CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES

Volume: 02 Issue: 03 | May-June 2021 ISSN:2660-4159

www.cajmns.centralasianstudies.org/index.php

АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДАННЫХ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫЙ ПНЕВМОНИЙ В ЗОНЕ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ

[1]Бобомуратов Т.А.,
[2]Юсупова У. У

Received 15th April 2021,
Accepted 28th April 2021,
Online 18th May 2021

[1,2]Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

ABSTRACT: *Оценить особенности клинического течения и системы гемостаза у детей с острыми пневмонии в экологическими условиями проживания.*

Keywords: *острая пневмония, система гемостаза, Патология респираторного тракта имеет высокий удельный вес в структуре заболеваемости у детей всех возрастных групп, однако именно в раннем возрасте она может составлять до 80% всех случаев обращений за медицинской помощью. Особое место среди острых и хронических болезней органов дыхания занимает пневмония, как одна из основных причин госпитализации детей в пульмонологическое отделение, возможности развития жизнеугрожающих осложнений и даже летального исхода [12,3,7,9].*

Методы. Были исследованы 50 детей с острой внебольничной пневмонией в возрасте от 1 до 3 лет проживающих в регионе Аральского моря (на территории Хорезмской области) Диагноз выставлен на основании анамнеза, клинических признаков, результатов инструментальных и лабораторных исследований. Определяли концентрацию в сыворотке крови, изучали систему гемостаза.

Результаты. У больных проживающих экологически неблагоприятных регионах часто сопровождается осложненные течение острой пневмонии часто сопровождался обструкцией с рецидивами. Показатели системы гемостаза зависели от тяжести заболевания. При неблагоприятной экологической среде у больных с осложнённм видом острой пневмонии наблюдалось изменение в системе гемостаза и виде высокой подготовленности для внутрисосудистого свёртывание крови, повышение количество фибриногена, по АЧТБ гипо - или гиперкоагуляция, тромбинемия, понижение фибринолиза. Эти изменения в системе гемостаза у детей с острой пневмонией показывает существование тромбогенной опасности и требует проведение эффективной коррекцию и профилактики этих изменение. Диагностический алгоритм верификации пневмонии, основаны на общепринятой клинической симптоматике и согласно Протоколу лечения пневмоний у детей. Пневмония диагностировалась при наличии комплекса симптомов общей интоксикации, лихорадки, катаральных проявлений (продуктивный кашель), дыхательной недостаточности (одышка, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, акроцианоз и др.), перкуторных (локальное укорочение перкуторного тона) и

аускультативных (жесткое или бронхиальное дыхание, крепитация, асимметричные влажные мелкопузырчатые хрипы) изменений в легких.

Особенно актуальной остается проблема развития пневмонии у детей, Которые часто болеют острыми респираторным заболеваниями (ОРЗ). Это связано не только с высокой распространенностью ОРЗ в детской популяции, но и развитием тяжелых осложнений со стороны различных органов система. Нарушений системы гемостаза при острых заболеваниях органов дыхания. Как известно, при пневмонии нарушается вентиляционная, диффузионная и перфузионная функция лёгких, что нередко приводит к нарушению параметров системы гомео и гемостаза Несмотря на значительный прогресс в изучении этиологии, эпидемиологии, диагностики и лечение, острые заболевания органов дыхания занимают первое место в структуре заболеваемости у детей и третье - в структуре младенческой смертности. И на сегодняшний день часто встречаются осложнения, рецидивы, длительная продолжительность и хронизация респираторных заболеваний [3,8,10].

Нарушение гемостаза у детей раннего возраста имеет особую актуальность, оно легко изменяется на фоне физиологической нестабильности организма под влиянием разнообразных патологических процессов, которые приводит к летальному исходу у детей с бактериальной инфекцией, это часто отмечается при пневмонии и её осложнениях. А также позволили бы разработать новые пути прогнозирования, диагностики, лечение нарушений в системе гемостаза, нередко возникающих при острых пневмонии в экологически неблагоприятных регионах.[1,4,5,11]

Цель. Оценить особенности клинического течения и системы гемостаза у детей с острыми пневмонии в экологическими условиями проживания.

Методы. Были исследованы 50 детей с острой внебольничной пневмонией в возрасте от 1 до 3 лет проживающих в регионе Аральского моря (на территории Хорезмской области) Диагноз выставлен на основании анамнеза, клинических признаков, результатов инструментальных и лабораторных исследований. Определяли концентрацию в сыворотке крови, изучали систему гемостаза.

Результаты. У больных проживающих экологически неблагоприятных регионах часто сопровождается осложненные течение острой пневмонии часто сопровождался обструкцией с рецидивами. Показатели системы гемостаза зависели от тяжести заболевания. При неблагоприятной экологической среде у больных с осложнённм видом острой пневмонии наблюдалось изменение в системе гемостаза и виде высокой подготовленности для внутрисосудистого свёртывание крови, повышение количество фибриногена, по АЧТБ гипо - или гиперкоагуляция, тромбинемия, понижение фибринолиза.

Тяжёлое течение и осложнение острой пневмонии у детей младшего детского возраста характеризуется компенсаторной гиперкоагуляций, субкомпенсаторной гиперкоагуляций, декомпенсаторной гиперкоагуляцией, переходом гиперкоагуляции в гипокоагуляции, различными кровотечениями. Эти изменения в системе гемостаза у детей с острой пневмонией показывает существование тромбогенной опасности и требует проведение эффективной коррекцию и профилактики этих изменение. Диагностический алгоритм верификации пневмонии, основаны на общепринятой клинической симптоматике и согласно Протоколу лечения пневмоний у детей. Пневмония диагностировалась при наличии комплекса симптомов общей интоксикации, лихорадки, катаральных проявлений (продуктивный кашель), дыхательной недостаточности (одышка, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, акроцианоз и др.), перкуторных (локальное укорочение перкуторного тона) и аускультативных (жесткое или бронхиальное дыхание, крепитация, асимметричные влажные мелкопузырчатые хрипы) изменений в легких. Также подтверждались наличием легочных инфильтратов

по данным рентгенографических исследований органов грудной клетки в прямой, при необходимости - в боковой проекции.

Системы гемостаза включало определение протромбинового времени (ПТ), концентрацию фибриногена (FIB), активность частичное тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового индекса (ПТИ) на аппарате (HUMAN CLOT DUO plus), количество тромбоцитов с помощью анализатора -«Couiter MD», свертываемость крови по Фонио.

Статистическая обработка результатов исследования проведена с применением современных вычислительных систем типа IBM при помощи пакета стандартных программ «Excel». Для выявления взаимосвязей между анализируемыми показателями проводили корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции и проверкой его значимости с помощью критериев t-Стьюдента и $\chi 2$ Пирсона.

Результаты проведенного исследования показали, что высокая встречаемость осложненных фоно пневмонии наблюдалась у детей (81%). У больных наиболее частой осложнений выявили кардит, который определен у 50% (25), бронхо - обструктивный синдром выявлен у 30% (15) и ДВС синдром 10% (5).

Основными факторами риска развития внебольничной пневмонии у больных, проживающих, в экологически неблагоприятных регионах явилась, преморбидный фон. Анализ полученных данных показал, что в детей поступивших на стационарное лечение сопутствующие заболевания имели 68 (88,2 %) детей. При этом диагноз рахит имели 53 (77,9%) детей, белково-энергетический недостаточность БЭН – 43 (63,2%) детей, анемия 68 (98%) детей.

Лабораторные показатели гемостаза при поступлении в стационар у больных представлены в таблице 1.

Табл. 1. Показатели гемостаза у больных (M±m)

Критерий	Острая пневмония I группа (n=50)	Здоровые дети II группа (n=30)
Тромбоциты ($X10^9$/л)	379±15,3	205,0 ± 16. 9
АПТВ (сек)	47,7±1,9*	33± 0,7
ТВ (сек)	9,7±1,1*	17,2 ± 1,2
ПТВ (сек)	15,7±1,2*	16,8 ± 2,5
Фибриноген (г/л)	4,49±0,32*	2-4 г/л

*Примечание. M – среднее арифметическое; m – ошибка средней величины; n – количество больных; Статистическая значимость разницы с показателями контрольной группы: * - значимые межгрупповые различия (p ≤0,05; p ≤0,01).*

Развитие воспалительного процесса при острой пневмонии невозможно представить без измени в система гемостаза, так как свертивающая и противосвертивающая система крови имеет особенно значения в патогенезе этого заболевания. Анализ лабораторных данных под контрольных больных, особенно у первой групп, показал повышение показателей фибриногена (4,49 ± 0,32 г/л), активированного частичного тромбиного время (АЧТВ 47,7 ± 1.9 сек) количество тромбоцитов, уменьшение показателей протромбиного времени (ПТ) и протромбиного индекса (ПТИ). При анализе лабораторных показателей у 9% больных выявлено нормальные или незночительные изменение в показателе, у 22% больных выявлено компенсаторная

гиперкоагуляция, у 55% больных выявлена субкомпенсаторная гиперкоагуляция, у 14% больных выевлена декомпенсаторная гиперкоагуляция (переход гиперкоагуляции в гипокоагуляцию, различные кровотечения). При осложнённой острой пневмонии ред. показатели коагуляционного звена системы гемостаза показало высокую тромботическую подготовленность для внутри сосудисую свёртываемости крови. Своевременно невыполненная коррекционная терапия у больных детей с гиперкоагуляционным синдромом приводило к далнейшему ухудшению их общего состояния и переход гиперкоагуляционного состояние в декампенсаторным изменениям.

Таким образом, при острых невмания у детей осложненных формах острых бронхолгочных заболеваний имела место реакция гемостаза в виде тромбинемии, угнетения фибринолиза. Изменение в системе гемостаза, может быть одним из факторов, который определяет осложненное и рецидивирующие течение патологического процесса. Эти изменение были более выраженные у детей, больных проживающих в регионе Аральского моря (на территории Хорезмской области)

Выводы

1. Фоновые заболевания имеют выраженную значению в развитие и течение, в осложнение у детей с острым пневмонией и другими заболеваниями лёгких. У 88,2% больных детей живущих в Хорезмской области обнаружено фоновые заболевания от двух и более фоновые заболевания. Эти фоновые заболевания привели к тяжелым и затяжным течением, осложнением, глубоким изменениям в иммунной системе и системе гемостаза у больных детей с острой пневмонией.

2. Тяжёлое течение и осложнение острой пневмонии у детей младшего детского возраста характеризуется компенсаторной гиперкоагуляцию, субкомпенсаторной гиперкоагуляцию, декомпенсаторной гиперкоагуляцией, переходом гиперкоагуляции в гипокоагуляции, различными кровотечениями.

3.При неблагоприятной экологической среде у больных с осложнённм видом острой пневмонии наблюдалось изменение в системе гемостаза в виде высокой подготовленности для внутрисосудистого свёртывание крови, повышение количество фибриногена, по АЧТБ гипо - или гиперкоагуляция, тромбинемия, понижение фибринолиза.

4.Эти изменения в системе гемостаза у детей с острой пневмонией показывает существование тромбогенной опасности и требует проведение эффективной коррекцию и профилактики этих изменение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Социальные и организационные проблемы педиатрии. М.: Династия. 2003; 233-252. [Baranov A.A., Al'bitskiy V.Yu. Sotsial'nye i organizatsionnye problemy pediatrii. (Social and organizational problems of Pediatrics.) Moscow: Dinastiya. 2003; 233-252. (In Russ.)]

2. Бобомуратов Т.А. Изучение системы гемостаза и оценка эффективности лимфотропной антикоагулянтной терапии у детей раннего возраста при острых пневмониях. Лимфология. Андижан. 2000; 1-2: 9-13.

3. Гусев Е.Ю., Юрченко Л.Н., Черешнев В.А. и др. Варианты развития острого системного воспаления. Цитокины и воспаление. 2008; 7 (2): 9–17. [Gusev E.Y.,Yurchenko L.N., Chereshnev V.A. et al. The variants of acute systemic inflammation evolution. Tsitokiny i vospalenie. 2008; 7 (2): 9–17. (In Russ.)]

4. Зайцева О.В. Рекуррентные респираторные инфекции: можно ли предупредить? Педиатрия. 2015; 94 (2): 185-192. [Zaytseva O.V. Recurrent respiratory infections: is it possible to prevent them? Pediatriya. Zhurnal im. G.N. Speranskogo. 2015; 94 (2): 185-192. (In Russ.)]

5. Кетлинский С.А., Симбирцев А.С. Цитокины. СПб.: Фолиант. 2008; 552 с. [Ketlinskiy S.A., Simbirtsev A.S. Tsitokiny. (Cytokines.) St. Petersburg: Foliant. 2008; 552 p. (In Russ.)]

6. Кузник Б.И., Цыбиков Н.Н. Аутоиммунные механизмы регуляции системы гемостаза. Сибир. онкол. ж. 2005; 13 (1): 88-95. [Kuznik B.I., Tsybikov N.N. Autoimmune mechanisms of the hemostatic system regulation. Sibirskiy onkologicheskiy zhurnal. 2005; 13 (1): 88-95. (In Russ.)]

7. Маматкулова Д.Х., Бобомуратов Т.А. Клинико-патогенетические значение изменений нарушений гемостаза и путей их коррекции при хронических пневмониях у детей. Медицинские науки. 2004; 2: 29-30.

8. Самсыгина Г.А. Проблема часто болеющих детей в педиатрии. Педиатрия. 2015; 94 (1): 167-169. [Samsygina G.A. The issues of frequently ill children in pediatrics. Pediatriya. Zhurnal im. G.N. Speranskogo. 2015; 94 (1): 167-169. (In Russ.)]

9. Учайкин В.Ф. Рецидивирующие респираторные инфекции у детей: применение иммуномодуляторов для лечения и профилактики. Педиатрия. 2009; 87 (1): 127-132. [Uchaykin V.F. Recurrent respiratory infections in children: the use of immunomodulators for the treatment and prevention. Pediatriya. Zhurnal im. G.N. Speranskogo. 2009; 87 (1): 127-132. (In Russ.)]

10. Arai K. Cytokines: coordinators of immune and inflammatory responses. Ann. Rev. Biochem. 2006; 59: 783.

11. Bellanti J. Recurrent respiratory tract infection in pediatric patient. Drugs. 2006; 54 (suppl. 1): 1-4.
12. Закиров И.И., Сафина А.И. // Критерии диагностики и лечения внебольничной пневмонии у детей // Практическая медицина, 2014. № 7. С. 32-37.