

*Орипова Ж.Н., ассистент
кафедры инфекционных болезней
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан Узбекистан*

ХАРАКТЕРИСТИКА И ДЕЙСТВИЯ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ИНФЕКЦИОННЫХ ДЕТЕЙ (ЦИТОМЕГАЛОВИРУС)

Резюме. Острый бронхиолит - заболевание вирусной этиологии, в 60-80% случаев заболевание вызывается респираторно-синцитиальным вирусом. В остальных случаях вызывает цитомегаловирус, парагрипп, грипп, риновирусы. Заболевание чаще всего встречается у детей при аллергическом, экссудативном катаральном, лимфогипопластическом диатезе, паратрофическом, искусственном вскармливании. В основном это тяжелая форма у детей с преждевременными родами, бронхолегочной дисплазией, искусственным вскармливанием и врожденными пороками развития, иммунодефицитом.

Ключевые слова: лимфогипопластическом диатезе, паратрофическом, грипп, цитомегаловирус, парагрипп, риновирус, антител к цмв IgM, титры IgM.

*Oripova J.N., assistant
Department of Infectious Diseases
Andijan State Medical Institute
Andijan Uzbekistan*

CHARACTERISTICS AND EFFECTS OF ACUTE BRONCHIOLITIS IN INFECTIOUS CHILDREN (CYTOMEGALOVIRUS)

Summary. Acute bronchiolitis is a disease of viral etiology, in 60-80% of cases the disease is caused by a respiratory syncytial virus. In other cases, it causes cytomegalovirus, parainfluenza, influenza, rhinoviruses. The disease most often occurs in children with allergic, exudative catarrhal, lymphohypoplastic diathesis,

paratrophic, artificial feeding. Basically, this is a severe form in children with preterm labor, bronchopulmonary dysplasia, artificial feeding and congenital malformations, and immunodeficiency.

Key words: lymphohypoplastic diathesis, paratrophic, influenza, cytomegalovirus, parainfluenza, rhinovirus, antibodies to CMV IgM, IgM titers.

Актуальность. Острый бронхиолит - это генерализованное обструктивное воспалительное заболевание мелких бронхов и бронхиол, главным образом у детей в возрасте до двух лет. 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]. Острый бронхиолит - заболевание вирусной этиологии, в 60-80% случаев 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. 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 аускультации 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. Сдвига 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 11.09.2017 по 12.11.2018.

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 ($0,21 \geq; \geq 0,31$). 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 проходимости 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, скопление диафрагмы и выраженное проявление признаков застоя в малой кровеносной системе.

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

1. Раджабова З. А.

Факторы риска развития перинатальной патологии у беременных с цитомегаловирусной инфекцией / З. А. Раджабова, М. А. Ходжаева // Вестник экстренной медицины. – Ташкент, 2009. -№2. – С. 52-54. – Библиолгр.: 7 назв.

2. Рахимов А. Х.

Современные аспекты этиопатогенеза, классификации, диагностики, клиники, лечения и профилактики цитомегаловирусной инфекции у новорожденных : научное издание / А. Х. Рахимов, Г. М. Халилова // Педиатриянинг долзарб масалалари: ёш олимларнинг институтлараро илмий амалий анжумани материаллари (30 ноябр. 2004 йил). – Т., 2005. – С. 4-5

3. Султанова З.О.

- Влияние цитомегаловирусной инфекции на систему гемостаза у новорожденных детей : научное издание / З.О. Султанова // Педиатрия. – Ташкент, 2008. -№3-4. -С. 39-43 (Шифр П13/2008/3-4). –Библиогр.: 10 назв.
4. Сухих Г.Т., Дадальян Л.Г., Ванько Л.В., Калафати Т.И., Сидельникова В.М.
Диагностическая и прогностическая ценность специфического иммунного ответа к вирусу цитомегалии у беременных женщин с привычным невынашиванием беременности // Акуш. и гин. -1992. -№-С. 30-33.
 5. Сучков С.В.
Современные методы иммуно- и генодиагностики в клинической практике: Обзор: научное издание / С. В. Сучков, О. В. Москалец, Н. Е. Черепихина, Ю. А. Бурдакова и др // Терапевт. Арх.- М., 2004. - №4. –С. 78-83
 6. Терещенко И. П.
Анализ результатов детекции ДНК вируса простого герпеса, цитомегаловируса и токсоплазмы в тканях детей с врожденными пороками развития : научное издание / И.П. Терещенко, Е.М.Малкова, О. Н. Гришаева, В.П.Аксенова и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – М., 2006. -№5. –С. 36-40.-
 7. Тимофеева Л.
Цитомегаловирусная инфекция: Конспект врача / Л. Тимофеева // Медицинская газета. – 2002. -№23 (22 марта). – С. 8-9
 8. Тишкевич О. А.
Системный цитомегаловирусный васкулит у ВИЧ-инфицированного больного / О. А. Тишкевич; В. И. Шахгильдян, С.В. Морозов, В. Г. Канестри // Эпид. и инф. Болезни. -2001. -№1. – С. 31-36. –Библиогр.: 5 назв.
 9. Трахман П. Е.

Современные подходы к лечению цитомегаловирусной инфекции: (клиническая лекция) / П.Е.Трахман, Д. Н. Балашов, Е. Д. Пашанов // Проблемы репродукции. – М., 2005. -№4. – С. 47-50

10.Троицкая В. В.

Профилактика и лечение цитомегаловирусной инфекции у больных гемобластозами: обзор: научное издание / В.В.Троицкая // Проблемы гематологии и переливания крови. –М., 2004. -№2. –С.

11.Файзиева У. О.

Цитомегаловирусли инфекциянинг хомиладорликка таъсирини урганиш / У. О. Файзиева, Д. Ф. Каримова, Н. Х. Муминова // Патология. –Ташкент, 2002. -№4. –С. 86-88. –Библиогр.: 6 назв.

12.Филиппов П. Г.

Поражение сердечно - сосудистой системы у больных ВИЧ- инфекций и клинически выраженной цитомегаловирусной инфекцией / П. Г. Филиппов; В. И. Шахгильдян, Н. Д. Ющук // Терапевтический архив. – М., 2001. -№11. –С. 54-59. –Библиогр.: 6 назв.

13.Хайдарова М. М.

Комплексная терапия активной цитомегаловирусной инфекции у беременных : научное издание / М. М. Хайдарова, О. А. Якубова // Журнал теоретической и клинической медицины. –Т., 2013. –Спец.выпуск: материалы научно-практической конференции молодых ученых « Актуальные вопросы иммунологии, иммуногенетики и междисциплинарных проблем » (к 22-летию Независимости Республики Узбекистан). –С. 89-92 (Шифр П12013).

14.Халидова Х. Р.

Диагностика активной цитомегаловирусной инфекции у больных саркомой Капоши : научное издание / Х. Р. Халидова, М. З. Шахабутдинова, И. Т. Карабаева, Н. А. Абдурахманова // Дерматовенерология и эстетическая медицина. – Ташкент, 2010. -№1-2. –С. 80-81

15.Ходжаева А.Ш.

Клинические особенности цитомегаловирусной инфекции у детей первых месяцев жизни : научное издание / А.Ш.Ходжаева // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2010. -№3. –С. 101-103 (Шифр Ж1/2010/3)