



ОЦЕНКА СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ БРОНХИТАМИ С МИОКАРДИТАМИ У ДЕТЕЙ.

Мамаризаев Иброхим Комилжонович

ассистент кафедры 1-педиатрии и неонатологии

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Аннотация. Развитие воспалительного процесса при обструктивном бронхите и миокардитах невозможно представить без изменений в системе гемостаза, так как свертывающая и противосвертывающая система крови имеет особое значение в патогенезе этого заболевания. Определение показателей свертывания крови (АЧТВ, ТВ, ПТВ, Д-димер) у пациентов с обструктивным бронхитом с миокардитами позволит предупредить риск развития осложненного течения заболевания осложненного течения заболевания.

Ключевые слова: бронхит, миокардит, дети, обструкция, гемостаз

Актуальность. В последние годы наблюдается увеличение миокардитов, однако истинная частота заболевания у детей неизвестна в связи с отсутствием единых диагностических критериев заболевания, даже с учетом патоморфологических данных и чрезвычайным разнообразием клинической симптоматики заболевания, а также почти полным отсутствием координируемых многоцентровых исследований. [1,3,5]

Несмотря на проведенные исследования, проблема течения бронхообструктивного синдрома у детей с миокардитами по-прежнему остается нерешенной, что связано с разнообразием этиологических факторов, клинических, лабораторных и инструментальных проявлений заболевания. Продолжается поиск дифференциально-диагностических критериев и дополнительных методов патогенетической терапии заболевания. [2,4,5]

Цель исследования: определить роль систему гемостаза в диагностике и лечении острого обструктивного бронхите у детей с миокардитами.

Материалы и методы исследования.

Для решения поставленной цели и задачи нами проведено углубленное исследование 80 детей с острым обструктивным бронхитом на фоне миокардита в возрасте от 1 года до 10 лет.

Исследования проводилось в педиатрических отделениях и отделении детской реанимации Самаркандского филиала Республиканского Научного Центра экстренной медицинской помощи. Проведено обследование 80 детей. Из них:

I группа (основная группа) – дети с острым обструктивным бронхитом на фоне миокардита (40 больных).

II группа (группа сравнения) – дети с острым обструктивным бронхитом (40 больных)



Нами были изучены основные маркеры, характеризующие состояние звеньев свертывающей системы крови. В частности, о состоянии плазменного звена оценивали по активированному частичному тромбопластиновому времени (АЧТВ), тромбиновому времени (ТВ) и фибриногену, тромбоцитарного гемостаза по протромбиновому времени (ПТВ), систему фибринолиза по фибринолитической активности (ФА) и D-димеру.

Результаты и обсуждения. Анализ изучаемых показателей в зависимости нозологической формы (таблица 1-3), показал, что у больных при неосложненном течении обструктивного бронхита с миокардитами, в сравнении с обструктивным бронхитом без миокардитов, происходят несопоставимые изменения по увеличению длительности АЧТВ - $24,26 \pm 1,8$ сек и $30,31 \pm 1,44$ сек ($P < 0,01$) и ПТВ - $20,67 \pm 0,98$ сек и $16,64 \pm 0,58$ сек, соответственно группам ($P < 0,001$). Выявлены значимые нарушения свертывающей системы крови у больных с неосложненным течением обструктивных бронхитов с миокардитами.

Таблица 1 – Состояние коагуляционного гемостаза у больных при остром обструктивном бронхите с миокардитами

Показатели	I группа (n=40)	
	М	m
АЧТВ, сек	24,26	1,63
ТВ, сек	23,10	0,39
Фибриноген, г/л	1,89	0,12
ПТВ, сек	20,67	0,98
ФА, %	246,44	11,72
D-димер, нг/мл	368,65	19,64

Таблица 2 – Состояние коагуляционного гемостаза у больных при остром обструктивном бронхите

Показатели	II группа (n=40)	
	М	m
АЧТВ, сек	30,31	1,44
ТВ, сек	14,72	0,61
Фибриноген, г/л	3,61	0,15
ПТВ, сек	16,64	0,58
ФА, %	212,98	5,67
D-димер, нг/мл	274,37	12,90

Анализ изучаемых показателей в зависимости нозологической формы (таблица 3.3), показал, что у больных при обструктивных бронхитах с миокардитами (I группа), в сравнении с



острым обструктивным бронхитом (II группа), отмечаются достоверные различия по увеличению длительности Д-димера и ФА, соответственно группам ($P < 0,001$). Выявлены значимые нарушения свертывающей системы крови у больных острым обструктивным с миокардитами.

Происходит укорочение длительности АЧТВ ($24,26 \pm 1,63$ сек), уменьшение уровня фибриногена ($1,89 \pm 0,12$ г/л), понижение активности ФА ($246,44 \pm 11,72\%$) и повышение содержания D-димера ($368,65 \pm 19,64$ нг/мл), в сравнении с больными с острым обструктивным бронхитом ($30,31 \pm 1,44$ сек., $3,61 \pm 0,15$ г/л, $212,98 \pm 5,67\%$ и $274,37 \pm 12,90$ нг/мл соответственно), что свидетельствуют о вовлечении системы гемостаза при обструктивном бронхите и негативном влиянии коморбидности заболеваний на течение заболевания ($P < 0,05$, $P < 0,01$, $P < 0,001$).

Таблица 3 – Состояние коагуляционного гемостаза у больных при остром обструктивном бронхите

Показатели	I группа (n=40)		II группа (n=40)		P
	М	м	М	м	
АЧТВ, сек	24,26	1,63	30,31	1,44	$< 0,01$
ТВ, сек	23,10	0,39	14,72	0,61	$< 0,001$
Фибриноген, г/л	1,89	0,12	3,61	0,15	$< 0,001$
ПТВ, сек	20,67	0,98	16,64	0,58	$< 0,001$
ФА, %	246,44	11,72	212,98	5,67	$< 0,05$
D-димер, нг/мл	368,65	19,64	274,37	12,90	$< 0,001$

P – достоверность различий между сравниваемыми группами

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что у обследованных нами больных отмечаются выраженные изменения в гемостазиологических показателях, которые проявляются нарушением процессов свертывающей системы, что определяет характер течения заболевания. Выявленная направленность коагуляционных механизмов и их выраженность указывают на важную патогенетическую роль в развитии и прогрессировании бронхиальной обструкции, что утяжеляет течение обструктивного бронхита у детей.

Список литературы:

1. Закирова Б. И., Мамаризаев И. К. Течение рецидивирующих респираторных инфекций у детей на фоне атопического дерматита. Ж //Вопросы науки и образования. – 2021. – Т. 9. – С. 134.



2. Закирова Б. И. и др. Бронхообструктивный синдром: прогностическая значимость дисбиоза кишечника в его развитии //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 10 (64). – С. 83-85.
3. Lim M.V., Shavazi N.M. “The combined use of acetylcysteine and 3% of sodium chloride in the nebulizer therapy of acute bronchiolitis” European science review. № 11-12, 2016. pp. 63-66.
4. Shavazi N.M. and Lim M. V. “The effectiveness of nebulizer inhalations of acetylcysteine in the therapy of acute bronchiolitis in infants”. Problems of Biology and Medicine. № 2, 2016: 87.
5. Зиядуллаев Ш.Х., Хайдаров М.М., Нуралиева Р.М. Иммунный статус здорового населения подростков и юношей //Академический журнал Западной Сибири. – 2014. – Т. 10. – №. 3. – С. 80-80.