

СИНДРОМ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ДЕТЕЙ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

Т.А. МУЗАФФАРОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ БРОНХИТ ФОНИДА СУРУНКАЛИ РИНОСИНУСИТЛАРНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИДА ЭНДОГЕН ИНТОКСИКАЦИЯ СИНДРОМИНИНГ ТАЪСИРИ

Т.А. МУЗАФФАРОВ

Тошкент педиатрия медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент шаҳри

SYNDROME OF ENDOGENOUS INTOXICATION IN CHILDREN AND ITS INFLUENCE ON THE CLINICAL COURSE OF CHRONIC RINOSINUSITIS ON THE BACKGROUND OF THE CHRONIC BRONCHITIS

T.A. MUZAFFAROV

Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Риносинуситнинг ривожланишида катта дозаларда антибиотиклар қўлланишига боғлиқ. Чунки бу кўплат патоген микроорганизмларнинг ўлимида билан эндотоксинларнинг қонда кўп миқдорда тушишига сабаб бўлиб, гемодинамиканинг бузилиши ҳамда тўқималар перфузиясининг кескин бузилиши билан организм умумий ҳолати оғирлашувига олиб келади. Шокнинг патогенезида етакчи ўрин микро ва макроциркуляциянинг бузилиши сабаб бўлади.

Калим сўзлар: Риносинусит, сурункали бронхит, эндоген заҳарланиш.

The development is due to the use of large doses of antibiotics, as this causes the death of a large number of pathogens and abundant entry into the blood of endotoxins, in which the severe condition of the body is aggravated by a sharp violation of hemodynamics, circulation and perfusion of tissues. In the pathogenesis of shock, the leading place is occupied by the violation of micro- and macrocirculation.

Keywords: Rinosinusitis, chronic bronchitis, endogenous intoxication.

Введение. В патогенезе хронического риносинусита на фоне хронического бронхита (ХР-ХБ) у детей одним из ведущих клинических проявлений является синдром эндогенной интоксикации [1, 4, 5, 8, 11]. Это, прежде всего деструктивные процессы, в результате которых в организме накапливается избыточное количество промежуточных и конечных продуктов обмена веществ, оказывающих токсическое действие на важнейшие системы жизнеобеспечения [2, 3, 6, 9].

Актуальным является изучение степени эндотоксемии и влияние ее на клиническое течение хронического риносинусита (ХР) + хронического бронхита (ХБ).

Цель. Изучить роль эндогенной интоксикации (ЭИ) при хроническом воспалении носа и их придаточных пазух у детей с хроническим бронхитом.

Материал и методы. С целью диагностики характера и выраженности синдрома интоксикации нами проведены динамичное исследование показателей: МСМ - по методу Н.И. Габриэлян (1982), токсического фактора крови с помощью специфических антигенных биологических тестов – парамециальный тест-определение времени гибели

парамеций в сыворотке крови больного (Пафомов В. В. и др., 1980), также определяли циркулирующие иммунные комплексы - ЦИК (Haskova, 1978) и подсчет лейкоцитарного индекса интоксикации - ЛИИ (Кальф-Калифа Я. Я., 1975).

Результаты и их обсуждение. Как показали результаты лабораторных исследований у больных с ХР+ХБ в разгар клинических проявлений отмечалось достоверное повышение содержания всех показателей эндогенной интоксикации в сравнении с группой здоровых. Так, например, СМП у детей с ХР увеличилось на 94,6% и у детей с ХР+ХБ – на 114,6%, токсический фактор у детей с ХР увеличилось на 81,5% и у детей с ХР+ХБ – на 134,7% (табл. 1).

Уровень ЦИК у детей с ХР возрос в 3,4 раза, а у детей с ХР+ХБ в 4,1 раза. Следовательно, уровень ЦИК у детей с ХР, сочетался с тяжестью состояния больного. Сравнивая информативность показателей в оценке ЭИ, следует отметить, что наиболее информативным явился ЛИИ уровень, которого у детей с ХР возрос в 4,4 раза, а у детей с ХР+ХБ - в 7,4 раза.

Таблица 1.

Показатели эндотоксемии у детей с ХР+ХР

Показатели эндотоксемии	Контрольная группа (n=20)	1 группа (n=27)	2 группа (n=33)
СМП, усл.ед	0,280±0,04	0,545±0,05***	0,601±0,05***
ТФ, усл.ед	26,5±1,36	48,1±1,1***	62,2±5,9***
ЦИК, усл.ед	52,1±5,9	175,0±10,1***	216±14,8***
ЛИИ, усл.ед	0,23±0,04	1,01±0,01***	1,7±0,04***

Примечание: * - различия относительно данных группы здоровых значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001).

Таблица 2.

Показатели эндотоксемии у детей с ХР по степеням тяжести

Степень интоксикации	СМП, усл.ед.	ТФ, у.т.е.	ЦИК, у.е.	ЛИИ, ед.
Здоровые	0,280±0,04	26,5±1,36	52,1±5,9	0,23±0,04
Средне-тяжелое	0,321±0,05**	33,5±1,8***	82±3,1***	0,42±0,05**
Тяжелое	0,545±0,05***	48,1±1,1***	175,0±10,1***	1,01±0,01***
Очень тяжелое	0,675±0,06***	53,9±2,7***	228,0±3,6***	2,61±0,02***

Примечание: * - различия относительно данных группы здоровых значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001).

Таблица 3.

Показатели эндотоксемии у детей с ХР+ХБ по степеням тяжести

Степень интоксикации	СМП, усл.ед.	ТФ, у.т.е.	ЦИК, у.е.	ЛИИ, ед.
Здоровые	0,280±0,04	26,5±1,36	52,1±5,9	0,23±0,04
Среднетяжелое	0,490±0,05**	44,5±2,9***	130±15,4***	0,5±0,08**
Тяжелое	0,601±0,05***	61,2±1,9***	216±14,8***	1,73±0,04***
Очень тяжелое	0,703±0,06***	75,9±3,8***	306±17,6***	3,32±0,2***

Примечание: * - различия относительно данных группы здоровых значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001)

Необходимо отметить, что при сравнении показателей содержания ЭИ – СМП, ТФ, ЦИК и ЛИИ с клиническими симптомами интоксикации, наиболее высокие значения его регистрировались у больных с очень тяжелым состоянием, чем выше уровень показателей содержания ЭИ, тем выше степень интоксикации.

Таким образом, наши исследования выявили нарастание ЦИК, которые, как известно, играют непосредственную роль в патогенезе бактериальных инфекций.

Анализируя данные, изложенные в таблице 2, можно судить, что при ХР у детей уровень показателей эндогенной интоксикации находятся в прямой пропорциональной зависимости от клинических особенностей и тяжести течения.

При среднетяжелом состоянии уровень СМП увеличился на 14,7%, при тяжелом – на 94,6% и при очень тяжелом – на 141,1% по отношению соответствующего показателя здоровых детей.

При среднетяжелом состоянии уровень токсического фактора увеличился на 26,4%, при тяжелом – на 81,5% и при очень тяжелом – на 103,1% по отношению соответствующего показателя здоровых детей.

Практически идентичная картина складывается и у детей с ХР+ХБ отмечается, что уровень показателей эндогенной интоксикации находятся в прямой пропорциональной зависимости от тяжести течения заболевания, только уровень показателей гораздо выше, чем у детей с ХР.

Проблема борьбы с синдромом эндогенной интоксикации весьма актуальна, поскольку этот синдром имеет место практически у всех детей при критических состояниях и является ведущим в патогенезе ХР. При ХР+ХБ у больных с истощением репаративных процессов и резким снижением естественных функций организма может развиваться инфекционно-токсический шок. Его развитие обусловлено применением больших доз антибиотиков, так как при этом происходит ги-

бель большого количества возбудителей и обильное поступление в кровь эндотоксинов, при котором тяжелое состояние организма усугубляется резким нарушением гемодинамики, циркуляции и перфузии тканей (табл. 3).

Факторами риска возникновения и развития ХР+ХБ у детей являются: отягощенная наследственность, принадлежность мужскому полу, ранний возраст ребенка, частые респираторные аллергические заболевания, а также отягощенный аллергоанамнез, в котором особое значение имеет аллергия по линии матери [7, 10].

Выводы. Проблема борьбы с синдромом эндогенной интоксикации весьма актуальна, поскольку этот синдром имеет место практически у всех детей при критических состояниях и является ведущим в патогенезе ХР [6, 8]. При ХР+ХБ у больных с истощением репаративных процессов и резким снижением естественных функций организма может развиваться инфекционно-токсический шок. Его развитие обусловлено применением больших доз антибиотиков, так как при этом происходит гибель большого количества возбудителей и обильное поступление в кровь эндотоксинов, при котором тяжелое состояние организма усугубляется резким нарушением гемодинамики, циркуляции и перфузии тканей.

В патогенезе шока ведущее место занимает нарушение микро- и макроциркуляции. Именно высокая ЭИ при этих состояниях является основным фактором летальности.

Литература:

1. Давлатов С. С. Гибридные технологии в лечении эндотоксикоза у больных гнойным холангитом // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. – 2013. – С. 19.
2. Кривопапов А.А. Риносинусит: классификация, эпидемиология, этиология и лечение // Медицинский совет. - 2016. - №6. - С. 22–25.
3. Кривопапов А. А. и др. Эффективность бактериальных иммуностимуляторов в терапии и профилактике инфекционно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов // РМЖ. – 2017. – Т. 25. – №. 11. – С. 797-804.
4. Карпова Е.П. Риносинусит в детской практике // Практика педиатра. - 2010. - С. 26–29.
5. Овчинников А.Ю., Колбанова И.Г., Овчаренко С.И. Ринобронхиальный симптомокомплекс // Материалы XVII съезда оториноларингологов России. - Нижний Новгород, 2006. – С. 156.

6. Охотникова Е. Н. Современные возможности комплексного воздействия мукоактивной терапии бронхообструктивного синдрома у детей // Современная педиатрия. – 2016. – №. 2. – С. 78-83.

7. Соболев В. П., Петрова Е. И. Современные возможности выбора препаратов для этиотропной терапии среднетяжелых и тяжелых форм бактериального риносинусита // Медицинский совет. – 2017. – №. 8.

8. Фошина Е. П., Костинов М. П., Поддубиков А. В. Влияние бактериальных вакцин на состояние микробиоценоза носоглотки и оценка их клинической эффективности у детей с хроническими риносинуситами и тонзиллофарингитами // *Pediatrica named after GN Speransky*. – 2018. – Т. 97. – №. 2.

9. Шамсиев А.М., Мухаммадиева Л. А., Юсупов Ш. А. Перекисное окисление липидов и антиоксидантная защита у детей с хроническим бронхитом // *Світова медицина: сучасні тенденції та фактори розвитку*. – 2017. – С. 50.

10. Шамсиев А.М. и др. Генетические механизмы формирования и диагностики хронического бронхита у детей // *Вісник наукових досліджень*. – 2017. – №. 1. – С. 150-153.

11. Kasymov S. Z., Davlatov S. S. Hemoperfusion as a method of homeostasis protection in multiple organ failure syndrome // *ББК 51.1+ 74.58 Қ 22*. – 2013. – С. 85.

СИНДРОМ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ДЕТЕЙ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

Т.А. МУЗАФФАРОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Развитие риносинусита обусловлено применением больших доз антибиотиков, так как при этом происходит гибель большого количества возбудителей и обильное поступление в кровь эндотоксинов, при котором тяжелое состояние организма усугубляется резким нарушением гемодинамики, циркуляции и перфузии тканей. В патогенезе шока ведущее место занимает нарушение микро- и макроциркуляции.

Ключевые слова: Риносинусит, хронический бронхит, эндогенная интоксикация.