Resume. Bronchial asthma (BA) is a common respiratory disease in childhood, characterized by a chronic, progressive course. In this regard, the search for methods to predict the development of severe forms and the uncontrolled course of the disease is becoming a priority scientific direction. While the mechanisms of influence of various exogenous and endogenous factors - including environmental, genetic, and organic ones - on the pathogenesis of BA are being actively studied, many aspects of the disease's formation and progression remain debatable. Classifying BA by severity presents certain difficulties, as it is necessary to consider the severity of the disease, response to treatment, and other factors, including adherence to therapy. A complicated perinatal history in BA can be considered an important factor that aggravates the clinical course of the disease. This requires careful monitoring of the perinatal history when assessing the severity of the disease and the risk of its potential exacerbation, in order to develop an effective BA treatment plan for children. Patients with a complicated perinatal history and BA, especially children, may exhibit complex relationships between their neurological status and respiratory function. Perinatal CNS injury leads to long-term changes, which in turn affect airway control and the immune response. This can manifest as frequent BA exacerbations, a deterioration in peak flowmetry and spirogram indicators, and a low level of disease control.

Keywords: bronchial asthma, central nervous system, perinatal lesion

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС НА ВЕНТИЛЯЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕГКИХ

Хайдарова С.Х.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Резюме. БА является распространенным заболеванием органов дыхания в детском возрасте,

характеризующимся хроническим прогрессирующим течением. В связи с этим поиск методов прогнозирования развития тяжелых форм и неконтролируемого течения заболевания становится приоритетным научным направлением. Активно изучаются механизмы влияния различных экзо- и эндогенных факторов, в том числе экологических, генетических и органических, на патогенез БА, однако многие аспекты формирования и течения заболевания остаются дискуссионными. Классификация БА по степени тяжести представляет определенные трудности, так как необходимо учитывать тяжесть заболевания, ответ на лечение и другие факторы, включая приверженность терапии. Отягощенный перинатальный анамнез при БА можно рассматривать как важный фактор, усугубляющий клиническое течение заболевания. Это требует внимательного изучения перинатального анамнеза при оценке степени тяжести и риска возможного утяжеления течения заболевания для составления эффективного плана лечения БА у детей. Пациенты с осложненным перинатальным анамнезом и БА, особенно дети, могут демонстрировать сложные взаимосвязи между неврологическим статусом и дыхательной функцией. Перинатальное поражение ЦНС приводит к долгосрочным изменениям в ней, что, в свою очередь, влияет на регуляцию дыхательных путей и иммунный ответ. Это может проявляться частыми обострениями БА, ухудшением показателей пикфлоуметрии и спирограммы, а также низким уровнем контроля над заболеванием.

Ключевые слова: бронхиальная астма, центральная нервная система, перинатальное поражение

Доимий БА энгил (симптомлар 1-босқич терапияси ёрдамида яхши назорат қилинади), ўртача оғир (3-босқич дари воситалари билан назорат қилинади) ва оғир (4-5-босқич терапиясига мухтож ёки назорат қилинмайдиган кечиш) турларга бўлинади. Симптомлар персистенсияси мезони бўйича БА интермиттирувчи ва персисттирувчи кечишга таснифланади. Касалликларнинг босқичига қараб, қучайиш белгилари ажралиб туради, улар қучайиб боровчи нафас қисилиши, йўтал, хуштаксимон хириллашлар ёки қўқрак қафасида тикилиш эпизодлари билан намоён бўлади.

Биз ХКТ-10 бўйича "Бронхиал астма" (J45) ташхиси қўйилган 6 ёшдан 17 ёшгача бўлган (ўртача ёши - $11,4 \pm 2,9$ ёш) 221 нафар болани комплекс текширувдан ўтказдик. БА ташхиси ва касалликнинг оғирлик даражаси 2022-йилда қайта қўриб чиқилган БАни ташхислаш ва даволаш бўйича Глобал ташаббус дастури ("Global Initiative for Asthma (GINA) - 2022") томонидан тавсия этилган мезонларга мувофиқ ўрнатилди. Болаларни кузатиш Самарқанд шаҳридаги 1-сонли болалар шаҳар шифохонасида, Самарқанд, Навоий ва Сурхондарё вилоятлари кўп тармоқли болалар тиббиёт марказларининг болалар бўлимларида амалга оширилди.

Иш икки босқичда олиб борилди. Биринчи босқичда бронх-ўпка патологияси бўлган болаларнинг касаллик тарихлари ретроспектив таҳлил қилинди, иккинчи босқичда танланган болалар контингентини синчковлик билан клиник-лаборатор ва функционал ўрганиш амалга оширилди. Бронх-ўпка патологияси бўлган 6 ёшдан 17 ёшгача бўлган болаларнинг 298 та касаллик тарихини ретроспектив таҳлил қилиш асосида 221 нафар (74,2%) болада "Бронхиал астма" ташхиси қўйилганлиги аниқланди; улар орасида қизлар - 81 (36,6%) ва ўғил болалар - 140 (63,4%). Перинатал генезли марказий асаб тизими шикастланишининг узоқ муддатли оқибатларининг неврологик кўринишлари мавжудлигига қараб, БА билан касалланган болаларнинг тадқиқот гуруҳи иккита кичик гуруҳга бўлинган: асосий гуруҳга ёндош неврологик белгилари бўлган БА билан оғирган беморларнинг 51,6% ($n=114$) киритилган; таққослаш гуруҳи 48,4% ($n=107$) ни ташкил этди. Ёши ва жиниси бўйича таққосланадиган гуруҳларда рандомизацияланган тадқиқот ўтказилди. Ташқи нафас функцияси (ТНФ) "Spirolan plus" компьютер спирографида баҳоланди. Яширин бронхоспазмни аниқлаш учун бронхолитик билан провокацион синама ўтказилди, жимоний зўриқишга чидамлиликини баҳолаш учун жимоний зўриқиш синамасидан фойдаланилди. "OMRON PFM20" (Буюк Британия) индивидуал пикфлоуметри ёрдамида ўтказилган кунлик пикфлоуметрия натижалари кундалик дафтарда қайд этиб борилди.

Ташқи нафас функцияси (ТНФ) ни ўрганиш БА ремиссияси даврида ва касаллик динамикасида амалга оширилган даволаш дастурининг самарадорлигини баҳолаш учун ўтказилди.

Баҳоланди:

- ўпканинг тириклик сигими (ЎТС) - одам максимал чуқур нафас чиқаргандан сўнг нафас олишга қодир бўлган ҳавонинг максимал ҳажмини кўрсатади;
- ўпканинг жадаллаштирилган тириклик сигими (ЎЖТС) - максимал чуқур нафас олгандан сўнг одам жадал нафас чиқариши мумкин бўлган ҳавонинг максимал ҳажмини кўрсатади ва ўпка тўқимасининг эластиклик даражасини кўрсатади;
- ЖНХ₁₋₁ - бронхларда ҳавонинг бир сонияда ўтиш тезлигини акс эттиради;

• НЮТнч ва НЮТно - нафас чиқариш ва нафас олишнинг энг юқори ҳажмий тезлиги, нафас олиш ва нафас чиқаришда тезликнинг максимал қийматларини кўрсатади;

• ЖНХ₁₋₅/ЎТС ёки Тиффно индекси - обструктив бузилишларни рестриктив бузилишлардан фарқлаш имконини беради;

• жадаллаштирилган нафас чиқариш эгри чизиги кўрсаткичлари бўйича бронхиал ўтказувчанликнинг бузилиш даражасини аниқлаш учун нафас чиқариш пайтидаги 25%, 50% ва 75% ЎЖТС (МХТ 25, 50, 75, МХТ 25-75) оний ҳажмий тезликлари баҳоланди. МХС 25, 50, 75 - ЎТСнинг 25%, 50% ва 75% даражасидаги максимал ҳажмий тезликлар, турли калибрдаги бронхлар бўйлаб ҳаво ўтиш тезлигининг кўрсаткичлари;

• МХТ 25-75 - жадал нафас чиқаришнинг ўртача ҳажмий тезлиги, жадал нафас чиқариш пайтида ҳаво оқимининг ўртача тезлиги, нафас чиқариш ЎТСнинг 25% дан 75% гача бўлган даврда ўлчанган. Бу маълумотлар бронхиолалар ва майда бронхлар ҳолатини кўрсатади.

Ташқи нафас тизимининг захира имкониятларини ва организмнинг гипоксия ва гипоксемияга мослашишини баҳолаш мақсадида нафасни ушлаб туриш синамалари ўтказилди.

1. Нафас олишда нафасни ихтиёрий ушлаб туриш билан Штанге синамаси ўтирган ҳолатда ўтказилди.

2. Нафас чиқаришда ихтиёрий нафасни ушлаб туриш билан Генчи синамаси Штанге синамаси каби ўтказилади, аммо нафасни ушлаб туриш вақти тўлиқ нафас чиқарилгандан кейин белгиланади.

3. Розентал синамаси нафас олиш мушакларининг функционал имкониятларини, шу жумладан, унинг чидамлилигини баҳолашга имкон берди.

Болаларда марказий асаб тизими патологияси билан боғлиқ бронхиал астмада реабилитация чора-тадбирлари тактикаси

МАТ патологияси билан боғлиқ БА билан оғриган болаларни даволаш дастури аллергик ва перинатал анамнезнинг аниқланган хусусиятларига, БА кечишининг оғирлигига ва назоратига, неврологик ҳолат маълумотларига, лаборатория ва функционал тадқиқот усуллари олинган параметрларига мувофиқ тузилган. БА билан оғриган болаларни олиб бориш бўйича стандарт тавсияларга мувофиқ олиб борилган даволашнинг юқори ижобий натижаларига эришиш учун беморлар томонидан гипоаллерген парҳезга риоя қилиш, элиминация ва аҳамиятли аллергенлар билан алоқани камайтиришга алоҳида эътибор қаратилди. Нафас олиш мушакларини машқ қилдириш мақсадида даволовчи гимнастика, тезлаштирилган нафас чиқариш, кўкрак қасасининг вибрацион массажи, даволовчи жимоний машқлар касаллик ремиссияси даврида буюрилди. Кейинчалик, ёндош неврологик белгиларнинг мавжудлигига қараб, беморларнинг асосий гуруҳи ремиссия давридаги терапия ёндашувларидан фарқ қиладиган иккита кичик гуруҳга бўлинган.

В кичик гуруҳидаги беморларга (n=58) фақат БАнинг стандарт базис терапияси буюрилди; А кичик гуруҳида (n=56) болалар кўшимча равишда ноотроп ва вазоактив препарат (0,1% ли бурун томчилари Семакс®, ишлаб чиқарувчи ЗАО ПЕПТОГЕН Инновацион илмий-ишлаб чиқариш маркази, Россия) билан комплекс даволаш курсини физиотерапевтик даволаш усуллари билан биргаликда, транс лингвал нейростимуляция (НейроПорт аппарати) ва скандинавча юриш (СХ) кўринишида ўтказдилар.

Метионил-глутамил-гитидил-фенилаланин-пролил-глицил-пролин (Семакс®, 0,1% бурун томчилари) адренкортикотроп гормон фрагментининг аналогы бўлиб, бошқарувчи пептидлар синфига киради ва яққол ноотроп, психостимуловчи, нейропротектор, антиоксидант ва антигипоксик таъсир кўрсатади, гормонал фаолликдан бутунлай холи ва L-шаклининг барча аминокислоталарини ўз ичига олади. Препарат ҳар куни ҳар бир бурун йўлига 1 томчидан кунига 2 марта - эрталаб ва кундузи (5-6 мкг/кг) томизилди.

Даволаш курси 2 ой, 30 кунлик иккита курсга бўлинган, 3 ойлик танаффус билан.

Статистик ишлов бериш Microsoft Office Excel-2019 дастури ёрдамида вариацион статистика усуллари ёрдамида моментлар усули бўйича ўртача қиймат ва ўртача арифметик хато ($M \pm m$), тўғри тақсимланишда миқдорий белгиларнинг ўртача квадратик оғиши (SD) ва нотўғри тақсимланишда миқдорий белгиларнинг медианаси (Me) аниқланди. 1 ой давомида ўтказилган даволашдан сўнг, А кичик гуруҳидаги беморларнинг 83,9 фоизиди асосий касалликни назорат қилишга эришилди, В кичик гуруҳида - 1,3 барабар кам (65,5%). А кичик гуруҳидаги болаларнинг 16,1% ва В кичик гуруҳидаги болаларнинг 34,5% да ўртача оғирликдаги персисттирувчи БА билан базис яллиғланишга қарши терапия ҳажми кунига 375 мкг гача ошди, А кичик гуруҳида $2,78 \pm 0,31$ ҳафта ичида, В кичик гуруҳида - $3,81 \pm 0,21$ ҳафтадан кейин касаллик устидан назоратга эришилди. Бронхиал астма билан оғриган беморларни даволаш ва касалликни ремиссия босқичига ўтказиш самарадорлигининг кўрсаткичлари бронхоспазм хуружларининг йўқлиги ёки ҳафтасига 2 тадан кўп бўлмаган кунлик аломотлар

эпизодлари, тўлақонли ҳаёт сифати ва ТНФ нинг тикланиши, глюкокортикостероид терапияси ва бошқа даволаш усулларига бўлган эҳтиёжнинг пасайиши билан намоён бўлган бронхиал астма устидан тўлиқ ёки қисман назоратга эришиш эди.

БА билан оғриган болаларда спирометрик маълумотларни таҳлил қилганда, касалхонага ётқизилганда қайд этилган ЖНХ₁~ (49,15±2,89%), НЧМТ (62,25±3,22%) ва ЎЖТС (59,22±2,75%) (p<0,005), шунингдек, ЎТС (66,30±2,70%), Тиффно индекси (62,83±3,81%) (p<0,05) асосий гуруҳда назорат кўрсаткичларига нисбатан сезиларли даражада паст бўлган. Даволашдан сўнг А кичик гуруҳида ТНФ кўрсаткичларида сезиларли ижобий динамика аниқланди (p<0,005), бу мос равишда қуйидаги параметрлар билан ифодаланди (1-жадвал).

1-жадвал

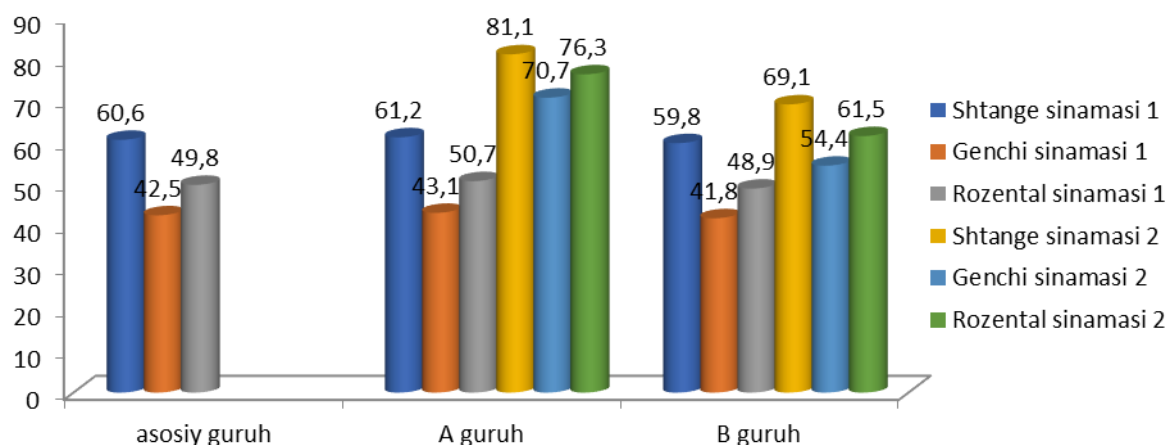
Даволашдан олдин ва 6 ойдан кейин ТНФ кўрсаткичларининг ўртача қийматлари (%)

Кўрсаткичлар	Соғлом болалар (n=47)	Асосий гуруҳ (n=114)	Даволанишдан кейин	
			А кичик гуруҳи (n=56)	В кичик гуруҳи (n=58)
ЖНХ ₁	91,20±3,17	49,15±2,89	79,18±1,23**	66,47±1,76*
ЎТС	98,33±0,91	66,30±2,70	86,2±1,77**	71,25±1,67*
ЖНХ ₁ /ЎТС (Тиффно индекси)	93,85±1,25	62,83±3,81	83,83±3,81**	71,14±1,89*
ЎЖТС	91,58±2,87	59,22±2,75	82,11±1,65**	70,09±1,23*
НЧМТ	95,01±2,20	62,25±3,22	84,11±1,89**	72,05±1,59*
МХТ ₂₅	82,67±3,25	54,45±3,89	66,78±4,26*	62,89±2,27*
МХТ ₅₀	86,92±1,01	43,95±4,71	64,29±3,99*	61,11±2,26*
МХТ ₇₅	77,33±3,31	61,70±3,67	69,18±2,23*	60,67±2,22*

Изоҳ: * - асосий гуруҳ, А ва В кичик гуруҳларга нисбатан Студент t-мезони бўйича сезиларли фарк (* - p<0,05; ** - p<0,005);

Беморларни стационарга қабул қилишда ва комплекс терапия динамикасида А кичик гуруҳида Штанге, Генчи ва Розентал диагностик тестларидан фойдаланган ҳолда нафас олиш тизимининг функционал ҳолати кўрсаткичларини баҳолаш назорат гуруҳи параметрларига нисбатан % нисбатда ифодаланган захира имкониятларининг сезиларли ўсишини аниқлашга имкон берди. Такдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики (1-расм), дастлаб асосий гуруҳдаги беморлар соғлом тендошларидан сезиларли даражада фарқ қилган (p≤0,001).

Шундай қилиб, асосий гуруҳ болаларида қабул пайтида Штанге синамасини баҳолаш натижалари 18,9±3,5 сонияни ташкил этди, соғлом болаларда эса ўртача 31,19±1,12 сонияни ташкил этди. Нафас чиқаришда нафасни ушлаб туриш кўрсаткичи (Генчи синамаси) асосий гуруҳ болаларида қабул пайтида 16,8±2,5 сонияни, назорат гуруҳида эса 39,9±1,5 сонияни ташкил этди. Нафас олиш мушакларининг чидамлилиги (Розентал синамаси) назорат гуруҳида ўртача 299,8±11,2 мл ни ташкил этди, асосий гуруҳ болаларида эса - 109,7±12,3 мл, бу меъёрдан деярли 3 баравар кам.



1-расм. Кузатув гуруҳларида даволашдан олдин ва кейин диагностик тестларни қиёсий баҳолаш

Комплекс даволашдан 6 ой ўтгач, БА клиник ремиссияси бошланганда А кичик гуруҳида Штанге синамаси натижалари ўртача $25,3 \pm 2,4$ сонияга, Генче синамаси кўрсаткичи $28,3 \pm 1,8$ сонияга ўзгарди, Розентал синамаси натижалари эса $220,1 \pm 14,5$ мл ни ташкил этган бўлса, В кичик гуруҳидаги беморларда бу кўрсаткичлар $21,6 \pm 2,1$ сонияга; $20,5 \pm 1,6$ сонияга ўзгарди ва $195,1 \pm 13,8$ мл ни ташкил этди.

Шундай қилиб, Даволаш-ташхислаш ва ташкилий чора-тадбирлар жараёнида БА билан оғриган беморларни комплекс олиб бориш алгоритмига риоя қилинди. МНТ ПШнинг узоқ муддатли оқибатлари бўлган болаларда БА терапиясига комплекс ёндашувнинг таклиф этилган дастури цикл жараёни ифодалайди ва неврологик симптомокомплексларни ҳисобга олган ҳолда беморнинг ҳолатини баҳолашни, терапияни (дорі-дармонли ва дорі-дармонсиз) тузатишни, шунингдек, узоқ муддатли ремиссияни назорат қилишга эришиш ва касалликнинг кучайишини олдини олишга қаратилган даволашга жавобни тартибга солишни ўз ичига олади.

Адабиётлар рўйхати:

1. Абдусаломова М.А., Турғунбоев А.У. Нейровизуализация -- болаларда орқа миёя бўйин қисми туғруқ жароҳатларининг реабилитацияси баҳолаш ва прогноزلанинг замонавий усули сифатида // Доктор ахборотномаси -2022.- № 3 (106), - 11-14 б.
2. Авдеев С.Н., Айсанов З.Р., Архипов В.В. и др. Принципы выбора терапии для больных легкой бронхиальной астмой. Согласованные рекомендации РААКИ и РРО // Практическая пульмонология. -- 2017. -- №1. -- С. 44-54.
3. Агарков Н.М., Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Пошибайлова А.В., Негребецкий В.А. Заболеваемость бронхиальной астмой детей как актуальная медико-социальная проблема // Здравоохранение РФ. 2019. №6. URL:
4. Акимова Е. А. Нейробиологические основы возникновения восстановительного лечения перинатального поражения центральной нервной системы у детей / [авт. коллектив: Акимова Е. А. и др.]. - Москва: ПедиатрЪ, 2016 г. - 183 с.
5. Балаболкин И. И. Клинико-патогенетические и терапевтические аспекты коморбидности атопического дерматита и бронхиальной астмы у детей: (обзор) / И. И. Балаболкин, В. А. Булгакова. Т. И. Елисеева // Педиатрия. - 2021. - Т. 100, № 3, май/июнь. - С. 146-151.
6. Бахтадзе С. З., Геладзе Н. М., Хачатуридзе Н. С., Хаташвили И. Т. Нефармакологические методы лечения нарушения внимания у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности / С. З. Бахтадзе [и др.] // Неврологический журнал. - 2012. - Т. 17, № 5. - С. 38-42.
7. Белова О. С. Психофизиологические и клинические аспекты формирования отклонений в психо-речевом развитии у детей раннего возраста с перинатальным поражением центральной нервной системы: дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. - Архангельск, 2007 г. - 156 с.
8. Вайншенкер Ю. И. Маломанифестные инфекции у детей и подростков с последствиями перинатального поражения нервной системы / Ю. И. Вайншенкер [и др.] // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 2012.- № 5. - С. 77-80.
9. Власюк В. В., Божченко А. П., Толмачев И. А. Трудности диагностики родовой травмы, интранатальной гипоксии и компрессионной гипоксии //Актуальные вопросы судебной медицины и права. -- 2020. -- С. 130-136.
10. Денисова В. Д. Клинико-функциональные особенности нарушений микроциркуляторно-тканевых систем у детей с бронхиальной астмой: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - Москва, - 2020 г. - 23 с.
11. Езерницкая А. И. Коррекция гипопитарно-эпифизарных взаимоотношений и ростовых факторов у больных бронхиальной астмой, находящихся на этапе санаторно-курортной реабилитации : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. -- Симферополь. - 2019 г. - 22 с.
12. Куршина М. В. Отдаленные последствия перинатальной патологии: структура инвалидности и качество жизни детей-инвалидов : дис. К.м.н. -- Самарский гос. медицинский университет. - 2018. --158 с.
13. Лаврик С. Ю. Последствия перинатальных гипоксических поражений центральной нервной системы у детей дошкольного и раннего школьного возраста : диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. -- Иркутск. - 2015 г. - 272 с.
14. Мавлянова З.Ф., Хайдарова С.Х., Ашуров Р.Ф., Рустамова Н.Б. Особенности течения бронхиальной астмы у детей с отягощенным перинатальным анамнезом / Биология ва тиббиёт муаммолари. -- 2024. - №1 (151). -- С. 154-159.
15. Lee et al., Efficacy and safety of once-daily single-inhaler triple therapy (FF/UMEC/VI) versus FF/VI in patients with inadequately controlled asthma (CAPTAIN): a double-blind, random-

ised, phase 3A trial // *Lancet Respir Med.* -- 2020. Sep 9;S2213-2600(20)30389-1

16. Liberman DB, Tam JS, Cushing AM, Espinoza J. A novel tool using social and environmental determinants of health to assess pediatric asthma in the emergency department // *JACEP Open.* - 2024; 5:e13240.

17. Miguel J. Lanz, Ileen Gilbert, Stanley J. Szeffler, Kevin R. Murphy. Can early intervention in pediatric asthma improve long-term outcomes? A

question that needs an answer // *Pediatr Pulmonol.* -- 2019. Mar; 54(3): 348--357.

18. Xudoykulova F. V., Kalonov S. S. Jigarning noalkogol yog 'xastaligida safro kislotalarining jigar va ichakda aylanishini baholash // *Science and Education.* -- 2024. -- T. 5. -- №. 3. -- C. 125-133.

19. Vafokulovna K. F. Nonalcoholic fatty liver disease, modern considerations // *Conference Zone.* - 2022. -- C. 592-599.

Иқтибос учун: Хайдарова С.Х. МНС перинатал шикастланиши бўлган болаларда бронхиал астмани даволаш комплекс дастурининг ўпканинг вентилиацион функциясига таъсирини баҳолаш // *Фундаментал ва клиник тиббиёт ахборотномаси.* – 2026. – № 4(24). – Б. 357–362. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.19535611>