

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши баъзе хусиятҳои клиника, этиология, ташхис, сохтори морфологӣ, роҳҳои мувофиқгардонӣ ва самаранокии муолиҷаи ОПЗГКМО.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Таҳлили проспективии маълумотҳои этиологӣ, сохтори морфологӣ ва клиникаи таърихи бемории 70 бемори гирифтори омоси пӯст ва зоиҳои он дар мавзеи гунбази косахона ва атрофи арбиталӣ ба амал оварда шуда, самаранокии муолиҷа (дар мавриди 67 бемори гирифтори ОПЗГКМО) дар шароити Муассисаи давлатии «Маркази илмӣ саратоншиносии ҷумҳуриявӣ»-и ВТ ва ҲИА ҚТ дар давраи солҳои аз 2015 то 2018 арзёбӣ гардид.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Этиологияи инкишоф дар байни 63 бемори гирифтори ОПЗГКМО-и бадсифат: а) дар мавриди 53 (84%) беморони таъсири радиатсияи офтоб сабаб гардида буд; б) зимни 7 (11%) бемор бошад, мавҷудияти ранги равшани пӯст (равшаниҳисқунӣ ба таъсири радиатсияи офтоб); в) ҳангоми 3 (5%) пациент дар заминаи термикӣ ва фотосӯхтагӣ.

Таҳқиқоти патоморфологии 70 (100%) бемори гирифтори ОПЗГКМО муайян намуд, ки дар мавриди 63 (90%) бемор номияҳо бадсифатанд, зимни 7 (10%) ҳодиса бошад, омосҳо хушсифатанд. Арзёбии самаранокии муолиҷа дар баробари 67 бемори гирифтори ОПЗГКМО нишон дод, ки зимни 58 (86.5%) натиҷаи бениҳоят хуб ҳосил шуд; дар мавриди 3 (4.5%) бемор бошад, натиҷаҳо хубанд; дар 3 (4.5%) бемор қаноатбахш ва дар мавриди 3 (4.5%) бемор, муолиҷа ғайриқаноатбахш аст. Сифати умри беморон тибқи шкалаи Карновский аз ҳадди аққал - 60% то 100% ру ба бехбудӣ овард.

Хулоса. Усулҳои мувофиқи муолиҷа ҳангоми ОПЗГКМО ба даст овардани натиҷаҳои қаноатбахш ва бениҳоят хубро дар мавриди 96% беморон имконпазир гардонид, ки барои тезонидани реабилитатсия ва беҳтар гардонидани сифати умри беморон мусоидат намуд.

Калимаҳои калидӣ: клиника, ташхис ва мувофиққунонии муолиҷаи омоси пӯст ва зоиҳои он, гунбази косахона, мавзеи атрофи арбиталӣ.

УДК 616.235:613.95 (575.3)

А.В. Вохидов, Р.М. Нуров, Х.Б. Давлятов, Р.М. Абдурахимов

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

ГУ НИИ профилактической медицины г. Душанбе

Вохидов Абдусалом Вохидович – д.м.н., проф., ведущий научный сотрудник ГУ МК «Истиклол»; тел.: +992 907 707 996; e-mail: avokhidov@hotmail.com

Цель исследования. Дать характеристику особенностям течения патологии бронхолегочной системы ВИЧ-инфицированных детей.

Материалы и методы исследования. Основную группу составили 28 ВИЧ-инфицированных детей, группу сравнения составили 12 детей по возрасту идентичные с детьми основной группы. Среди наблюдаемых детей основной группы мальчики составили 18 (64,28%), девочек было 10 (35,71%). Всем детям были проведены серологические исследования, на выявление антител к вирусу иммунодефицита человека, для этих целей был использован методом ИФА.

Результаты исследования и их обсуждение. Более половины обследованных ВИЧ-инфицированных детей 15 (53,5%), родились недоношенными с признаками задержки внутриутробного развития, патологией ЦНС. Наиболее характерным признаком для каждого 4-го ребенка, было слабая прибавка или полное отсутствие динамики изменения массы тела, каждый третий ребенок (9 - 32,14%) страдал пневмоцистной пневмонией.

Заключение. ВИЧ-инфицированные дети, страдающие бронхолегочной патологией, отстают в физическом и психомоторном развитии, регистрируются частые рецидивы инфекций, выявляется лимфаденопатия, гепатомегалия, спленомегалия.

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированные детей, бронхолегочная патология.

A.V. Vokhidov, R.M. Nurov, Kh.B. Davlyatov, R.M. Abdurakhimov

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF THE BRONCHO-PULMONARY PATHOLOGY IN CHILDREN WITH HIV

State Research Institute of Preventive Medicine, Dushanbe, Tajikistan

Vokhidov Abdusalom Vokhidovich - Doctor of Medical Sciences, professor, a leading researcher at the state institution "Istiqlol" Health Complex; e-mail: avokhidov@hotmail.com; Tel: +992 907 707 996.

Aim. To characterize features of the broncho-pulmonary system pathology in children with HIV.

Material and methods. The main group consisted of 28 HIV infected children and the comparison group consisted of 12 children of the same age. Boys made 18 (64.28%) and girls 10 (35.71%) of all observed children in the main group. All children underwent a serological test to identify antibodies to the human immunodeficiency virus, by ELISA method.

Results. More than half of the surveyed HIV - infected children 15 (53.5%) were born prematurely with signs of intrauterine growth restriction and CNS pathology. The most evident symptom for every 4 children was a weak increase or a complete absence of the dynamics of change in body weight; every third child (9 - 32.14%) suffered from *Pneumocystis pneumonia*.

Conclusion. HIV-infected children are suffering from broncho-pulmonary pathology; lagging behind in physical and psychomotor development; subjected to frequent relapses of infections; cases of lymphadenopathy, hepatomegaly and splenomegaly are observed.

Keywords: HIV - infected children, broncho-pulmonary pathology.

Актуальность. Патология бронхолегочной системы, в частности пневмонии, практически всегда сопровождают любое иммунодефицитное состояние, именно клинические признаки данной патологии чаще всего наводят на мысль о наличии у ребенка иммунодефицитной патологии [2, 3]. Не редко, по причине идентичности клинической симптоматики врачи не всегда имеют настороженность относительно ВИЧ-инфекции это и является одной из причин не своевременной диагностики данной патологии. Все выше сказанное, приводит к тому, что такие дети не могут из-за не своевременной диагностики вторично иммунодефицитного состояния, консультироваться в специалистов различного профиля, получать иногда совершенно не обоснованную терапию [1, 3, 5]. Не своевременность получения адекватной терапии способствует ухудшению в состоянии больного ребенка, а даже в некоторых случаях приводит к неблагоприятному исходу.

Актуальность данной проблемы заключается в том, что при патологии бронхолегочной системы у детей, до сегодняшнего дня регистрируются высокие показатели летальности, все это определяется тем, что у врача нет конкретных четких диагностических маркеров, что в свою очередь затрудняет постановку данного диагноза.

Цель исследования. Дать характеристику особенностям течения патологии бронхолегочной системы ВИЧ-инфицированных детей.

Материалы и методы исследования. Для достижения решения поставленной цели и решения задач, под нашим наблюдением находились 28 ВИЧ – инфицированных детей страдающих бронхолегочной патологией. По возрасту обследованные пациенты относились к группе детей раннего возраста, все дети были на диспансерном учете в Городском центре СПИДа г. Душанбе, на госпитализацию дети направлялись в специализированное отделение при ГДИ больницы, где и получали антиретровирусное лечение. Основную группу составили 28 ВИЧ-инфицированных детей, группу сравнения составили 12 детей по возрасту идентичные с детьми основной группы. Среди наблюдаемых детей основной группы мальчики составили 18 (64,28%), девочек было 10 (35,71%).

Находящимся под наблюдением больным были проведены общеклинические методы исследования, оценка состояния ребенка, термометрия, проведение общеклинического и биохимического анализа крови, бактериологические исследования, рентгенография органов грудной клетки. Согласно протоколу, всем детям были проведены серологические исследования, на выявление антител к вирусу иммунодефицита человека, для этих целей был использован метод ИФА, который позволяет определить в сыворотке крови суммарные антитела к ВИЧ. В то же время были проведены изучения иммунного статуса детей.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы Statistika V.5.5A с использованием t-критерия Стьюдента для независимых и зависимых выборок.

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализ данных перинатального периода показал, что более половины обследованных ВИЧ-инфицированных детей 15 (53,5%), страдающих патологией бронхолегочной системы родились недоношенными с установленными признаками задержки внутриутробного развития, инфекции, у которых выявлялись в раннем неонатальном периоде специфические данному периоду неврологические нарушения. Динамическое возрастное наблюдение за данными детьми показало, что большинство из них 76,8% отставали в своем развитии, у них выявлялись различные проявления рецидивирующей инфекции, клинически которые проявлялись лимфаденопатиями, гепато - спленомегалией. Наиболее характерным признаком для каждого 4 ребенка, было слабая прибавка или полное отсутствие динамики изменения массы тела, каждый третий ребенок (9 - 32,14%) страдал пневмоцистной пневмонией. Признаки систематического расстройства функции кишечника в виде энтерита выявлено у 7 (25%) детей, характерное грибковое поражение кожи и слизистых оболочек был отмечен у 6 (21,4%) детей. Для всех детей, как наиболее постоянный признак, было

характерно наличие отставание в психомоторном развитии, симптомы или признаки микроцефалии выявлены у 3 детей.

Анализируя меж половую разницу клинических проявлений у ВИЧ-инфицированных детей, страдающих патологией бронхолегочной системы установлено, что такие признаки как стоматит, воспаление среднего уха, сыпь на коже, расстройство стула, чаще регистрируется среди мальчиков (рис. 1), выявлено небольшое статистически достоверное различие ($p < 0,05$).

Для более чем 2/3 (78,9%) детей, на момент поступления на стационарное лечение, были характерны признаки выраженного синдрома интоксикации, которые появлялись в виде клинической симптоматики, наличием навязчивого, по характеру сухого упорного кашля, с достаточно выраженными за грудинными болями, высокой лихорадкой, временами выраженной потливостью, общей слабостью и недомоганием. Для всех детей 28 (100%) как постоянный признак было характерно наличие увеличенных лимфатических узлов, которые по характеру были подвижные, не спаяны с подкожной клетчаткой. Другим наиболее характерным маркером бронхолегочной патологии в частности пневмонии для ВИЧ-инфицированных детей был необоснованный субфебрилитет 25 (89,2%), признаки повышенной утомляемости (78,38%) и потливость (86,49%), которое наиболее часто регистрировалось в ночное время,

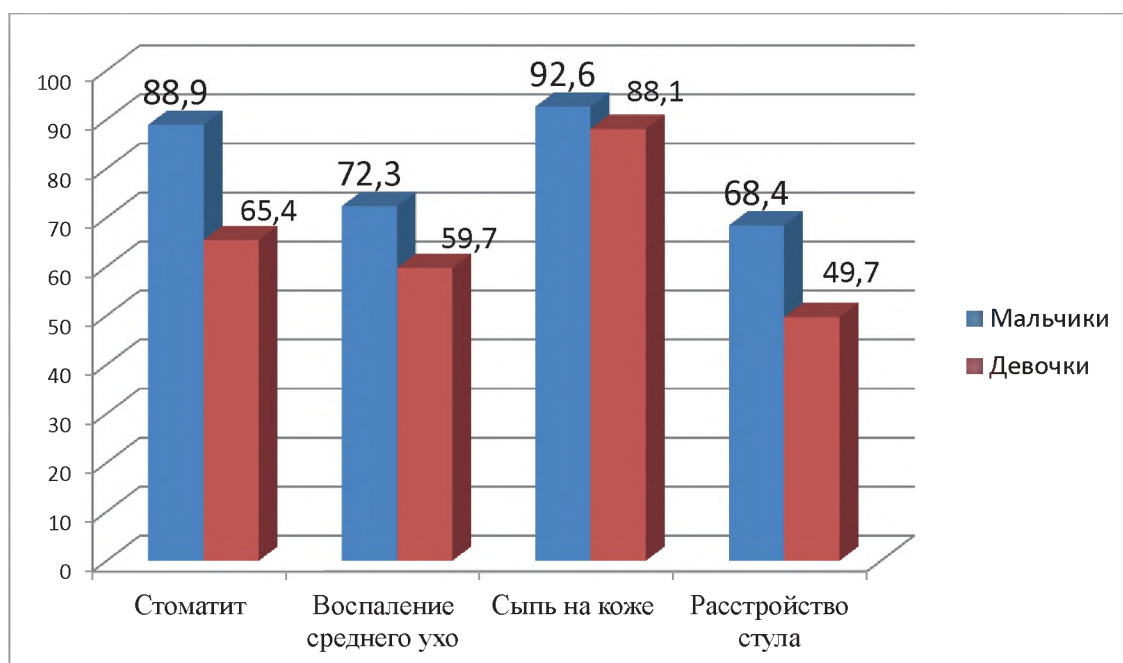


Рис. 1. Гендерные различия основных клинических признаков ВИЧ-инфицированных детей, в %.

необходимо отметить и то, что данный признак не редко не был связан с изменением температурного профиля ребенка. Изменение характера и частоты стула выявлялись у 62,16% больных, все выше приведенные признаки непременно приводил к снижению массы тела, данный признак выявлен у 89,19% больных. Анализ периферической крови показал, наличие: лейкопении, непостоянное снижение Т4 - лимфоцитов, тромбоцитопения, в то время как постоянным признаком было обнаружение антител к ВИЧ.

Наши наблюдения за детьми основной группы показало, что у большинства из них (89,5%) имело место наличие изменение размеров лимфатических узлов – увеличение у 94,5%, уменьшение или без изменения величины – 5,5%, также установлено увеличение гепатобилиарной системы. У всех детей имело место наличие признаков интоксикации, степень выраженности которой была различной. Синдром интоксикации сопровождался колебанием температуры тела в большинстве случаев была субфебрильной, падением массы тела (дефицит массы тела 40% и более), гипотрофия II – III степени, дистрофия мышц, характер стула чаще был не устойчивый, на теле у детей выявлялись герпетические высыпания и пиодермия. Все дети отставали в психомоторном развитии, несомненно, приведенные признаки свидетельствуют о наличии ВИЧ инфекции.

Из физикальных симптомов пневмонии, регистрировались наличие влажного или сухого упорного кашля – 67,5%, также у некоторых определялось тахипное – 54,0%, частота дыхания превышало 40 и доходило до 60 в 1 мин., цианоз носогубного треугольника, выраженная венозная сеть на передней стенке живота. Перкуторно обнаруживался тимпанит – 78,3%, а аускультативно - выслушивались рассеянные крепитирующие хрипы – 45,6%, мелкопузырчатые влажные хрипы – 54,4%. Рентгенологически выявлялась интерстициальная пневмония, что свидетельствовало о наличии диффузной интерстициальной инфильтрации, кроме этого была выражена ретикулонодулярная инфильтрация в базальных отделах легких чаще характерна для микоплазменной пневмонии с медиастинальной лимфоаденопатией, синусы у большинства детей были свободны. Обычно такая пневмония характеризовалась как длительная, плохо поддавалась лечению, часто рецидивировала. Бактериологиче-

ское исследование макроты свидетельствовало о наличии пневмоцист - 11 (39,28%). Такая картина мокроты, служило основанием имеющие изменения в легких квалифицировать как пневмоцистную пневмонию. У 7 (25,0%) больных поражение легких проявилось в виде цитомегаловирусной пневмонии. У 2 - х детей наблюдался неустойчивый стул причиной которого был дисбактериоз.

У 19 (67,85%) детей отмечалась лимфоцитарная интерстициальная неспецифическая пневмония, которая не связана с каким - либо возбудителем.

Клинически такая пневмония проявлялась респираторным дистресс-синдромом с явлениями незначительной гипоксии. Заболевание часто сопровождалось возникающими приступами цианоза, которые у 2 (7,1%) закончились развитием острой дыхательной недостаточности. Результаты исследования показали, что процесс в легких у наблюдаемых наших детей периодически усиливался или затухал и клинически не проявлялся месяцами.

Выводы.

Лидирующие позиции в структуре заболеваемости ВИЧ-инфицированных детей, занимает патология органов дыхания. Часто болеющие дети всегда должны относиться к группе риска в плане ВИЧ-инфицированности ребенка. Продолжительность и качество жизни ВИЧ-инфицированного ребенка зависит от ранней диагностики, что является залогом своевременного начала антиретровирусной терапии.

Подтверждение диагноза пневмоцистной пневмонии основывалась на оценке и выявлении наиболее специфичной клинической картины (основной признак – синдром дыхательных расстройств приводящий к прогрессирующей дыхательной недостаточности); оценка степени выраженности иммунодефицитного состояния у пациента; повышение показателей СОЭ и суммарная активность ЛДГ, низкая насыщаемость крови кислородом артериальная гипоксемия; наличие и верификация возбудителя из биологического секрета респираторного тракта; результаты лучевой диагностики показали – двустороннюю интерстициальную инфильтративно измененную картину в легких; результативность противопневмоцистной химиотерапии триметоприм/сульфометаксозолом на клинко-рентгенологическом диагностикуме.

ВИЧ-инфицированные дети, страдающие бронхолегочной патологией, отстают в физическом и психомоторном развитии, регистрируется частые рецидивы инфекций, выявляется патология со стороны лимфатической и гепатобиллиарной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашурова Р.Ш. Диагностика ВИЧ-инфекции на перинатальном этапе и у новорождённых детей / Р.Ш. Ашурова [и др.] // Вестник Авиценны. - 2016. - №1 (66). - С. 123-128.
2. Ермак Т.Н. Лечение пневмоцистной пневмонии при ВИЧ-инфекции / Т.Н. Ермак // Фарматека. - 2013. - №13. - С. 17-21.
3. Нуриддинова Н.Н. Медико-социальные аспекты ВИЧ - инфекции и пути её снижения у потребителей инъекционных наркотиков в Республике Таджикистан / Н.Н. Нуриддинова [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. - №1. - 2012. - С. 10-15
4. Потехин Н.П. СПИД-ассоциированная пневмоцистная пневмония / Н.П. Потехин // Воен.-мед. журн. - 2005. - №10. - С. 42-48.
5. Самитова Э.Р. Диагностика пневмоцистной пневмонии у больных ВИЧ-инфекцией / Э.Р. Самитова // Инфекционные болезни. - 2010. - Т. 5, №4. - С. 66-68.
6. Ташматова Г.А. Особенности течения пневмонии у ВИЧ-инфицированных детей / Г.А. Ташматова // Молодой ученый. - 2016. - №26. - С. 208-211.

REFERENCES

1. Ashurova R.Sh. Diagnostika VICH-infektsii na perinatalnom etape i u novorozhdennykh detey [Diagnosis of HIV infection in the perinatal stage and in newborns]. R.Sh. Ashurova [i dr.]. Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna, 2016, No. 1 (66), pp. 123-128.
2. Ermak T.N. Lechenie pneumotsistnoy pnevmonii pri VICH-infektsii [Treatment of Pneumonia in HIV Infection]. T.N. Ermak. Farmateka, 2013, No. 13, pp. 17-21.
3. Nuriddinova N.N. Mediko-social'nye aspekty VICH - infekcii i puti eyo snizheniya u potrebitelej in'ekcionnykh narkotikov v Respublike Tadjikistan [Medico-social aspects of HIV infection and ways to reduce it among injecting drug users in the Republic of Tajikistan]. N.N. Nuriddinova [i dr.]. Zdravooxranenie Tadjikistana - Healthcare of Tajikistan. – No. 1. 2012. pp. 10-15
4. Potekhin N.P. SPID-assotsirovannaya pnevmotsistnaya pnevmoniya [AIDS-associated Pneumonia]. N.P. Potekhin. Voennno meditsinskiy zhurnal - Military medical journal, 2005, No. 10, pp. 42-48.
5. Samitova E.R. Diagnostika pneumotsistnoy pnevmonii u bolnykh VICH-infektsiy [Diagnosis of Pneumonia in patients with HIV infection]. E.R. Samitova. Infektsionnye bolezni - Infectious disease, 2010, Vol. 5, No. 4, pp.

66-68.

6. Tashmatova G.A. Osobennosti techeniya pnevmonii u VICH-infitsirovannykh detey [Features of pneumonia in HIV-infected children]. G.A. Tashmatova. Molodoy uchenyy - Young scientist, 2016, No. 26, pp. 208-211.

ХУЛОСА

А.В. Воҳидов, Р.М. Нуров, Х.Б. Давлатов, Р.М. Абдурахимов

ХУСУСИЯТИ ЧАРАЁНИ КЛИНИКИИ ПАТОЛОГИЯИ НОИИ НАФАСУ ШУШҶО ДАР МАВРИДИ КЎДАКОНИ ГИРИФТОРИ СИРОЯТИ ВНМО

МД ПИТ-и профилактикии ш. Душанбе

Мақсади тадқиқот. Тавсифи хусусиятҳои чараёни патологияи системаи ноии нафас ва шушҳо дар мавриди кӯдакони гирифтори сирояти ВНМО.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Гурӯҳи асосиро 28 кӯдаки гирифтори сирояти ВНМО ва гурӯҳи муқоисавиро бошад, 12 кӯдаки аз ҷиҳати син ба гурӯҳи асосӣ мувофиқ ташкил меод. Дар миёни кӯдакони назоратшаванда 18 (64,28%) нафарро бачаҳо ва 10 (35,71%) нафарро духтарҳо ташкил меоданд. Дар мавриди тамоми кӯдакон, барои зоҳир қардани подтан ба вируси норасоии масунӣ яти одам, таҳқиқоти серологӣ гузаронида шуд ва усули ИФА ба мақсади мазкур истифода гардид.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Зиёда аз нисфи муоинашавандагон кӯдакони гирифтори сирояти ВНМО - 15 (53,5%) нафар норасид бо нишонаҳои таъхирёбии инкишофи дохилибатнӣ, бемориҳои САМ таваллуд шуданд. Дар мавриди ҳар чор кӯдак ба таври суст илова гардидан ё пурра мавҷуд набудани динамикаи тағйирёбии вазни бадан ва ҳар се кӯдак (9 - 32,14%) гирифтори илтиҳоби пневмотсистици шушҳо буданд, ки ин ҳолат нишонаи нисбатан хос ба шумор меравад.

Хулоса. Кӯдакони гирифтори сирояти ВНМО, ки мубталои патологияи ноии нафасу шушҳоянд, аз ҷиҳати ҳисмониву психомоторӣ ақиб мемонанд, тақрорёбиҳои сироятӣ зуд-зуд ба қайд гирифта мешаванд, лимфаденопатия, гепатомегалия, спленомегалия зоҳир мешавад.

Калимаҳои калидӣ: кӯдакони сироятёфтаи ВНМО, бемориҳои ноии нафасу шушҳо.