

УДК: 616.24-008.47

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ



Алланазаров Алишер Боймуротович

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ТЕЗ-ТЕЗ КАСАЛ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ОБСТРУКТИВ БРОНХИТНИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Алланазаров Алишер Боймуротович

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

STATE OF CYTOKINES IN ACUTE OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN FREQUENTLY ILL CHILDREN

Allanazarov Alisher Boymurotovich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: alisherpediatr@mail.ru

Резюме. Ўткир обструктив бронхит болаларда нафас олиш тизимининг энг кенг тарқалган ва оғир касалликларидан бири бўлиб қолмоқда. Иммуниет ҳолатининг патогенетик ролини тушуниш, цитокинлар ўткир обструктив бронхитда касалликнинг ривожланиш механизларини чуқурроқ тушунишига, тез-тез касал бўладиган болаларда касалликни таъхислаш ва даволашнинг самарали стратегияларини ишлаб чиқишига ёрдам беради. Илмий тадқиқотнинг асосий йўналиши ривожланиш механизларини ўрганиш, клиник кечиш хусусиятларини аниқлаш, тез-тез касал бўлган болаларда ўткир обструктив бронхитда иммуниет ҳолати, цитокинларнинг ролини баҳолаш, даволаш-патогенетик усулларни ва профилактика чоралари ишлаб чиқишдан иборат. Мамлакатимизда болалар ўртасидаги соматик касалликлар, айниқса, бронхопұлмонар патологияни эрта таъхислаш ва олдини олиш борасида кенг қўламли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда.

Калим сўзлар: обструктив бронхит, цитокинлар, иммуниет, тез-тез касал бўладиган болалар.

Abstract. Acute obstructive bronchitis remains one of the most common and severe diseases of the respiratory system in children. Understanding the pathogenetic role of the immune status, cytokines can contribute to a deeper understanding of the mechanisms of disease development in acute obstructive bronchitis, to develop effective strategies for diagnosing and treating the disease in frequently ill children. The main direction of scientific research is the study of the mechanisms of development, the establishment of the features of the clinical course, the assessment of the role of the immune status, cytokines in acute obstructive bronchitis in frequently ill children, to develop pathogenetic methods of treatment and preventive measures. In our country, large-scale measures are being taken for the early diagnosis and prevention of somatic diseases among children, especially bronchopulmonary pathology.

Key words: obstructive bronchitis, cytokines, immunity, frequently ill children.

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении, болезни респираторной системы до настоящего времени занимают одно из первых мест в структуре заболеваемости детей и подростков. Это обусловлено ухудшением экологической ситуации во всем мире, а патология органов дыхания тесно связана с окружающей средой [1,5].

На долю часто болеющих детей в среднем приходится до 70-85% всех случаев респираторных заболеваний пациентов детского возраста [2,4]. Исследования последних лет позволили

получить данные о том, что бронхолегочные заболевания часто развиваются на фоне нарушения нормального функционирования иммунной системы, а в ряде случаев иммунодефицитных состояний - первичных и вторичных [3].

В современной литературе отсутствует систематизированная информация о взаимосвязи клинических и иммунологических характеристик у «часто болеющих детей» с острым обструктивным бронхитом [2,3]. В этой связи представляется актуальным изучить клинико-иммунологические особенности острого обструктивного бронхита у

детей для улучшения диагностических и лечебных мероприятий, что и послужило целью настоящего исследования [4].

Цель: Изучить эффективность иммуномодулятора «Полиоксидоний» на клинические и иммунологические показатели у часто болеющих детей с острым обструктивным бронхитом.

Материалы и методы. В I группу вошло 40 детей с острым обструктивным бронхитом из группы часто болеющих, которых поделили на 2 подгруппы Ia и Ib – по 20 детей с обструктивным бронхитом из группы часто болеющих детей, в зависимости от проводимой терапии, Ia подгруппа получала в дополнение к стандартной терапии полиоксидоний, Ib подгруппа получала стандартное лечение острого обструктивного бронхита, согласно установленным протоколам лечения заболевания.

Сравнительный анализ динамики клинического течения заболевания у больных Ia и Ib подгрупп, показал, что общее состояние больных

достоверно быстрее улучшалось в среднем на 1,2 суток ($P < 0,01$) у пациентов Ia подгруппы в сравнении с Ib подгруппой. Кашель купировался также достоверно дольше у больных с обструктивным бронхитом из подгруппы Ia, получавших полиоксидоний в среднем на 2,1 суток. Физикальные изменения в легких, являющиеся наиболее демонстративными клиническими симптомами обструктивного бронхита нормализовались по перкуторным изменениям в легких - на $4,3 \pm 0,2$ и аускультативным - на $5,2 \pm 0,2$ сутки у больных с острым обструктивным бронхитом, получавших полиоксидоний, что на 1,1 и 1,2 суток опережало динамику заболевания у больных Ib подгруппы ($P < 0,05$; $P < 0,05$).

В наших наблюдениях купирование дыхательной недостаточности при традиционной терапии у пациентов Ib группы проявлялось на $5,3 \pm 0,2$, кашля $7,5 \pm 0,3$, что в сравнении с показателями Ia подгруппы было достоверно дольше ($P < 0,01$; $P < 0,001$).

Таблица 1. Динамика исчезновения основных клинических симптомов у больных Ia и Ib подгрупп (в днях, $M \pm m$)

№	Клинические симптомы	Ia подгруппа		Ib подгруппа		P
		M	m	M	m	
1.	Улучшение общего состояния	4,8	0,2	6,0	0,2	<0,05
2.	Цианоз кожи и слизистых	4,3	0,2	5,1	0,2	<0,05
3.	Температура	2,8	0,1	3,0	0,2	>0,5
4.	Кашель	5,6	0,2	7,5	0,3	<0,001
5.	Дыхательная недостаточность	4,3	0,2	5,7	0,2	<0,01
6.	Перкуторные изменения в легких	4,3	0,2	5,3	0,2	<0,05
7.	Экспираторная одышка	4,7	0,2	5,9	0,2	<0,05
8.	Аускультативные изменения в легких	5,2	0,2	6,3	0,3	<0,05
9.	Нормализация сердечной деятельности	2,9	0,2	4,9	0,2	<0,001
10.	Средняя продолжительность пребывания в стационаре	5,2	0,3	6,8	0,3	<0,01

Примечание: P – достоверность различий сравниваемых показателей у пациентов Ia и Ib подгрупп

Таблица 2. Распределение больных с различной степенью бронхообструкции в зависимости от метода обследования

Степень обструкции	Метод обследования							
	RDAI		SpO2		СШО		Бронхофонография (E:I index)	
	Ia	Ib	Ia	Ib	Ia	Ib	Ia	Ib
I	9	8	10	9	7	10	11	10
II	8	9	7	8	10	10	6	7
III	3	3	3	3	3	0	3	3

Таблица 3. Сравнительный анализ клинико-инструментальных показателей степени выраженности обструктивного синдрома у больных I и II групп

Показатель	При поступлении		P1	на 3-и сутки		P2
	Ia	Ib		Ia	Ib	
СШО	$8,5 \pm 0,2$	$8,7 \pm 0,3$	>0,5	$6,0 \pm 0,2$	$7,2 \pm 0,2$	<0,05
RDAI	$5,7 \pm 0,2$	$5,6 \pm 0,3$	>0,5	$3,7 \pm 0,2$	$4,6 \pm 0,2$	<0,01
SPO2	$93,6 \pm 0,3$	$93,4 \pm 0,2$	>0,5	$94,8 \pm 0,3$	$93,9 \pm 0,2$	>0,5
E:I index	$1,50 \pm 0,06$	$1,52 \pm 0,06$	>0,5	$1,24 \pm 0,06$	$1,44 \pm 0,05$	<0,05

Примечание: P1 и P2 достоверность различий между Ia и Ib подгруппами больных

Длительность стационарного лечения больных с обструктивным бронхитом из группы часто болеющих детей была также достоверно выше у пациентов Iб подгруппы в сравнении с Ia подгруппой ($5,2 \pm 0,3$ и $6,8 \pm 0,3$ койко-дня; $P < 0,01$).

Основным патологическим синдромом практически у всех больных являлся синдром бронхиальной обструкции. В этой связи, наряду с общепринятыми клиническими и лабораторными методами обследования, нами проводилась оценка степени выраженности обструкции у больных Ia и Iб групп по шкале RDAI, сатурации и сатурационно-шкаловой оценке.

Как видно из таблицы 2, оценка по шкале RDAI, сатурации, СШО и модифицированной бронхофонографии по методу E:I index показала примерно одинаковое число бронхиальной обструкции различной степени тяжести у больных Ia подгруппы и Iб подгрупп.

Анализ таблицы 3, показывает, что клинико-инструментальные показатели, отражающие степень тяжести бронхиальной обструкции, достоверно не отличались при поступлении у больных Ia и Iб групп ($P > 0,5$). При этом в дальнейшем, было отмечено различие показателей RDAI и СШО в динамическом наблюдении, так, показатели Ia подгруппы достоверно улучшились на 3 сутки стационарного лечения ($P < 0,05$; $P < 0,01$; $P < 0,05$) в сравнении с показателями больных Iб подгруппы, что свидетельствует о более медленной динамике восстановления респираторной системы у больных с получавших перорально полиоксидоний.

Для иллюстрации эффективности применения полиоксидония при остром обструктивном бронхите приводим выписку из истории болезни № 625/2422

Больной П., поступил в отделение 2-й экстренной педиатрии. Возраст 2,5 года. Жалобы при поступлении на повышенную температуру, кашель, свистящее дыхание, отсутствие аппетита.

Из анамнеза жизни: Матери 24 года, страдает анемией, пиелонефритом. Замужем с 20 лет. Ребенок от I-й беременности, I-х родов, девочка, массой тела 2900 гр., длиной тела 50 см. Ребенок ранее 4 раза госпитализировался в пульмонологические отделения области по поводу острой респираторной инфекции и бронхитов. Последняя госпитализация отмечалась 3 месяца назад. Регулярно наблюдается у участкового педиатра, иммунолога.

Из анамнеза morbi: ребенок болеет 4 дня. Заболевание началось с повышения температуры, заложенности в носу. Лечились амбулаторно. На 3 сутки ребенок начал хрипеть, усилилась одышка, и госпитализирован в СФ РНЦЭМП.

При поступлении: общее состояние тяжелое. Отмечается беспокойство, ребенок адекватно

реагирует на осмотр. Кожные покровы бледные с незначительным периоральным цианозом. Тонус и тургор тканей снижены. Конечности теплые. Большой родничок закрыт. Дыхание через нос затруднено, отмечается экспираторная одышка. Число дыхания 40 в 1 минуту. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, некоторое втяжение межреберных и подреберных промежутков. Перкуторно в легких коробочный легочной звук с обеих сторон, аускультативно свистящие хрипы на выдохе во всех легочных полях. Тоны сердца приглушены, число сердечных сокращений 128 в 1 минуту. А/Д – 85/55, пульс на периферии определяется. Живот умеренно вздут, печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется, стул кашицеобразный, коричневого цвета. Ригидности затылочных мышц нет. Масса тела ребенка 13 кг.

При поступлении: оценки по шкале RDAI – 8 баллов, сатурации (SpO₂) – 94%, СШО - 9 баллов. Проведенная модифицированная бронхофонография показала E:I index – 1,52.

Клинический диагноз: Острый обструктивный бронхит, острая дыхательная недостаточность I степени, острая бронхиальная недостаточность I степени. Группа «часто болеющих детей», Анемия II степени.

В общем анализе крови анемия Hb – 88 гр/л, умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, СОЭ - 18 мм/час. Рентгенологическое заключение: обструктивный бронхит.

Получал лечение: свечи виферон, очистка носа, перорально амоксициллин, полиоксидоний внутрь, ингаляция 3% натрия хлорида ч/з небулайзер, ингаляции небутоломом, обильное питье, симптоматическая терапия антипиретиками.

На 2 сутки от начала лечения: оценка по шкале RDAI – 6 баллов, сатурация - SpO₂, - 96%, СШО – 6 баллов, E:I index – 1,36, начатое ранее лечение было продолжено. На 3-й лечения состояние улучшилось, сатурация в пределах нормы, повторная бронхофонография показывает также положительную динамику, E:I index – 1,27. На 5-й день лечения - температура нормализовалась, дистанционные хрипы исчезли, появился аппетит, E:I index – 1,22.

Ребенок был выписан домой на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии с клиническим купированием признаков бронхообструктивного синдрома. При этом: оценки по шкале RDAI - 2 балла, сатурации - SpO₂, - 97%, СШО - 2 балла. E:I index при выписке нормализовался – 1,04.

Больному назначен полиоксидоний в дозе 12 мг/сут. Курс лечения: 20 суток. При повторном осмотре через 2 недели – ребенок совершенно здоров, не предъявляет никаких жалоб. В течение последующих 3 месяца повторных случаев брон-

хообструктивного синдрома и острых респираторных инфекций не наблюдалось.

Выводы. Приведенный клинический пример показывает, что у детей с острым обструктивными бронхитами из группы часто болеющих, применение полиоксидония на фоне традиционной терапии, проявляется не только положительной динамикой изменений респираторных нарушений определяемых по шкале RDAI, сатурации - SpO₂, СШО и E:I index, что проявилось благоприятным течением заболевания, но также приводит и к существенному снижению повторных рецидивов заболевания, что позволяет рекомендовать данный метод к назначению.

Литература:

1. Алланазаров А.Б., Жалилова С., Мамаризаев И.К., Мардонов А. Факторы риска развития острого бронхообструктивного синдрома у часто болеющих детей по данным РНЦЭМП Самаркандского филиала. Кардиореспираторных исследований. №SI-4. 11 2022. Стр. 31-33
2. Закирова Б.И., Мамаризаев И.К. Течение рецидивирующих респираторных инфекций у детей на фоне атопического дерматита // Вопросы науки и образования, 2021. № 9. С. 134.
3. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза // Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.
4. Ризаев Ж. А., Ахмедов А. А. Основы стоматологической помощи в Республике Узбекистан на основе развития общей врачебной практики // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. – 2023. – Т. 4. – №. 3.
5. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
6. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.
7. Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход // Журнал" Медицина и

инновации". – 2021. – №. 1. – С. 28-31.

8. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш., Кубаев А. С. Особенности течения заболеваний полости рта у работников производства стеклопластиковых конструкций // Вестник науки и образования. – 2020. – №. 21-1 (99). – С. 79-82.
9. Ризаев Ж. А., Саидов М. А., Хасанжанова Ф. О. Статистический анализ информированности кардиологических и кардиохирургических пациентов о высокотехнологичной медицинской помощи в Самаркандской области // Вестник науки. – 2023. – Т. 1. – №. 11 (68). – С. 992-1006.
10. Шавази Н.М., Алланазаров А.Б., Атаева М.С., Гайбуллаев Ж.Ш. Современные взгляды возникновения обструктивной болезни легких у детей. Journal of cardiorespiratory research. №1 2021 Стр 40-43
11. Шавази Н.М., Алланазаров А.Б., Атаева М.С., Гайбуллаев Ж.Ш. Клинико-иммунологические особенности бронхообструктивного синдрома у детей раннего и дошкольного возраста. Проблемы биологии и медицины. № 1 (134) 2022. Стр 89-92
12. Шавази Нурали Мамедович, Алланазаров Алишер Боймуратович. Состояние цитокинов при остром обструктивном бронхите у часто болеющих детей. Проблемы биологии и медицины. 2023 №4 (134). Стр. 235-238. <https://doi.org/10.38096/2181-5674.2023.5>

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Алланазаров А.Б.

Резюме. Острый обструктивный бронхит считается одним из распространённых и тяжело протекающих заболеваний дыхательной системы у детей. Понимание патогенетической роли иммунного статуса, цитокинов могут способствовать более глубокому пониманию механизмов развития заболевания при ООБ, для разработки эффективных стратегий диагностики и лечения заболевания у ЧБД. Основным направлением научных исследований является изучение механизмов развития, установление особенностей клинического течения, оценки роли иммунного статуса, цитокинов при остром обструктивном бронхите у часто болеющих детей, для разработки патогенетических методов лечения и профилактических мероприятий. В нашей стране выполняются широкомасштабные мероприятия по ранней диагностике и профилактике соматических заболеваний среди детей, особенно бронхолегочной патологии.

Ключевые слова: обструктивный бронхит, цитокины, иммунитет, часто болеющие дети.