

БОЛАЛАРДА ЎТКИР РЕСПИРАТОР КАСАЛЛИКЛАРНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Сайфуллоева Гулбаданбону

Республика Шошилинч Тиббий Ёрдам Илмий Марказининг
Навоий вилоят филиали Педиатрия ё`налиши 1-курс ординатори

АБСТРАКТ: Ўткир респиратор инфекциялар (ЎРИ) болалар популяциясида энг кенг тарқалган касалликлар бўлиб, юқори касалланиш кўрсаткичлари билан ажралиб туради ва ушбу ёш гуруҳида госпитализация ҳамда ўлим сабаблари орасида етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Мазкур тезисда болаларда ЎРИнинг клиник кечиши хусусиятлари, касаллик оғирлиги ва асоратлар ривожланишига таъсир этувчи омиллар, шунингдек, турли ёш гуруҳларидаги симптоматик фарқлар таҳлил қилинади. Асосий эътибор тез-тез касалланадиган болалар (ТКБ) контингенти, микст-инфекциялар, обструктив синдром ҳамда инфекциянинг сочтан (респиратор ва гастроинтестинал) зарарланишларига қаратилган. Клиник манзаранинг этиологик агентга, боланинг преморбид фонига ва атроф-муҳитнинг техноген омилларига боғлиқ равишда полиморфизми ёритиб берилган. Таҳлил натижалари шуни кўрсатадики, ЎРИнинг клиник кечиши касалликнинг вирусли, бактериал ёки вирусли-бактериал ассоциациялар кўринишидаги этиологиясига кўра фарқланади ва у иммун тизимнинг функционал ҳолати билан чамбарчас боғлиқдир.

КАЛИТ СЎЗЛАР: болалар, ўткир респиратор инфекциялар, клиник хусусиятлар, тез-тез касалланадиган болалар, обструктив бронхит, микст-инфекция, вирусли-бактериал ассоциациялар, иммунитет.

ВВЕДЕНИЕ

Ўткир респиратор инфекциялар (ЎРИ) болалар ёшида учрайдиган касалликлар структурасида муҳим ўрин тутди. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, 5 ёшгача бўлган болалар йилига ўртача 3–6 эпизод ЎРИ билан касалланади. Ушбу кўрсаткич иқтисодий ривожланган ва ривожланаётган мамлакатларда деярли бир хил бўлса-да, касалликнинг оғир кечиши ва ўлим хавфи ривожланаётган давлатларда сезиларли даражада юқори. Бу ҳолат нафақат тиббий, балки ижтимоий-демографик муаммо сифатида ҳам долзарблигини сақламоқда.

Сўнгги йиллардаги тадқиқотлар ЎРИнинг клиник кечишида нафақат патогеннинг вирулентлик хусусиятлари, балки макроорганизмнинг иммун реактивлиги, преморбид фон, атроф-муҳитнинг техноген босими ва микробиоценоз ҳолати муҳим рол ўйнашини исботлади, . Тез-тез касалланадиган болалар контингенти алоҳида эътиборни талаб этади, чунки ушбу гуруҳда ЎРИ нафақат юқори частотада кузатилади, балки узоқ давом этиши, асоратларнинг тез-тез учраши ва касалликнинг атипик кечиши билан ҳам ажралиб туради. Мазкур тезиснинг мақсади — замонавий адабиётлар таҳлили асосида болаларда ЎРИнинг клиник хусусиятларини тизимлаштириш ва уларга таъсир этувчи асосий омилларни аниқлаш.

АСОСИЙ ҚИСМ (ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ)

1. Клиник-этиологик параллеллар ва умумий симптоматика

Болаларда ЎРИнинг клиник манзараси этиологик агент турига боғлиқ ҳолда сезиларли даражада фарқланади. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, риновирус инфекцияси асосан юқори нафас йўллариининг катарал яллиғланиши билан кечади, респиратор-синцитиал вирус (РСВ) эса кўпроқ бронхиолит ва обструктив синдром ривожланишига сабаб бўлади,

айниқса 1 ёшгача бўлган болаларда . Грипп инфекцияси учун ўткир бошланиш, фебрил иситма ($39-40^{\circ}\text{C}$), интоксикация синдромининг катарал симптомлардан устунлиги хос бўлса, парагриппда ларингит ва круп синдроми кузатилади. Аденовирус инфекцияси клиникаси конъюнктивит, фарингит ва лимфаденопатия билан характерланади. Каннер ва бошқалар (2017) таъкидлаганидек, болалардаги респиратор инфекцияларнинг 50% дан ортиғида аралаш инфекция (микст-инфекция) кузатилиши мумкин, бу эса клиник манзаранинг атипик кечишига ва ташхислашдаги қийинчиликларга олиб келади .

2. Нафас йўлларининг турли даражадаги зарарланишларининг **клиник фарқлари** - ЎРИнинг кечиши зарарланиш даражасига боғлиқ. Юқори нафас йўллари инфекциялари (ринит, фарингит, тонзиллит) нисбатан енгил кечади ва асосан маҳаллий симптомлар билан чегараланади. Пастки нафас йўллари зарарланганда (бронхит, пневмония) клиник манзара оғирлашади: нафас етишмовчилиги, тахипноэ, акроцианоз ва умумий интоксикация белгилари намоён бўлади . Тиюкавкина ва бошқалар (2024) томонидан ўтказилган тадқиқотда пастки нафас йўллари зарарланган болаларнинг 75% да касалликнинг узоқ ва мураккаб кечиши қайд этилган, бу эса ушбу гуруҳда бактериал суперинфекция ва вирусли-бактериал ассоциацияларнинг юқори частотаси билан боғлиқ .

3. Тез-тез касалланадиган болаларда ОРВИнинг клиник хусусиятлари

Тез-тез касалланадиган болалар (ТКБ) муаммоси педиатриянинг энг долзарб масалаларидан биридир. Михайлова ва бошқалар (2014) тадқиқотига кўра, ТКБда ЎРИ частотаси йилига $7,4 \pm 0,71$ мартани ташкил этади, бу редко касалланадиган болалар гуруҳига нисбатан 2,4 баравар

юқори . Царегородцев ва бошқалар (1987) томонидан аниқланган муҳим клиник хусусиятлардан бири шундаки, ТКБда иситма даври ва интоксикация белгилари нисбатан қисқа бўлишига қарамай, катарал симптомлар ва респиратор синдромнинг давомийлиги сезиларли даражада узаяди . Бу ҳолат ушбу беморларда фагоцитар фаолликнинг пасайиши, интерферон- α ва γ ишлаб чиқаришнинг танқислиги ҳамда ИГА даражасининг доимий пастлиги билан боғлиқ. Тадқиқотлар ТКБда аллергия диатез, анемия ва бошқа фон ҳолатларининг юқори частотада учрашини кўрсатган (80% гача) .

4. Обструктив синдром ва бронхиолит клиникаси

Болаларда ўткир обструктив бронхит ва бронхиолит алоҳида клиник аҳамият касб этади. Бронхиолит асосан 6–12 ойлик болаларда учрайди ва РСВ томонидан кўзгатилади. Ушбу патологияда майда бронхиолаларнинг яллиғланиш обструкцияси натижасида экспиратор диспноэ, тахипноэ, кўкрак қафасининг шиши (гиперинфляция) ва аускультативда майда пуфакли хириллашлар эшитилади . Михайлова тадқиқотида ТКБ орасида обструктив бронхит 20% ҳолларда учраган бўлса, пневмония 30% беморларда қайд этилган . Замонавий қарашлар бронхиолитни гетероген касаллик сифатида талқин қилади: турли эндотиплар ва фенотиплар (вирусга боғлиқ, яллиғланишга боғлиқ, атопияга боғлиқ) мавжуд бўлиб, уларнинг клиник кечиши, асоратлари ва давога жавоби фарқланади.

5. Сочетан зарарланишлар: респиратор ва гастроинтестинал синдром

Сўнгги йилларда респиратор ва гастроинтестинал тизимларнинг сочетан зарарланиши муаммосига қизиқиш ортмоқда. Каннер ва Горелов (2017) маълумотларига кўра, стационарга ётқизилган болаларнинг

28,79% да респиратор ва ичак синдромларининг биргаликда кечиши кузатилади. Бундай ҳолларда этиологик омил сифатида ротавирус (53%), аденовирус (40–41 серотиплар), норо- ва бокавируслар етакчилик қилади. Клиник манзаранинг асосий варианты — дастлабки 48 соат ичида респиратор симптомларга диарея ва қусиш синдромининг қўшилиши. Ушбу сочетан шакллар метаболик бузилишларни чуқурлаштириб, касалликнинг оғирроқ кечишига ва дегидратация хавфининг ошишига сабаб бўлади.

6. Атроф-муҳит омиллари ва техноген босимнинг клиник кечишга таъсири - Атмосфера ҳавосининг техноген ифлослантиргичлар билан юқори даражадаги загрязненияси ЎРИнинг клиник кечишига сезиларли таъсир кўрсатади. Экологик нокулай ҳудудларда яшовчи болаларда касаллик оғирроқ кечади, нейротоксик синдром ва бронхообструктив синдром каби асоратлар тез-тез ривожланади. Ушбу ҳудудлардаги болалар популяцияси ЎРИнинг оғир кечиши бўйича хавф гуруҳи сифатида қаралиши ва клиник текширувларда бу ҳолат ҳисобга олиниши зарур.

7. Микробиоценоз ва вирусли-бактериал ассоциациялар Сўнгги микроэкологик тадқиқотлар нафас йўллари микробиотасининг ЎРИ клиник кечишидаги ролини очиб берди. Тиюкавкина ва бошқалар (2024) томонидан ПЦР усулида ўтказилган тадқиқотда болаларда нафақат моноинфекция, балки 4–6 патогендан иборат ассоциациялар аниқланган. Бактериал ва вирусли-бактериал ассоциацияларнинг «ядросини» *S. пневмонияе* ва *Х. инфлуензае* ташкил этиб, улар мос равишда 93,3% ва 60,0% ҳолларда учрайди. Қизиғи шундаки, соғлом болаларда ҳам ушбу микроорганизмларнинг геномлари аниқланади, бироқ касалликнинг оғир кечишида, айниқса пастки нафас йўллари зарарланганда,

микробиоценознинг «тугалланиши» (тахономис деплетион) кузатилади. Бу ҳолат клиник симптоматиканинг оғирлашуви ва касалликнинг чўзилиши билан параллеллик касб этади.

ХУЛОСА (ЗАКЛЮЧЕНИЕ)

Болаларда ўткир респиратор инфекцияларнинг клиник хусусиятлари кўп омилли детерминацияга эга. Касалликнинг кечиши нафақат патогеннинг тури ва вирулентлигига, балки боланинг иммунологик реактивлиги, преморбид фони, ёши, яшаш муҳити ва нафас йўллари микробиотасининг ҳолатига ҳам боғлиқ. Тез-тез касалланадиган болалар контингентида ЎРИ сурункали иммун дисфункция фонида кечадиган ҳамда катарал симптомларнинг узоқ давом этиши билан характерланадиган алоҳида клиник фенотип сифатида қаралиши лозим. Амалий педиатрияда ЎРИ ташхисини қўйишда клиник-этиологик параллелларни ҳисобга олиш, касалликнинг сочтан шакллари (респиратор + ичак) ва вирусли-бактериал ассоциациялар эҳтимолини доимо ёдда тутиш зарур. Бундай ёндашув эрта этиотроп терапияни тўғри тайинлаш ва микрофлора мувозанатини тиклайдиган пробиотик препаратларни қўллаш орқали касалликнинг оғир кечиши ва асоратлар ривожланишининг олдини олиш имконини беради. Экологик нокулай ҳудудларда яшовчи болалар ва ТКБ гуруҳи клиник мониторинг ва иммунопрофилактика чораларининг кучайтирилишига муҳтождир.

АДАБИЁТЛАР

1. Тюкавкина С.Й., Кхарсеева Г.Г., Костинов М.П. и др. Тхе фрекуенсий оф детестед патхоген геномес ин чилдрен витх асуте респираторй инфестионс // *Руссиян Жоурнал оф Инфестион анд Иммуниет*. 2024. Т. 14, № 5. С. 927–935.
2. Микхайлова э.В., Чудакова Т.К., Данилов А.Н. Тхе слинисал феатурес оф асуте респираторй вирал инфестионс анд тхе импровемент оф тхерапий ин а групп оф фрекуентлий илл чилдрен // *эпидемиологй анд Инфестиоус Дисеасес*. 2014. № 3. С. 72–77.
3. Каннер э.В., Печкуров Д.В., Горелов А.В. эпидемиологисал чарактеристисс оф асуте инфестионс витх сонсомитант респираторй анд дигестиве траст лесионс ин чилдрен // *эпидемиологй анд Инфестиоус Дисеасес*. 2019. Т. 24, № 1. С. 44–51.
4. Нев парадигмс ин асуте вирал бронхиолитис: Ис ит тиме то чанге оур апроач? // *Педиатрис Респираторй Ревиевс*. 2024. Вол. 51. П. 23–31.
5. Царегородцев А.Д., Кузнецова Н.И., Малышева Л.М. Клинико-иммунологические различия ОРВИ у детей раннего возраста, часто и редко болеющих респираторными инфекциями // *Казанский медицинский журнал*. 1987. Т. 68, № 1. С. 42–44.
6. Жамисон Д.Т., Бремман Ж.Г., Меашам А.Р. эт ал. (едс). *Дисеасе Сонтрол Приоритис ин Девелопинг Соунтриес*. 2нд эдитион. Вашингтон (ДС): Тхе Ворлд Банк; 2006. Чаптер 25: Асуте Респираторй Инфестионс ин Чилдрен.
7. Чарактеристисс оф асуте респираторй вирал инфестионс ин чилдрен ундер сондитионс оф техногенис энвиронментал поллутион //

Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2001. № 3. С. 39–42.

8. Абабий И.И., Данилов Л.А., Манюк М.К. и др. Значения микробной флоры ротоглотки в развитии острых и хронических заболеваний верхних дыхательных путей // Инфекция и иммунитет. 2020. Т. 10, № 2. С. 359–367. (цит. по Тюкавкина, 2024)

9. Егорова В.Б., Черкашин М.П., Колмакова А.Ю. Часто болеющие дети: клинические особенности и микробиоценоз верхних дыхательных путей // Вестник СВФУ. Серия: Медицинские науки. 2019. № 2. С. 43–47. (цит. по Тюкавкина, 2024)

10. Старикова Е.В., Галеева Ю.С., Ильина Е.Н. Роль микробиома верхних дыхательных путей в здоровье человека: барьерная функция // Пульмонология. 2022. Т. 32, № 6. С. 876–884. (цит. по Тюкавкина, 2024)