

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№2 (Том 3)

2022

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 2

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 2



ТОШКЕНТ-2022



ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский университет,
tadqiqot.uz

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Ответственный секретарь

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф;
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц;
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

Редакционный совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
Н.В. Болотова (Саратов)
Н. Н. Володин (Москва)
С.С. Давлатов (Бухара)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
Э.С. Мамутова (Самарканд)
Э.И. Мусабаев (Ташкент)
А.Н. Орипов (Ташкент)
Н.О. Тураева (Самарканд)
Ф. Улмасов (Самарканд)
А. Фейзоглу (Стамбул)
Б.Т. Холматова (Ташкент)
А.М. Шамсиев (Самарканд)
У.А. Шербекоев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.
Тел.: +998662333034, +998915497971
E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

1. Азимбегова Ситора Нодировна, Давранова Азиза Даврановна БОЛАЛАРДА 1-ТУР ҚАНДЛИ ДИАБЕТНИ ДАВОЛАШНИИ ЎЗГАРТИРИШ ВА ДИАБЕТИК РЕТИНОПАТИЯСИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ.....	5
2. Ашурова Максуда Жамshedовна, Гарифулина Лиля Маратовна БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА СЕМИЗЛИК ВА Д ВИТАМИНИ ДЕФИЦИТИ, МУАММОГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР.....	8
3. Азимова Камола Талатовна, Гарифулина Лиля Маратовна, Закирова Бахора Исламовна КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ БРОНХИОЛИТОВ У ДЕТЕЙ.....	13
4. Ахмедова Дилбар Юсуфжоновна, Эшқобиллов Фазлиддин Рашид угли РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ КАК ПРЕДВЕСТНИК ПЕРВИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ.....	17
5. Бойкузиев Хайитбой Худойбердиевич ОШКОЗОН-ИЧАК ЙЎЛИ АРУД-ТИЗИМИ ҲАҚИДА АЙРИМ МУЛОҲАЗАЛАР.....	21
6. Garifulina Lilya Maratovna, Turaeva Dilafruz Xolmuradovna, Kodirova Shaxlo Saloxitdinovna SEMIZLIGI VA METABOLIK SINDROMI BOR BO'LGAN BOLALARDA GEPATOBILIAR TIZIM HOLATI.....	23
7. Гойибова Наргиза Салимовна, Гарифулина Лиля Маратовна СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....	26
8. Гудков Роман Анатольевич, Дмитриев Андрей Владимирович, Закирова Бахора Исламовна, Петрова Валерия Игоревна, Федина Наталья Васильевна, Шатская Елена Евгеньевна БОЛЕЗНЬ И СИНДРОМ КАРОЛИ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СИНДРОМА КАРОЛИ У РЕБѐНКА, ЗАВЕРШИВШЕЕСЯ УСПЕШНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПЕЧЕНИ.....	29
9. Dusanov Abdugaffar Dusanovich, Okboev Toshpulat Alixujaevich NONSPESIFIK YARALI KOLIT XASTALIGINI KLINIK TURLARINI KECCHISHIDA HUJAYRAVIY VA GUMORAL IMMUNITETDAGI O'ZGARISHLAR XUSUSIYATINI BAHOLASH.....	36
10. Загртдинова Ризид Миннесагитовна, Ермакова Маргарита Кузьминична, Ляшенко Наталья Владимировна, Найденкина Светлана Николаевна СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БАЗОВОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ.....	40
11. Закирова Бахора Исламовна, Хусайнова Ширин Камилджоновна, Очилова Бахтигул Сайфидиновна ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ И ОСОБЕННОСТИ ЕЕ ТЕЧЕНИЯ.....	45
12. Ибрагимова Юлдуз Ботировна, Тураева Дилафруз Холмурадовна, Кодирова Шахло Салохидиновна НОСТЕРОИД ЯЛЛИҒЛАНИШГА ҚАРШИ ПРЕПАРАТЛАРНИ ҚУЛЛАГАНДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН ГАСТРОПАТИЯЛАР. КЕЛИБ ЧИҚИШ МЕХАНИЗМИ ВА ОМИЛЛАРИ.....	48
13. Карджавова Гульноза Абилкасимовна СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С МИОКАРДИТАМИ.....	51
14. Kodirova Marxabo Miyassarovna, Xoliqova Gulnoz Asatovna SAMARQAND XUDUDIDA BOLALARDA MIOKARDITNING ASOSIY KLINIK SIMPTOMLARINI UCHRASHI.....	57
15. Курбаниязов Зафар Бабажанович, Баратов Манон Бахранович, Арзиев Исмоил Алиевич, Насимов Абдужалил Махмаюнус угли НАРУЖНОЕ И ВНУТРИБРЮШНОЕ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ (ПРИЧИНЫ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ).....	60
16. Курбаниязов Зафар Бабажанович, Рахманов Косим Эрданович, Нарзуллаев Санат Иноятович, Мизамов Фуркат Очилович КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОРРЕКЦИИ КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.....	64

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Азимова Камола Талатовна

Базовый докторант кафедры педиатрии 3 и медицинской генетики Самаркандского Государственного Медицинского Университета, Самарканд, Узбекистан

Гарифулина Лиля Маратовна

к.м.н., доцент, заведующая кафедрой педиатрии лечебного факультета


Самаркандского Государственного Медицинского Университета, Самарканд, Узбекистан

Закирова Бахора Исламовна

к.м.н., доцент, кафедры педиатрии и неонатологии 1 Самаркандского Государственного Медицинского Университета, Самарканд, Узбекистан

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ БРОНХИОЛИТОВ У ДЕТЕЙ

For citation: Azimova K.T., Garifulina L.M., Zakirova B.I. Clinical features of the course of viral bronchiolitis in children. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 2. pp.13-16

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6807819>

АННОТАЦИЯ

Целью работы явилось выявление клинических особенностей течения РСВ-бронхиолита у детей раннего возраста. Материалом для исследования послужили данные обследования 42 детей раннего возраста с острым РСВ-бронхиолитом. У всех детей обследуемой группы наблюдалась бронхообструкция различной степени. Все дети прошли общеклиническое лабораторно-инструментальное обследование. Антиген РСВ был определен методом полимеразной цепной реакции в носоглоточных смывах на 2-3 день от начала заболевания. Результаты исследования показали, что на современном этапе РСВ-бронхиолит у детей протекает тяжело за счет развития дыхательной недостаточности и требует лечения условиях интенсивной терапии.

Ключевые слова: дети, респираторно-синцициальный вирусный бронхиолит, клиническое течение.

Azimova Kamola Talatovna

Basic doctoral student of the department pediatrics 3 and medical genetics Samarkand State medical university, Samarkand, Uzbekistan

Garifulina Lilya Maratovna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Pediatrics medical faculty Samarkand State medical university, Samarkand, Uzbekistan

Zakirova Bahora Islamovna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Departments pediatrics and neonatology 1 Samarkand State medical university, Samarkand, Uzbekistan

CLINICAL FEATURES OF THE COURSE OF VIRAL BRONCHIOLITIS IN CHILDREN

ANNOTATION

The aim of the study was to identify the clinical features of the RSV-bronchiolitis in young children. The material for the study was the data of examination of 42 young children with acute RSV-bronchiolitis. All children of the examined group had bronchial obstruction of various degrees. All children underwent general clinical laboratory and instrumental examination. RSV antigen was determined by the polymerase chain reaction

method in nasopharyngeal lavages on days 2-3 from the onset of the disease. The results of the study showed that at the present stage, RSV-bronchiolitis in children is severe due to the development of DN, and requires treatment in intensive care unit. The onset of the disease was characterized by the registration of apnea in one third of the patients. The results showed unjustified therapy with one and two antibiotics, as well as the appointment of systemic glucocorticosteroids.

Key words: children, respiratory syncytial viral bronchiolitis, clinical course.

Ведение. Среди детского населения заболевания органов дыхания являются социально значимой и наиболее распространенной группой болезней, занимая ведущее место в структуре общей заболеваемости детей [1]. Бронхиолиты у детей являются важной проблемой врачей-педиатров в связи с тем, нередко проявляются в виде обструктивного синдрома, являющегося угрожающим жизни состоянием и требующим неотложных мероприятий.

У детей в возрасте младше 2 лет причиной острого бронхиолита в 64-75% случаях является риносинцитиальный вирус (РСВ) [2]. К концу 3 года жизни при наличии дополнительных явлений все дети инфицируются респираторно-синцитиальным вирусом. Установлено, что предшествующая инфекция не защищает организм ребенка от последующей, однако при наличии высоких титров антител течение последующей инфекции сглаживается [3]. Антитела к РСВ имеются у 95% заболевших, но они не защищают от новой инфекции. Заболеваемость в 90-95% случаях наблюдается в холодный период года и приходится на период с ноября до начала апреля. Эпидемический подъем заболеваемости РСВ-инфекцией в странах с умеренным климатом ежегодно наблюдается поздней осенью, зимой и ранней весной [4.].

Выявлена высокая вероятность заболевания среди детей, посещающих ясли и детские сады.

Как правило, РСВ-инфекция у детей, начинается с развития клиники поражения верхних дыхательных путей с переходом на нижние дыхательные пути. Степень поражения быть различной – от легкого до угрожающего жизни состояния в 20%-30% случаях.

От 1% до 3% детей первого года жизни с острым бронхиолитом РСВ-этиологии нуждаются в госпитализации [5].

Наиболее часто бронхиолит развивается на 2-3 день болезни на фоне респираторных симптомов: лихорадки, заложенности носа, кашля и снижения аппетита. При вовлечении в процесс дистальных отделов респираторного тракта и прогрессировании заболевания, появляются тахипноэ и свистящее дыхание. Кашель изнуряет ребенка, он отказывается от еды и часто это ведет к развитию экзикоза. Одним из первых симптомов РСВ-инфекции у 20% госпитализированных детей является апноэ, встречающееся в дебюте заболевания [6-8]. РСВ-бронхиолит протекает тяжелее у детей, родившихся недоношенными, с врожденными пороками сердца, с иммунодефицитными состояниями, нейромышечными заболеваниями.

Совершенствование методов профилактики острого бронхиолита у детей первых лет жизни снизило заболеваемость, однако, несмотря на данный факт рост числа детей с РСВ-бронхиолитом не имеет тенденции к снижению, а различные факторы углубляют течение заболевания, что имеет серьезные медико-социальные последствия и приводит к существенным расходам системы здравоохранения при развитии осложнений.

Целью исследования явилось выявление особенностей клинического течения РСВ-бронхиолита у детей в возрасте до двух лет.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования явились 42 ребенка с острым РСВ-бронхиолитом в возрасте от 14 дней до 6 месяцев с последующим их наблюдением в амбулаторных условиях. Среди обследованных мальчики составили 35,7% (15), девочки 64,3%(27).

Выборка больных была обследована в период с сентября 2020 г. по апрель 2021 г. Дети были госпитализированы в отделение патологии новорожденных Самаркандского областного детского многопрофильного центра и в отделение экстренной педиатрии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. РСВ-этиология бронхиолита была подтверждена методом полимеразной цепной реакции. У

всех детей обследуемой группы наблюдалась бронхообструкция различной степени.

Критериями исключения из группы наблюдения явились хронические или врожденные заболевания бронхолегочной, сердечно-сосудистой и центральной нервной систем. Пациенты находились в стационаре в соответствии со спецификой работы службы экстренной медицинской помощи, согласно стандартам диагностики и лечения (соблюдались рекомендуемые сроки пребывания больного ребенка в условиях стационара). 3-7,1% детям проводилась ИВЛ при развитии респираторного дистресс-синдрома, 3-7,1% детям — респираторная терапия через носовые катетеры (NCPAP) с созданием постоянного положительного давления в дыхательных путях.

Всем пациентам с РСВ-бронхиолитом проведено лабораторно-инструментальное обследование, включающее общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением С-реактивного белка (СРБ), исследование газов крови, сатурацию кислорода (SpO₂), посев мокроты, рентгенографию органов грудной клетки. В качестве маркеров бактериальной инфекции расценивали: лейкоцитоз выше 15x10⁹/л; нейтрофилез выше 10x10⁹/л; нейтрофильный индекс: отношение молодых форм нейтрофилов (миелоцитов, метамиелоцитов, промиелоцитов, палочкоядерных нейтрофилов) к зрелым формам (сегментоядерные нейтрофилы) более 0,2; СРБ выше 5 мг/л.

На 2-3 день заболевания у всех наблюдаемых пациентов в носоглоточных смывах выявлен антиген РСВ методом полимеразной цепной реакции.

Статистическая обработка полученных результатов выполнена с помощью использования программного обеспечения Microsoft Excel 2013 и Stat Soft, Statistica 10.

Для всех качественных показателей рассчитаны частоты встречаемости признака, для каждого количественного показателя во всей выборке и в исследуемых группах рассчитаны среднее значение со стандартной ошибкой среднего (M±m). Критическое значение уровня статистической значимости нулевой гипотезы во всех случаях принимали равным 0,05.

Результаты исследования. При изучении анамнеза жизни выявлено, что масса тела при рождении у детей наблюдаемой группы колебалась от 2000 г до 4300 г (3077,17а 140,61 гр), при этом 9,5% (4) детей родились недоношенными с массой тела менее 2500 г, 4,7% (2) ребенка с массой тела выше 4000 г. Наблюдаемые нами больные имели факторы риска тяжелого течения острого бронхиолита: 11,9% (5) пациентов родились от многоплодной беременности, 16,7% (7) — родились с внутриутробной пневмонией, 50% (21) - находились на естественном вскармливании менее 2 месяцев, 7,1% (3) детей с рождения не получали материнского молока.

Выявлено, что наибольшая часть пациентов с РСВ-бронхиолитом поступили в ноябре и феврале месяце. У 14,2% (6) больных детей первые признаки заболевания проявились на 3 сутки после выписки из родильного дома, что было расценено как нозокомальный РСВ-бронхиолит, остальные случаи были расценены как домашнее заболевание. В большинстве случаев манифестация заболевания была постепенным с последующей манифестацией ухудшения общего состояния 66,7% (28), выражавшееся вялостью, отказом от груди и появлением катаральных явлений 71,4% (30) в виде ринита, чихания и кашля. Затем появлялись и нарастали одышка, цианоз. У 35,7% (15) детей в начале заболевания отмечалось апноэ. У больных чаще зарегистрирована фебрильная лихорадка 73,8% (31), в 21,4%(9) случаях - субфебрилитет и лишь у 4,7% (2) детей повышения температуры тела не отмечалось. При выслушивании больных была характерная аускультативная картина: симптомы бронхообструкции, такие как удлинение выдоха у всех больных

100%(42), сухие свистящие 100% (42), влажные мелкопузырчатые хрипы или крепитация 69,0% (29) и ослабление дыхания 28,5% (12).

Общая продолжительность РСВ-бронхиолита обычно составляет 10-14 дней, однако, у детей первого года жизни может встречаться пролонгированное течение, в частности, у новорожденных детей - до 21 дня [20]. Эти данные были подтверждены собственными наблюдениями.

У обследованных нами больных заболевание длилось от 5 до 23 дней. Болезнь протекала наиболее продолжительно (12,48±1,08 дней) у детей, заболевших в период новорожденности, наименьшая продолжительность (7,71±0,60 дней) заболевания зафиксирована в возрасте 5-6 месяцев. Продолжительность госпитализации во всей выборке больных составила в среднем 10,09±0,71 дней.

У всех наблюдаемых детей имелась дыхательная недостаточность (ДН), свидетельствующая о тяжелом течении заболевания. Оценка тяжести общего состояния больных проводилась при наличии клиники ДН, проявляющейся одышкой с участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, в тяжелых случаях цианозом и снижением SpO₂.

Согласно классификации ДН С.Н. Авдеева (2007) [13], снижение SpO₂ в пределах 90-94% расценено как ДН I степени, 75-89% — ДН II степени, ниже 75% — ДН III степени. При поступлении в стационар ДН I степени диагностирована в 59,5% (25) случаях, ДН II степени - у 38,7% (12) больных и ДН III степени - у 11,9% (5) пациентов. В связи с этим 69,0% (29) больных потребовалась оксигенотерапия, из них 5 (11,9%) пациентов находились на ИВЛ и получили терапию в детском реанимационном отделении.

Согласно шкале W.Tal (1996 г.) у 23,8% (10) детей диагностирована среднетяжелая и у 16,6% (7) — тяжелая степень бронхообструкции.

При лабораторном обследовании показатели, расцениваемые в качестве маркеров бактериальной инфекции: лейкоцитоз выше 15 x10⁹/л имелся у 23,8% (10) больных, нейтрофилез более 10x10⁹/л зарегистрирован в 9,5% (4) случаях, рост нейтрофильного индекса 0,2 был у одного (2,3%) пациента. Уровень СРБ > 5 мг/л зафиксирован у 35,7% (15) больных, при этом рост уровня

СРБ > 30 мг/л отмечен у одного (2,3%) ребенка. Бактериальная суперинфекция согласно данным некоторых авторов, осложняет РСВ-бронхиолит в 29,6% [14] случаях, была зарегистрирована у 21,4% (9) наблюдавшихся нами детей и проявлялась пневмонией.

При рентгенологическом исследовании РСВ-бронхиолит характеризовался усилением легочного рисунка и периферическими изменениями в 71,4% (30) случаях, эмфизематозным вздутием у 57,1% (24) больных, гиповентиляцией — у 14,2% (6) детей и проявлениями интерстициального отека у 4,7% (2) пациентов. У 7,1% (3) детей выявлены сегментарная инфильтрация и/или ателектаз легких. Рентгенограмма органов грудной клетки в двух (4,7%) случаях соответствовала норме.

При оценке тяжести бронхиолита по шкале M.H. Gorelick, S.B. Singh (2001) средний балл в выборке составил 6,71±0,22, распределение баллов было следующим: 4 балла имели 7,1% (3) детей, 5 баллов - 11,9% (5) пациента, 6 баллов 26,1% (11) больных, 7 баллов — 23,8% (10) детей, 8 баллов — 19,4% (8), 9 баллов — 11,9% (5) пациента.

Наблюдавшиеся нами больные нуждались в лечении в стационарных условиях, при этом получали интенсивную терапию в отделении реанимации 40,4% (17) пациентов из всех госпитализированных.

Таким образом, полученные результаты подтверждают, что РСВ-бронхиолит в настоящее время протекает тяжело: у 11,9% (5) пациентов сопровождается с тяжелой ДН, 26,1% (11) больным требуется госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии, 7,1% (3) детям проведена ИВЛ. При оценке проводившейся терапии выявлено, что несмотря на то, что у 73,8% (31) больных отсутствовали клинические признаки бактериальной инфекции, лишь 28,5% (12) пациентов не получали антибактериальных препаратов, тогда как большинство 76,1% (32) больных детей получили комбинированную антибактериальную

терапию одним или двумя препаратами. Наиболее часто использованы препараты из группы цефалоспоринового ряда III и IV поколения (цефотаксим, цефтриаксон, цефепим) и макролиды (азитромицин, кларитромицин).

С целью купирования бронхообструкции 40,4% (17) детей получили комбинированный препарат фенотерол+импратропия бромид (беродуал), 26,1% (11) больных - эуфиллин. Большинству 39 (92,8%) больным назначена гормонотерапия. Ингаляционные глюкокортикостероиды применены у 30,9% (13) пациентов, а остальные 69,0% (29) больных получали системные стероиды (дексаметазон, преднизолон) совместно или без (ИГКС). Прогноз заболевания во всех случаях был благоприятным и летальный исход не зарегистрирован.

Результаты бактериологического обследования мокроты у детей показали, что из числа обследованных детей положительный результат нарушения биоценоза верхних дыхательных путей зарегистрирован у 59,5% (25) пациентов.

Микроорганизмы нормофлоры зева и полости рта не учитывались, их относили к контаминирующей. Такие бактерии как *Eshherchia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *S.aureus*, *Enterococcus* и другие, выделенные из мест, несвойственных для их обитания, были расценены как дисбиоз верхних дыхательных путей.

Среди условно-патогенной флоры у каждого третьего обследованного больного (33,3%) высеяны энтерококки, обычно обитающие в кишечнике. В то же время нельзя игнорировать их влияние на клиническое течение заболевания у детей, так как дисбиоз дыхательных путей имеет прямую корреляцию с состоянием иммунитета, колонизационной резистентностью, и, таким образом, влияет на течение патологического процесса и характер воспаления.

Обсуждение результатов. У обследованных пациентов, помимо недоношенности, имелся ряд факторов риска развития РСВ-бронхиолита [15]. К ним относятся рождение в период с ноября по февраль, внутриутробная пневмония в анамнезе, рождение от многоплодной беременности, отсутствие грудного вскармливания и малая продолжительность грудного вскармливания.

У 14,2% больных РСВ-бронхиолит расценен нами как нозокомальный. С. В. Hall (1975) в своих работах отметил, что нозокомальное распространение РСВ может достигнуть 45% [16]. В большинстве случаев это связано с эпидемиологией данной инфекции, поскольку РСВ способен сохраняться на поверхностях в течение от 30 минут до нескольких часов [17]. Своевременное определение возбудителя, изоляция заболевших, тщательная обработка предметов и частое мытье рук персонала, контактирующих с больным, способствуют снижению распространения вируса.

В настоящее время иммунопрофилактика РСВ-инфекции паливизумабом не входит в официальные рекомендации по предотвращению внутрибольничных вспышек, однако, иммунизация паливизумабом способствует снижению степени тяжести клинической картины и предотвращению распространения вируса. Эффективность такой тактики была продемонстрирована исследователями в отделении интенсивной терапии новорожденных в Бразилии. Совместное сочетание стандартов инфекционного контроля с иммунопрофилактикой паливизумабом позволило предотвратить вспышку заболевания [18].

В дебюте заболевания апноэ отмечено у 37,7% больных чаще в 1-2 месячном возрасте.

Известно, что апноэ при РСВ-инфекции может развиваться до манифестации симптомов поражения дыхательной системы. Возникновение эпизодов апноэ обратно пропорционально возрасту больного, т.е. чем младше ребенок, тем вероятнее риск развития апноэ. Наиболее подвержены апноэ новорожденные, особенно недоношенные. Высокий риск развития апноэ при РСВ-бронхиолите у младенцев с ПКВ менее 44 недель [19].

Как известно, осложнения при РСВ-бронхиолите наблюдаются редко, у 23,8% (10) детей они были связаны с развитием пневмонии и у 4,7% (2) больных - с инфекцией мочевой системы и пиелонефрита.

Согласно литературным данным у детей с РСВ-бронхиолитом в 25% случаев развивается лейкоцитоз выше $15 \times 10^9/\text{л}$ и не имеет прогностического значения. При РСВ-бронхиолите в сочетании с тяжелой бактериальной инфекцией показатель лейкоцитоза составляет в среднем 12,5 тыс./мкл, однако только лейкоцитоз > 30 тыс./мкл на 33% повышает риск развития тяжелой бактериальной инфекции у больных при данном заболевании [20]. Оценка проведенной терапии больных РСВ-инфекцией, показала, что на сегодняшний день актуальной является проблема полипрагмазии, в том числе в терапии острых респираторных заболеваний у детей. Согласно клиническим рекомендациям в терапии бронхиолита перечисленные выше препараты не рекомендуются. Вместе с тем, предполагают, что лечение антибиотиками показано детям с бронхиолитом госпитализированным в ОРИТ; детям с госпитальной РСВ-инфекцией, детям с гемодинамически значимыми пороками сердца [21,22]. Однако, необоснована многократная смена антибактериальных препаратов и их назначение при отсутствии положительных маркеров бактериальной инфекции.

При остром бронхиолите показаниями для назначения системных стероидов относятся: ДН III степени ($\text{SaO}_2 < 75\%$, $\text{PaO}_2 < 40$ мм рт. ст.), подозрение на развитие облитерации бронхов (рецидив бронхиальной обструкции после светлого промежутка) и наличие клинических симптомов острой надпочечниковой недостаточности [15].

Выводы

1. РСВ-бронхиолит у детей в современных условиях протекает тяжело с развитием ДН и требует лечения в условиях ОРИТ (26,1%) с проведением оксигенотерапии (69%) и ИВЛ (11,9%).
2. При тяжелых инфекциях нижних дыхательных путей независимо от наличия маркеров бактериальной инфекции необходимо вирусологическое обследование для исключения РСВ-инфекции у данного контингента больных.
3. На современном этапе клиническая картина РСВ-бронхиолита у детей характеризуется симптомами ДН и бронхообструкции, при этом у 35,7% пациентов регистрируется апноэ в дебюте заболевания. Длительность заболевания составила в среднем 10 койко-дней.
4. Рентгенологическая картина РСВ-инфекции характеризовалась у 71,4% у детей перибронхиальными изменениями и усилением легочного рисунка и у 57,1% сопровождалось с эмфизематозным вздутием легких.
5. Не смотря на вирусную этиологию заболевания, антибактериальная терапия была проведена у 76,1% пациентов с РСВ-бронхиолитом одним или двумя препаратами, что является необоснованным.
6. При бактериологическом обследовании мокроты у детей с РСВ-бронхиолитом выявлены нарушения биоценоза верхних дыхательных путей у каждого второго пациента (59,5%), что также способствует снижению иммунобиологических свойств.

Список литературы:

1. Brèver A, Tomat AM, Seghaye MC. (2019). Update on the management of bronchiolitis. *Rev Med Liege*, 4(4), 175-178
2. Делягин В.М. (2010) Острый бронхиолит у детей. *Медицинский Совет*, 3 (1). С. 64-68
3. Овсянников Д.Ю., Дегтярёв Д.Н., Рюмина И.И., Кршенинская И.В., Орловская И.В. (2013). Нозокомиальный респираторно-синцитиальный вирусный бронхиолит у недоношенных детей: особенности течения, лечение и профилактика в реальной клинической практике *Вестник РАМН*. (11), С 54-59.
4. Hall C.B. (2001). Respiratory syncytial virus and parainfluenza virus // *N. Engl. J. Med.* Vol. 344, (25). P. 1917-1928.
5. American Academy of Pediatrics. Respiratory syncytial virus. In: Pickering LK editor(s). *Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 29th Edition. Elk Grove Village: Churchill Livingstone, 2012:609-18
6. Arms J.L., Ortega H., Reid S. (2008). Chronological and clinical characteristics of apnea associated with respiratory syncytial virus infection: a retrospective case series // *Clinical Pediatrics* ; 47(9), 953-958.
7. Hall C.B., Hall W.J., Speers D.M. (1979). Clinical and physiological manifestations of bronchiolitis and pneumonia. Outcome of respiratory syncytial virus. *American Journal of Diseases of Children*. 133(8), 798-802.
8. Ralston S., Hill V. (2009). Incidence of apnea in infants hospitalized with respiratory syncytial virus bronchiolitis: a systematic review. *Journal of Pediatrics*.; 155(5), 728-33
9. MacDonald N.E., Hall C.B., Suffin S.C., Alexson C., Harris P.J., Manning J.A. (1982). Respiratory syncytial viral infection in infants with congenital heart disease. *N. Engl. J. Med.*, 307 (7), 397300.
10. Tal A., Bavilski C., Yohai D. et al. (1983). Dexamethason and salbutamol in the treatment of acute wheezing in infants. *Pediatrics*; 71 (1), 13-18. DOI: Doi.org/10.1007/ bfD3302844.
11. McCallum G.B., Morris P.S., Wilson C.C. et al. (2012). Severity scoring systems: are they internally valid, reliable and predictive of oxygen use in children with acute bronchiolitis? *Pediatr. Pulmonol*; 48 (8), 797-803. DOI: 10.1002/ppu1.22627.
12. Gorelick M.H., Singh B.S., Shabalov N.P. (2006). The state of emergency in the pathology of the respiratory system. *Secrets emergency pediatrics: translation from English*. Moscow: MEDpress-inform, 277—91.
13. Avdeev S.N. (2007). Respiratory failure: definition, classification, approaches to diagnostics and therapy. *Respiratory Medicine*. Moscow: GEOTAR-Media, (2), 658-68.
14. Bento V., Machado R., Ferreira M. (2010). RSV infection — risk factors, complications and treatment in two Portuguese hospitals. *Pediatr. Infect. Dis. J.*, (10), 932-938
15. Овсянников Д.Ю. (2010). Острый бронхиолит у детей. *Вопр. практ. Педиатрии*, 5 (2), 75-84.
16. Hall C.B., Douglas R.G., Geiman J.M., Messner M.K. (1975). Nosocomial respiratory syncytial virus infections. *N. Engl. J. Med.*, (293), 1343-1346.
17. Hall C.B. Respiratory syncytial virus: What we know now. (2014). *Contemp. Pediatr*, (10), 92-110.
18. O'Connell K., Boo T.W., Keady D., Nirriain U., O'Donovan D., Commane M. et al. (2011). Use of palivizumab and infection control measures to control an outbreak of respiratory syncytial virus in a neonatal intensive care unit confirmed by real-time polymerase chain reaction. *J. Hosp. Infect.*, (77), 338-342.
19. Kneyber M.C., Brandenburg A.H., de Groot R., Joosten K.F., Rothbarth P.H., Ott A. et al. (1998). Risk factors for respiratory syncytial virus associated apnoea. *Eur. J. Pediatr*, (157), 331—335.
20. Purcell K, Fergie J. (2007). Concurrent serious bacterial infections in 2396 infants and children hospitalized with respiratory syncytial virus lower respiratory tract infections *Pediatr Infect Dis J*, 26(4),311-315.
21. Garifulina, L., Ashurova, M., Goyibova, N. Characteristic of the cardiovascular system in children and adolescents at obesity in accompaniment of arterial hypertension (2020) *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, 7 (3), pp. 3171-3175.
22. Овсянников Д. Ю. соавт. (2015). Инфекции нижних дыхательных путей респираторно- синцитиальной вирусной этиологии у недоношенных детей и детей с бронхолегочной дисплазией *Детские инфекции*, (3), С. 5-10.

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 2

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 2

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000