

Мирзакаримова Д.Б.
доцент кафедры инфекционных болезней
Абдукодиров Ш.Т.
ассистент кафедры инфекционных болезней

Андижанский государственный медицинский институт
Узбекистан, Андижан

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА С ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Аннотация

Статья посвящена проблеме острого бронхиолита у детей. Актуальность данной проблемы не вызывает сомнений: по самым скромным подсчетам, ежегодно во всем мире регистрируется более 150 млн случаев бронхиолита, 7-13% из которых требуют стационарного лечения, а 1-3%-госпитализации в отделение интенсивной терапии. Наиболее часто этиологическим фактором выступают вирусы- респираторно синцитиальный (подавляющее большинство случаев-60- 80%), значимым агентом является цитомегаловирус, грипп, парагрипп, аденоовирус, коронавирус человека. Развитие бронхиолита у детей первых двух лет жизни может обусловить целый ряд факторов. Особенно тяжело бронхиолит протекают у недоношенных, детей с бронхолегочной дисплазией и на искусственном вскармливании, а также у пациентов с врожденными пороками развития и иммuno-дефицитами.

Ключевые слова: цитомегаловирус, грипп, цитомегаловирус, парагрипп, риновирус, рентгенограмма, острый бронхиолит.

Mirzakarimova D.B.
docent department of Infectious Diseases

Sh.T.Abdukodirov
- Assistant of the Department of Infectious Diseases

Andijan State Medical Institute
Uzbekistan, Andijan

FEATURES OF THE COURSE OF ACUTE BRONCHIOLITIS WITH CYTOMEGALOVIRUS INFECTION

Summary

The article is dedicated to the problem of acute bronchitis in children. The relevance of this problem is obvious: according to conservative estimates, more than 150 million cases of bronchiolitis are registered annually. 7- 13% of these cases require hospital treatment and 1-3%-hospitalization in an ICU. The most common etiologic factor is the virus-respiratory syncytial (the vast majority of cases-60-80%)cytomegalovirus, influenza viruses, parainfluenza, adenovirus, coronavirus are also important agents. A number of factors can cause the evolution of bronchiolitis in 0-2 years-old children. Premature infants, children with bronchopulmonary dysplasia, bottle-fed children, and patients with congenital malformations and immunodeficiencies undergo bronchiolitis especially hard.

Key words: cytomegalovirus, influenza, cytomegalovirus, parainfluenza, rhinovirus, radiograph, acute bronchiolitis.

Актуальность. Острый бронхиолит - заболевание вирусной этиологии, чаще всего заболевание вызывается респираторно-синцитиальным вирусом [8]. В остальных случаях вызывает цитомегаловирус, парагрипп, грипп, риновирусы. Заболевание чаще всего встречается у детей при аллергическом, экссудативном катаральном, лимфогипопластическом диатезе, паратрофическом, искусственном вскармливании. Ежегодно во всем мире регистрируется более 150 миллионов диагнозов острого бронхиолита. 7- 13% пациентов находятся в стационаре и 1-3% нуждаются в интенсивной терапии [2]. По данным американских педиатров, заболеваемость составляет 3-4 случая на 100 детей в год в возрасте до двух лет и 1-2 случая на 100 детей на одного дошкольника [3]. В основном это тяжелая форма у детей с преждевременными родами, бронхолегочной дисплазией, искусственным вскармливанием и врожденными пороками развития, иммунодефицитом. Симптомы заболевания включают обструкцию нижних дыхательных путей, вызванную ОРВИ (затрудненное дыхание, тахипноэ, стридор, поражение дыхательных мышц, заложенность носа, апноэ), кашель, признаки интоксикации [7].

У недоношенных детей чаще развивается апноэ. При аусcultации выслушивается большое количество тихих, мелкопузырчатых хрипов на вдохе и сухих хрипов на выдохе. Свист не меняет своего положения при кашле. Редкие хрипы, а иногда и хрипы при поверхностном дыхании практически не слышны. В первые часы болезни температура тела высокая. Тяжесть общего состояния пациента определяется симптомами интоксикации и дыхательной недостаточности [6]. Общие анализы крови иногда показывают лейкопению, повышение СОЭ. Сдвиг лейкоцитарной формулы не наблюдается.

На рентгенограмме видно увеличение четкости участка легкого, преимущественно в периферических областях, уменьшение четкости участка легкого на небольших участках, расположение диафрагмы снизу,

горизонтальное положение ребер. После первых 2-3 дней течения заболевания пациент может умереть от приступов одышки, кашля, особенно апноэ. Течение и исход болезни различаются в зависимости от этиологического фактора. Острый бронхиолит, вызванный респираторно-синцитиальным вирусом, протекает легче, чем другие (грипп, цитомегаловирус, парагрипп, риновирус), и осложнения менее развиты [4].

Цель исследования: изучить специфику течения и последствий острого бронхиолита, вызванного цитомегаловирусной инфекцией, у детей до одного года.

Объект исследования: 156 больных детей в возрасте до одного года госпитализированы с диагнозом «острый бронхиолит (J21.9)» в патологоанатомическое отделение детской многопрофильной поликлиники Андижана с 11.09.2018 по 12.11.2019.

Методы исследования:

1. Клиническое обследование больных.
2. Общеклинические и лабораторные методы (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови).
3. Рентгенограмма грудной клетки.
4. Иммунологический метод исследования: определение в крови пациента антител к цмв IgM.

Результаты и обсуждение. У двадцати протестированных педиатрических пациентов титры IgM к цитомегаловирусу выше нормы (0,31 <) и IgG (0,21>) отрицательны в крови по данным иммунологического тестирования.), А в 22 из них показал высокий стандарт (0,21 ≥; ≥0,31). У 62 пациентов иммуноглобулин не обнаружен. Двенадцать пациентов были переведены в педиатрическое отделение интенсивной терапии по показателям жизнедеятельности (повторяющиеся приступы апноэ, выраженная утомляемость дыхательных мышц, сатурация не более 92% влажным 20% кислородом). Из этих детей, госпитализированных в отделение интенсивной терапии, у 5 были аномальные уровни IgG к цитомегаловирусу (0,22 <), а у одного титры IgM к цитомегаловирусу выше нормы (0,22 <). Остальным пациентам отделения были проведены следующие консервативные лечебные мероприятия. Лечебные мероприятия в основном направлены на устранение дыхательной недостаточности.

Назальный аспиратор короткого действия использовался для обеспечения проницаемости верхних дыхательных путей. Поскольку чистота верхних дыхательных путей приводит к легкому ощущению ребенка и активации грудного вскармливания, положительный или отрицательный эффект этого лечения на течение и исход острого бронхиолита не доказан [9]. Антибиотикотерапия применялась при продолжительности заболевания более 5–7 дней, при подозрении на выраженный лейкоцитоз, повышение СОЭ и развитие пневмонии.

Противовирусные препараты применялись в основном в виде аэрозолей и суппозиториев. В настоящее время влияние противовирусных препаратов на течение заболевания недостаточно доказано [1].

В зависимости от состояния пациента меры по обезвоживанию проводились перорально, через назогастральный зонд или парентерально.

Внутривенные инфузии не превышали 20мл/кг в день, поскольку они увеличивали вероятность неадекватной выработки антидиуретического гормона, что, в свою очередь, приводило к развитию опухолей легких [5]. Увлажненный кислород подавался при насыщении кислородом менее 94%. В виде аэрозолей использовались бронходилататоры, муколитики и отхаркивающие средства.

Стероиды местного и общего действия в аэрозольной форме не применялись, поскольку их влияние на прогрессирование заболевания не доказано [10]. Лечение проводилось одинаково у пациентов с антителами IgM и IgG к цитомегаловирусу и у пациентов контрольной группы.

Сильно проявлялись клинические признаки дыхательной недостаточности, интоксикации, гипоксемии. Клинико-лабораторный период выздоровления этих пациентов был увеличен на 3-5 дней по сравнению с пациентами контрольной группы. Синдром кашля длительное время сохранялся у детей с повышенным уровнем антител IgG к цитомегаловирусу. У троих пациентов было осложнено внутрибольничное кровотечение. На рентгенограмме грудной клетки выявлено диффузное усиление изображения легкого, эмфизематозная опухоль области легкого, скольжение диафрагмы и выраженное проявление признаков застоя в малой кровеносной системе.

Заключение. Результаты исследования показывают, что острый бронхиолит цитомегаловирусной этиологии и поражения протекает тяжелее, чем бронхиолит другой вирусной этиологии, и имеет высокую степень развития осложнений.

Использованные источники:

1. Баанов А.А., Таточенко В.К., Намазова-Баанова Л.С. Острый бронхиолит у детей. Клинические рекомендации. 2016.13с.
2. Вишнёва Е.А. Острый бронхиолит у детей. Современные подход к диагностике и терапии. Клинические рекомендации. 06.07.2015.2с.
3. Шабалов.Н.П. Детские болезни. Том 1. 2016. 251с.
4. Шабалов.Н.П. Детские болезни. Том 1. 2016. 252-253с.
5. Оказание стационарной помощи детям. Руководство по лечению наиболее распространенных болезней у детей: карманный справочник. 2-е изд. Всемирная организация здравоохранения. 2013. 452 с.

6. American Akademy of Pediatrics Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and management of bronchiolitis. Pediatrics.2006.P.1774-1793.
7. Behrman R.E., Kliegman R.M., Nelson W.E. Textbook of pediatrics. 16 th edition. London. Elsevier Saunders. 2000.
8. Hall W.J., Hall C.B. Chest.1979.V.76.№4. P. 458.
9. Ralston S.L.,Lieberthal A.S.,Meissner H.C.,Alverson B.K.:American Academy of Pediatrics.Clinical Practice Guideline:The Diagnosis,Management, and Prevention of Bronchiolitis Pediatrics Vol.134 No.5 November 1. 2016.P. 1474-1502.
- 10.Ralston S.L.,Lieberthal A.S.,Meissner H.C.,Alverson B.K.:American Academy of Pediatrics.Clinical Practice Guideline:The Diagnosis,Management, and Prevention of Bronchiolitis Pediatrics Vol.134 No.5 November 1.2016.P.1474-1502.
- 11.D.Isanova, D.Mirzakarimova, Sh.Abdukodirov, A.Kayumov. «Spectrum of Pathogens Derived from Women Diagnosed with Urinary Tract Infections» // International Journal of Current Research and Review, Vol 13 • Issue 01 • January 2021, p. 2-5.
- 12.D.Mirzakarimova, X.A.Gaffarov. «Indicators of Sexual And Age Changes in Anthropometric Parameters (Between and Cross Sizes) of the Breast Cell in Schoolchildren of Andijan Region» // Turkish Online Journal of Qualitative Inquiry (TOJQI) Volume 12, Issue 9, August2021 :7120 – 7127
- 13.Д.Б.Мирзакаримова, Р.М.Якубова. «Иммуногенные и патоморфологические сдвиги при сосудистой патологии». // Academic research in educational sciences, Volume 2 | ISSUE 5 | 2021. P.746-750.
- 14.Д.Б.Мирзакаримова, Я.М.Юлдашев. «Организация экстренной помощи и интенсивной терапии при фульминантной форме вирусных гепатитов у детей раннего возраста» // "Экономика и социум" №1(80) ч.2 2021, стр. 225-229.
- 15.Я.М.Юлдашев, Д.Б.Мирзакаримова. «Влияние барбариса обыкновенного на аутокоагуляционный тест крови больных вирусным гепатитом» // "Экономика и социум" №1(80) ч.2 2021, стр. 230-234.
- 16.Д.Б.Мирзакаримова, Юлдашев Я.М., Ходжиматова Г.М. «Динамика лабораторных показателей при лечении токсического гепатита» // Вестник ТМА, №5.2021, стр. 110-112.
- 17.Д.Б.Мирзакаримова, Маматхужаев А.С., Джураев М.Г., Абдукадиев Ш.Т., Каюмов А.Ш. «Влияние COVID-19 на психическое здоровье медицинских работников: значение для поддержки психологического благополучия» // Вестник ТМА, №5.2021, стр. 113-115.
- 18.Мирзакаримова Д.Б., Маматхужаев А.С., Джураев М.Г. «Различия в уровнях D-димера, когда COVID-19 связан с бактериальной пневмонией» // Вестник ТМА, №5.2021, стр. 116-118.

- 19.Д.Б.Мирзакаримова, А.М.Каюмов. «Перинатальные вирусные гепатиты, оптимизация системы врачебной помощи беременным» // RE-HEALTH JOURNAL №2 (6) 2020, стр. 17-19.
- 20.Gaffarov Kh.A., Mirzakarimova D.B., Kasimov U.M. «Specificity of combined infections in children under 14 years old with HIV infection» // Проблемы современной науки и образования, 2021. №11(168), стр.88-91.