

**Кудратова Зебо Эркиновна**

PhD, ассистент кафедры клинической лабораторной диагностики Самаркандского Государственного медицинского университета Самарканд, Узбекистан

Мухамадиева Лола Атамуратовна

Д.м.н., доцент, заведующая кафедрой 3-Педиатрии и медицинской генетики Самаркандского Государственного медицинского университета Самарканд, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ С АТИПИЧНОЙ МИКРОФЛОРОЙ**For citation:** Kudratova Z.E., Muhamadiyeva L.A. CLINICAL FEATURES OF ACUTE OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN CHILDREN WITH ATYPICAL MICROFLORA. Journal of cardiorespiratory research. 2023, vol 4, issue 2, pp.56-58 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.8115085>**АННОТАЦИЯ**

На сегодняшний день в патологии детского возраста заболевания органов дыхания занимает первое место, оказывая значительное влияние на младенческую смертность и формированию стойких отклонений в состоянии здоровья детей, среди которых значительная роль отводится острым обструктивным бронхитам частота которых зависит от периода года, места проживания, эпидемиологической обстановки. Заболевания, вызванные атипичной микрофлорой в частности Ch. Pneumoniae и M. Pneumoniae проявляются атипичным течением клинической симптоматики, с незначительно выраженными клиническими, аускультативными, рентгенологическими и лабораторными показателями. У обследованных нами детей течение заболевания чаще было среднетяжелым 57,8%, и в меньшей степени тяжелым 42,2%. Одышка у всех пациентов имело место преимущественно экспираторного характера и сопровождалась дыхательной недостаточностью различной степени тяжести преимущественно дыхательной недостаточностью ДН I степени, которая регистрировалась у 57 (63,3%) детей, по сравнению со II - 6,7% и III степенью-1,1%.

Ключевые слова: обструктивный бронхит, Chlamydia pneumonia, Mycoplasma pneumonia, атипичная микрофлора.**Kudratova Zebo Erkinovna**

PhD, assistant of clinical laboratory diagnostics department of Samarkand State Medical University Samarkand, Uzbekistan

Mukhamadiyeva Lola Atamuradovna

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of Department 3-Pediatrics and Medical Genetics of Samarkand State Medical University Samarkand, Uzbekistan

CLINICAL FEATURES OF ACUTE OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN CHILDREN WITH ATYPICAL MICROFLORA**ANNOTATION**

Nowadays, in the pathology of childhood, respiratory diseases rank first, having a significant impact on infant mortality and the formation of persistent deviations in the health status of children, among which a significant role is given to acute obstructive bronchitis, the frequency of which depends on the period of the year, place of residence, epidemiological situation. Diseases caused by atypical microflora in particular Ch. Pneumoniae and M. Pneumoniae are manifested by an atypical course of clinical symptoms, with slightly pronounced clinical, auscultatory, radiological and laboratory parameters. In the children examined by us, the course of the disease was more often moderate (57.8%), and to a lesser extent severe (42.2%). Dyspnea in all patients was predominantly of an expiratory nature and was accompanied by respiratory failure of varying severity, mainly respiratory failure of DN of the I degree, which was recorded in 57 (63.3%) children, compared with II - 6.7% and III degree-1, 1%.

Keywords: obstructive bronchitis, Chlamydia pneumonia, Mycoplasma pneumonia, atypical microflora.**Qudratova Zebo Erkinovna**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Klinik laboratoriya diagnostikasi kafedrasida assistenti, PhD
Samarqand, Uzbekiston

Muhamadiyeva Lola Atamuradovna

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
3-Pediatriya va tibbiy geetika kafedrasida mudiri, t.f.d., dotsent
Samarqand, Uzbekiston

БОЛАЛАРДА АТИПИК МИКРОФЛОРА ЭТИОЛОГИЯЛИ О'ТКИР ОБСТРУКТИВ БРОНХИТЛАРНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

ANNOTATSIYA

Bugungi kunda bolalar patologiyasida chaqaloqlar o'limiga va bolalarning sog'lig'ida turg'un o'zgarishlarning shakllanishiga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan nafas yo'llari kasalliklari birinchi o'rinda turadi, ular orasida o'tkir obstruktiv bronxit, chastotasi yil davriga, yashash joyiga, epidemiologik vaziyatga bog'liqligi katta rol o'ynaydi. Atipik mikroflora, xususan Ch. Pneumoniae va M. Pneumoniae tomonidan chaqirilgan kasalliklarda klinik belgilarining atipik kechishi aniq namoyon bo'lmagan auskultativ, rentgenologik va laboratoriya ko'rsatkichlari bilan kechish xususiyatiga ega. Biz tekshirgan bolalarda kasallikning kechishi ko'pincha o'rta (57,8%) va kamroq darajada og'ir (42,2%) bo'lgan. Barcha bemorlarda nafas qisilishi asosan ekspirator xarakterga ega bo'lib, turli darajadagi nafas yetishmovchiligi, asosan birinchi darajali nafas yetishmovchiligi bilan kechgan, bu 57 (63,3%) bolalarda II - 6,7% va 1, 1% bolalarda III darajasi qayd etilgan.

Kalit so'zlar: obstruktiv bronxit, Chlamydia pneumonia, Mycoplasma pneumonia, atipik mikroflora.

В последние 15-20 лет в развитии как острых, так и рецидивирующих форм бронхитов у детей раннего и школьного возраста наряду с вирусами обструктивный синдром могут вызывать и внутриклеточные атипичные патогены - Chlamydia pneumonia и Mycoplasma pneumonia, которые обладают особым своеобразным циклом жизнедеятельности, который обуславливает длительную персистенцию и склонность к рецидивированию процесса [1,2,4,6,7].

Цель исследования заключается в выявлении клинико-иммунологических особенностей течения обструктивного бронхита с атипичной микрофлорой на современном этапе для усовершенствования результатов диагностики с последующей разработкой дифференцированных методов лечения.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в Специализированной детской хирургической клинике Самаркандского Государственного Медицинского университета и в отделении педиатрии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в периоде 2020-2022 гг. Под наблюдением находилось 90 больных детей в возрасте от 5 мес. до 6 лет с диагнозом острый обструктивный бронхит.

В постановке диагноза заболевания учитывали анамнестические, клинические, лабораторные, инструментальные данные обследования больных. Для оценки иммунного статуса детей с острым обструктивным бронхитом применяли иммунологические методы исследования.

В зависимости от проведенной терапии дети были разделены на 4 группы.

I группа детей получала стандартную терапию. II группа детей получала стандартную терапию и в качестве антибиотикотерапии был применён Кларитромицин. Кларитромицин назначали 2 раза в сутки внутрь из расчета детям 15 мг/кг курс лечения 7 дней. III группа получала стандартную терапию и иммуномодулятор «Галавит». Галавит применялся в виде инъекций, свеч и таблеток в зависимости от возраста больных. IV группа получала стандартную терапию Кларитромицином и иммуномодулятор Галавит.

Результаты исследования. У обследованных нами детей (90), диагностировали среднетяжелое течение ООБ в 57,8% и тяжелое течение 42,2%. Инфицирование только Ch. Pneumoniae было характерным для среднетяжелого течения ООБ в 65,6% случаев по сравнению с тяжелым течением болезни, при которой инфицированность этим внутриклеточным возбудителем встречалась почти в 2 раза реже ($p < 0,05$). Более того, у детей только инфицированных M. Pneumoniae отмечалось среднетяжелое течение было отмечено ООБ у 68,4 %

детей. Наличие тяжелой формы течения ООБ у инфицированных M. Pneumoniae наблюдалось у 23,7% детей, в 3 раза реже чем у инфицированных Ch. Pneumoniae. Стоит упомянуть, что среди инфицированных Ch. Pneumoniae детей

заболевших ООБ чаще встречались мальчики по отношению к девочкам.

Тяжесть состояния у детей с ООБ при поступлении в стационар была обусловлена симптомами интоксикации и дыхательной недостаточностью.

Интоксикационный синдром проявлялся вялостью у 16 (17,8%) больных, снижением аппетита у 52 (57,8%) больных, беспокойством у 63 (70,0%) больных и повышением температуры тела у всех больных. Длительность интоксикационного синдрома был более длительным в I группе в основном у детей грудного возраста.

ДН I степени тяжести была зарегистрирована у 57 (63,3%) детей, больше в раннем 63,2% в возрасте, от 3 до 6 лет в 36,8% случаев.

ДН II степени наблюдалась у 6 (6,7%), у большинства детей 4 (66,7%) в возрасте от 5 мес. до 1 года.

ДН III степени регистрировалась у 1 (1,11%) пациента в возрасте до 3 лет, у которого диагностировали ППНС в форме детского церебрального паралича и потребовалось лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии. Клиническими проявлениями ДН III степени у этого больного явились адинамия, периодически сменяющаяся возбуждением, периоды апноэ, тотальная бледность кожных покровов и тахикардия [3,4,5]. Одышка усиливалась при кормлении, а также отмечалось втяжение податливых мест грудной клетки при дыхании. Клинические признаки ООБ с атипичной микрофлорой появлялись через 4-5 дней после начала болезни. У всех наблюдаемых больных при поступлении было отмечено повышение температуры тела. У 58,9% температура была в пределах 37°C , температура тела свыше 38°C была отмечена у 35,6% больных, свыше 39°C наблюдалась у 5,6% больных ($p < 0,05$).

В среднем повышение температуры тела сохранялось в первой группе 4,0

$\pm 0,02$ дней, во второй группе $1,95 \pm 0,17$ дней, в третьей группе $2,92 \pm 0,15$ дней и в четвертой группе $1,80 \pm 0,15$ дней.

Респираторный синдром в виде гиперемии слизистой оболочки зева [1,2,3], насморка, чихания, затрудненного дыхания [4,8,9,10] был отмечен у всех детей и продолжалось от 5 до 7 дней. Кашель у детей с ООБ атипичной микрофлорой имел место у 70 % случаев и появился в первые 2 суток болезни и длился в первой группе в среднем $12,38 \pm 0,39$ дней, во второй группе в среднем $7,35 \pm 0,37$, в третьей группе кашель наблюдался в среднем $10,38 \pm 0,49$ дней и в четвертой группе в среднем $6,75 \pm 0,24$ дней. Кашель в первые 5 суток от начала болезни был частым и сухим, особенно в возрасте от 1 года до 3 лет, сильно беспокоил детей. Применение муколитиков приводило к урежению кашля, но к повышению выделения количества мокроты. У 3 детей применение амброксола и АЦЦ привело к обильному выделению мокроты и усилению обструкции в связи, с чем родители обратились за госпитализацией.

Следует отметить, длительное сохранение редкого кашля у 81,1% детей после выписки из стационара. У 73,1% детей были выявлены симптомы общей интоксикации, нарушения сна, особенно у детей до 1 года. Снижение аппетита у наблюдаемых нами больных более 5 суток, было выявлено у детей от 1 года до 3 лет.

Экспираторная одышка регистрировалась у 51% детей, преимущественно в возрасте от 2 до 4 лет. У 20,1% больных детей развивалась одышка смешанного характера чаще в возрасте от 5 мес. до 1 года.

Аускультативная картина в легких у больных при поступлении в стационар была различной, в то же время у всех детей выслушивалось жесткое дыхание. У 40 больных на фоне жесткого дыхания выслушивались рассеянные сухие свистящие хрипы, что составило 44,4%. Сочетание сухих и влажных хрипов составило 34,4% (31), обилие влажных разнокалиберных хрипов определялось у 15,6% (14) детей.

Длительность ООБ у детей составило от 7 до 10 дней. Нами были проанализированы и лабораторные исследования. Так при исследовании общего анализа крови у обследованных нами детей во всех группах выявил сопутствующий диагноз анемии смешанного генеза. Анемия средней тяжести (90-70 г/л) была зафиксирована во всех группах и составило в среднем более 90%. Анемия легкой степени (110-90 г/л) отмечалось 5% случаев, а тяжелой степени в 3% случаях. Причины анемии смешанного генеза из анамнестических данных были выявлены, такие факторы как, недоношенность, раннее искусственное вскармливание, несоответствие питания и возраста, а также острые респираторные инфекции особенно до 1 года, также, глистные инвазии у детей от 3 до 6 лет.

При общем анализе крови в I и IV группе количество лейкоцитов в среднем составило $9,75 \pm 0,67 \times 10^9/\text{л}$, а количество СОЭ $13,82 \pm 0,55 \times 10^9/\text{л}$, в IV группе $14,20 \pm 0,74 \times 10^9/\text{л}$. То есть отмечается незначительное повышение СОЭ и лейкоцитоз. Аналогичные изменения было отмечены во II и III группы и соответственно количество лейкоцитов составило $10,13 \pm 0,21 \times 10^9/\text{л}$; $10,55 \pm 0,61 \times 10^9/\text{л}$. В этих группах СОЭ

составило $14,39 \pm 0,48 \times 10^9/\text{л}$; $14,82 \pm 0,59 \times 10^9/\text{л}$. Эти показатели говорят нам о том, что при ООБ атипичной микрофлорой отмечается лейкоцитоз, но при этом СОЭ увеличивается незначительно. У обследованных нами детей превалировало незначительное увеличение СОЭ. Следует отметить, что у детей от 4 до 6 лет во всех группах отмечалась эозинофилия, аллергическая настроенность, по-видимому, была связана с глистной инвазией, которая была выявлена у 75% детей, при общем анализе кала. У всех обследованных нами детей при общем анализе мочи патологии не было выявлено кроме одного ребенка, у которого была выявлена протеинурия до 0,066 г/л, после лечения обструктивного бронхита через 10 дней анализ мочи нормализовался.

При анализе рентгенограмм грудной клетки отмечалось диффузное усиление легочного рисунка с обеих сторон, мелкие линейные и петлистые тени были выявлены у 70% (63) детей. У 12,2% (11) детей регистрировались признаки вздутия легочной ткани. У 3,33% больных были обнаружены рентгенологические признаки увеличения тимуса I степени. ЭКГ исследование было проведено у 83 (92,2%) больных. Были зарегистрированы изменения в виде синусовой тахикардии 18 (21,7%), гипертрофии левого желудочка у 12 (14,5%) детей ($p < 0,05$).

УЗИ брюшной полости и почек было проведено у 27 (30%) больных. Среди которых у 1 (3,7%) больного было выявлено зеркальное расположение внутренних органов, в том числе и сердца. Других изменений не было выявлено.

У 3 (3,33%) больных была проведена диагностическая бронхоскопия с целью исключения инородного тела нижних дыхательных путей и диагностирован катаральный эндобронхит.

Выводы. У обследованных нами детей течение заболевания чаще было среднетяжелым 57,8%, и в меньшей степени тяжелым 42,2%. Одышка у всех пациентов имело место преимущественно экспираторного характера и сопровождалась дыхательной недостаточностью различной степени тяжести преимущественно дыхательной недостаточностью ДН I степени, которая регистрировалась у 57 (63,3%) детей, по сравнению со II - 6,7% и III степенью-1,1%.

References / Список литературы /Qriboslar:

1. Ачилова Д. Н. Клинико-иммунологические аспекты и оптимизация методов диагностики обструктивного бронхита у детей, - 2019. С.17-41
2. Савенкова М.С., Савенков М.П., Самитова Э.Р., Буллих А.В., Журавлёва И.А., Якубов Д.В., Кузнецова Е. С. Микоплазменная инфекция: клинические формы, особенности течения, ошибки, диагностики //Вопросы современной педиатрии. -2013. - Том 12, № 6. - С. 108-114.
3. Сенаторова А.С., Логвинова О.Л. с соавт. Резистентная к макролидам микоплазменная инфекция у детей: концепция формирования, современные принципы диагностики и лечения//Здоровье ребенка. -2018.- Том13.-№3. С.294-301.
4. Набиева Ф. С., Кудратова З. Э., Кувандиков Г. Б. Роль *Saccharomyces cerevisiae* в развитии современной биотехнологии //Достижения науки и образования. – 2021. – №. 5 (77). – С. 57-60.
5. Kudratova Z. E. et al. The Role of Cytokine Regulation in Obstructive Syndrome of Atypical Genesis in Children //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 6279–6291-6279–6291.
6. Kudratova Z.E. et al. Bronchial obstruction syndrome in young children with respiratory infections of different etiology: features of clinical manifestations and immune response //Проблемы науки. – 2021. – №. 1 (60). – С. 60-62.
7. Kudratova Z. E. et al. Chlamydial Infections (Intracellular Infection) in the Development of Bronchitis //TJE-Tematics journal of Education ISSN. – 2021. – С. 2249-9822.
8. Kudratova Z.E., Rustamova G.R., Hamedova F.S. F. Laboratory markers of perinatal hypoxic damage to the central nervous system in newborns //Наука, техника и образование. – 2020. – №. 10 (74). – С. 102-104.
9. Камалов Т. М. и др. Клинико-гормональная характеристика первичного гипогонадизма у мальчиков дошкольного возраста //Медицина и фармацевтика. – 2019. – №. 9. – С. 17-20.
10. Сабирова Д. Ш., Юлдашев У. К., Камалов Т. М. Структурные изменения сосудисто-стромального комплекса щитовидной железы при эутиреоидной и токсических формах зоба //Научный журнал. – 2019. – №. 10 (44). – С. 67-69.
11. Зиядуллаев С. и соавт. ЛБПС 02-60 КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ АГ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ //Журнал гипертонии. – 2016. – Т. 34. – С. e522.
12. Шодикулова Г. З., Элламонов С. Н., Насирова А. А. Частота встречаемости дилатационной кардиомиопатии в узбекской популяции //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 13-2 (91). – С. 44-48.
13. Nasirova A. A. et al. Features Of Immunological Indicators In Patients With Chronic Obstructive Lung Disease And Bronchial Asthma //Solid State Technology. – 2020. – Т. 63. – №. 6. – С. 6873-6880.
14. Nasirova A. FEATURES OF MAIN CLINICAL MANIFESTATIONS AND QUALITY OF LIFE IN COPD AND BA PATIENTS //InterConf. – 2021.