

MEDICINE
PROBLEMS

.UZ

| ISSN 3030-3133

**TIBBIYOT FANLARINING
DOLZARB MASALALARI**
**TOPICAL ISSUES OF MEDICAL
SCIENCES**



Nº 9 (3)
2025

MEDICINEPROBLEMS.UZ

**TIBBIYOT FANLARINING DOLZARB
MASALALARI**

Nº 9 (3)-2025

TOPICAL ISSUES OF MEDICAL SCIENCES

ТОШКЕНТ-2025

BOSH MUHARRIR:

ISANOVA SHOIRA TULQINOVNA- Tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori (PhD),
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

TAHRIR HAY'ATI:

TIBBIYOT FANLARI

Safarov Zafar Fayzullayevich –tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori (PhD), Toshkent pediatriya tibbiyot instituti;

Xakimov Murod Shavkatovich –tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Mavlanev Alimbay – tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Ergashev Nasriddin Shamsiddinovich – tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent pediatriya instituti;

Abdullayeva Nargiza Nurmamatovna – tibbiyot fanlari doktori, professor, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Djurabekova Aziza Taxirovna - tibbiyot fanlari doktori, professor, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Xaydarova Dildora Kadirovna - tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Ruziboyev Sanjar Abdusalomovich- tibbiyot fanlari doktori, dotsent, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Sattarov Oybek Toxirovich- tibbiyot fanlari doktori, dotsent, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Niyozov Shuxrat Tashmirovich - tibbiyot fanlari doktori, dotsent, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Shomurodova Dilnoza Salimovna - tibbiyot fanlari doktori, dotsent, Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Tavasharov Bahodir Nazarovich – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Xalmetova Feruza Iskandarovna – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

G'aybiyev Akmaljon Axmadjonovich - tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori (PhD), dotsent, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Qo'ziyev Otabek Juraqulovich – tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti;

Ergasheva Munisa Yakubovna - tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori (PhD), dotsent, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Ollanova Shaxnoza Sirlibayevna – tibbiyot fanlari nomzodi, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Safarov Zafar Fayzullayevich – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti;

Xayitov Ilxom Bahodirovich – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Alimov Suxrob Usmonovich- tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Fozilov Uktam Abdurazzokovich - tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent, Buxoro davlat tibbiyot instituti;

Raximov Oybek Umarovich – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent pediatriya instituti;

Sattarov Inayat Saparbayevich – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Abidov O'tkir O'ktamovich – tibbiyot fanlari nomzodi, Buxoro davlat tibbiyot instituti;

Amonova Zaxro Qaxramon qizi - tibbiyot fanlari nomzodi, Samarqand davlat tibbiyot universiteti.

FARMATSEVTIKA FANLARI

Zulfikariyeva Dilnoza Alisherovna - farmatsevtika fanlari doktori (DSc), professor, Toshkent farmatsevtika instituti;

Tosho‘latova Azizaxon Dilshodovna - farmatsevtika fanlari doktori (DSc), professor, Toshkent farmatsevtika instituti;

Xusainova Rayxona Ashrafovna - farmatsevtika fanlari doktori (DSc), dotsent, Toshkent farmatsevtika instituti;

Maksudova Firuza Xurshidovna farmatsevtika fanlari doktori (DSc), dotsent, Toshkent farmatsevtika instituti;

Ziyamuxamedova Munojot Mirgiyasovna - farmatsevtika fanlari doktori, Toshkent farmatsevtika instituti, dotsent v.b.;

Rizayeva Nilufar Muxutdinovna – farmatsevtika fanlari nomzodi, dotsent Toshkent farmatsevtika instituti;

TIBBIYOT FANLARINING DOLZARB

MASALALARI elektron jurnali 02.03.2023-yilda 132099-sonli guvohnoma bilan davlat ro‘yxatidan o‘tkazilgan.

Muassis: “SCIENCEPROBLEMS TEAM”
mas’uliyati cheklangan jamiyati.

TAHRIRIYAT MANZILI:

Toshkent shahri, Yakkasaroy tumani, Kichik Beshyog‘och ko‘chasi, 70/10-uy. Elektron manzil: scienceproblems.uz@gmail.com

MUNDARIJA

<i>Пирназарова Гулчехра</i>	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИНДРОМ ЗИВЕРАТА - КАРТАГЕНЕРА	5-11
<i>Хакимова Умида, Акилова Феруза</i>	
ВЫЯВЛЕНИЕ АНОМАЛИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ	12-18
<i>Axmedov Shaxbosxan</i>	
RESPIRATOR INFEKSIYALARDA ANTIBIOTIKLARGA TURG'UNLIK- XXI ASR JAMIYAT	
SOG'LIG'IGA ETAKCHI XAVF (SHARH)	19-32

Article / Original Paper

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИНДРОМ ЗИВЕРАТА - КАРТАГЕНЕРА

Пирназарова Гулчехра Зумрудовна

к.м.н. доцент кафедры факультетской педиатрии

Ташкентский государственный медицинский университет

Аннотация. В статье представлены клинические наблюдения развития вторичного хронического бронхита у детей на фоне врожденной патологии бронхолегочной системы. Освещены современные представления о хроническом бронхите в педиатрической практике, его классификация, этиологические факторы и особенности течения у детей. Особое внимание уделено врожденным и наследственным заболеваниям, сопровождающимся цилиарной дисфункцией и нарушением мукоцилиарного клиренса. Приведен клинический случай агенезии легкого у ребенка раннего возраста, осложненной частыми респираторными инфекциями и хроническим воспалительным процессом в бронхах. Подчеркнута значимость ранней диагностики врожденных аномалий дыхательной системы и комплексного динамического наблюдения для предупреждения прогрессирования заболевания и развития тяжелых осложнений.

Ключевые слова: хронический бронхит, дети, врожденные пороки легких, агенезия легкого, бронхолегочная патология, цилиарная дисфункция.

CLINICAL CASE: SIEVERT-KARTAGENER SYNDROME

Pirnazarova Gulchekhra Zumrudovna

PhD (Medicine), Associate Professor,

Department of Faculty Pediatrics

Tashkent State Medical University

Abstract. The article presents clinical observations of secondary chronic bronchitis in children associated with congenital bronchopulmonary abnormalities. Current concepts of chronic bronchitis in pediatric practice, its classification, etiological factors, and clinical features are discussed. Special attention is paid to congenital and hereditary diseases accompanied by ciliary dysfunction and impaired mucociliary clearance. A clinical case of pulmonary agenesis in a young child complicated by recurrent respiratory infections and chronic bronchial inflammation is described. The importance of early diagnosis of congenital respiratory system anomalies and comprehensive long-term follow-up is emphasized in order to prevent disease progression and severe complications.

Key words: chronic bronchitis, children, congenital lung malformations, pulmonary agenesis, bronchopulmonary pathology, ciliary dysfunction.

DOI: <https://doi.org/10.47390/Med-pro/v3i9y2025/N01>

Бронхиты являются одной из частых патологий респираторной системы у детей. По течению выделяют 3 клинические формы: острый, рецидивирующий и хронический бронхиты. Под хроническим бронхитом (ХБ) понимают заболевание, проявляющееся наличием у больного продуктивного кашля на протяжении 3 месяцев в году, повторяясь не менее 2 - 3 обострений заболевания в год в течение 2-х последних лет и более [1]. Для ХБ характерно диффузное поражение бронхов при отсутствии локального пневмосклероза.

Хронический бронхит чаще регистрируется у детей школьного возраста и его частота идентична частоте у взрослых (5 – 7%). Хронические бронхиты подразделяются на первичные и вторичные. К первичным относят такие состояния, при которых патологический фактор действует только на слизистые бронхиального дерева. Соответственно патологический процесс начинается и ограничивается только бронхиальным деревом. Первичный хронический бронхит у детей наблюдается редко, и причиной его развития чаще всего является первичный дефект местной иммунной защиты [2, 3].

Вторичные хронические бронхиты являются проявлениями или осложнениями болезней других органов и систем или другого заболевания респираторного тракта. Причиной развития вторичного хронического бронхита могут быть эндогенные факторы со снижением местного или общего иммунитета (врожденный иммунодефицит, наследственные заболевания), транзиторная или постоянная цилиарная дисфункция; врожденные дефекты бронхиальных структур и осложнение врожденных пороков развития легких (аплазия, гипоплазия легких и др.) [4]. Врожденные и наследственные заболевания, иммунодефицитные состояния протекают с хроническим поражением легких, манифестируют в раннем детском возрасте, протекают с гнойным эндобронхитом и дыхательной недостаточностью. Прогноз этих заболеваний серьезен. Вторичный хронический бронхит встречается практически с одинаковой частотой во всех возрастных периодах жизни, приводит к снижению трудоспособности и качества жизни. Своевременная диагностика и систематическая консервативная терапия позволяют не только избежать драматических исходов, предотвратить прогрессирование процесса, но и сохранить на достаточно высоком уровне социальную адаптацию больных.

В качестве примера приводим случаи из нашей практики, демонстрирующий вариант развития хронического бронхита на фоне врожденной патологии легких.

Таня С. поступила в стационар в возрасте 3-х лет с диагнозом острой пневмонии. В анамнезе мать ребенка во время беременности перенесла острый гломерулонефрит с последующим развитием хронического течения болезни. Девочка на первом году перенесла 2 раза пневмонию, в последующем частые бронхиты, острые респираторные заболевания. При поступлении в стационар состояние средней тяжести, наличие признаков интоксикации. При обследовании обратили внимание на деформацию грудной клетки с признаками сужения и уплощения слева, сколиоз позвоночника с выпуклостью вправо. Перкуторный звук слева укорочен, дыхательные шумы резко ослаблены; справа изменения в легких характеризовались притуплением легочного звука наличием локальных влажных хрипов. При перкуссии граница сердца смещены влево, тоны сердца хорошо прослушивались по среднеключичной линии и со стороны спины.

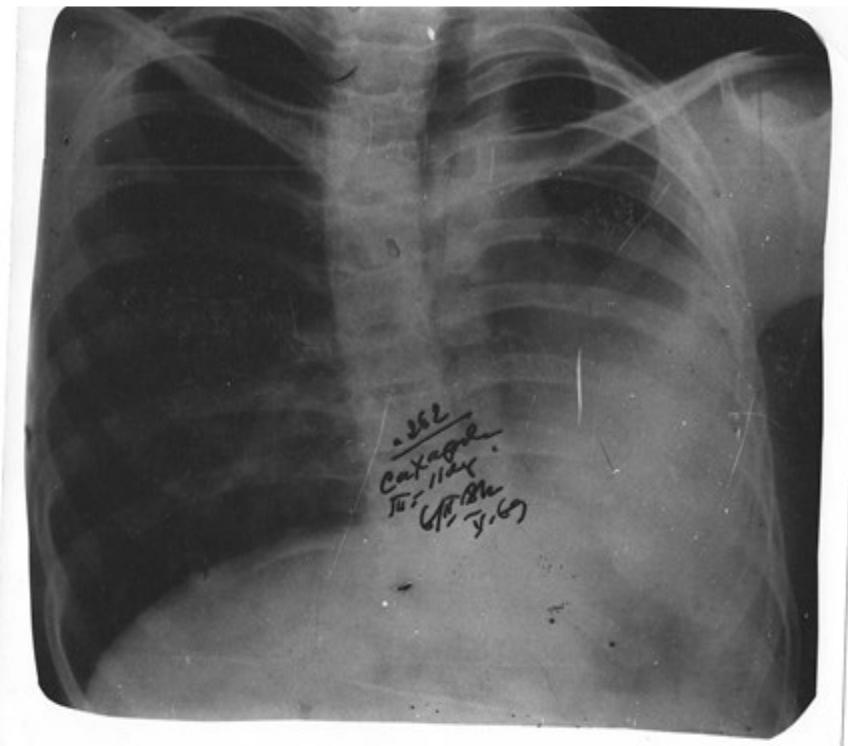


Рис. 1. Рентгенологическое исследование указывало на уменьшение объема грудной клетки слева, интенсивное затемнение, купол диафрагмы слева четко не дифференцируется.

При проведении бронхоскопии констатировано наличиеrudимента главного бронха, также наличие диффузного эндобронхита катарального характера, а также функциональных нарушений: увеличение подвижности стенок трахеи и бронхов во время дыхания и кашля вследствие трахео-бронхиальной гипотонии.

Компьютерное исследование грудной клетки подтвердило наличие у ребенка агенезии левого легкого. На серии аксиальных томограмм размеры левого гемиторакса уменьшены. Средостение смещено влево и ротировано кзади. Левое легкое отсутствует, левый главный бронх не определяется. Правое легкое увеличено в объеме, пролабирует в левую половину грудной клетки.

Ребенку был установлен диагноз: Хронический бронхит с сопутствующей агенезией левого легкого.

При наблюдении в периоде обострения хронического бронхита назначалась антибактериальная терапия, которая проводилась с учетом наиболее вероятных возбудителей [5].

Для улучшения дренажной функции бронхов применялись отхаркивающие средства, бронходилататоры. Одновременно проводился по-зиционный дренаж, массаж грудной клетки, фитотерапия [6,7,8]. В период ремиссии периодически назначались иммуномодулирующая терапия, физиолечение, лечебная физкультура, дыхательная гимнастика, массаж, а также санаторное лечение в горных условиях [5]. В школьном возрасте девочка по развитию соответствовала своему возрасту, но деформация грудной клетки и сколиоз позвоночника были выражеными при сохранении достаточной физической активности ребенка.

В динамике наблюдения у девочки стали редко отмечаться обострения бронхита не более 2 – 3 раз в год при постоянном проведении дыхательной

гимнастики и поддерживающей дренажной терапии, а также при проведении сезонной профилактике гриппа и других вирусных инфекций.

Во втором случае приводим собственное наблюдение ребенка с первичной цилиарной дискинезией (синдромом Зиверта—Картагенера), диагностированной на первом году жизни.

Ребенок 7 месяцев поступил в стационар в отделение раннего возраста с жалобами на повышение температуры до субфебрильных цифр, затрудненное дыхание, кашель, одышку. Из анамнеза у матери отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (длительное лечение в связи с бесплодием), неблагоприятное течение беременности. Ребенок родился в срок с весом 3500гр, период новорожденности протекал относительно гладко. В последующем мать стала отмечать, что у ребенка несколько затруднено носовое дыхание, имелись слизистые выделения из носа. Неоднократно обращалась к участковому педиатру, который назначал симптоматическое лечение интраназально, фенистил, которые имели эффект. В 7 месяцев у ребенка после контакта с больным острой респираторной инфекцией на фоне имеющихся симптомов повысилась температура до 380 С, появились кашель, выраженное затрудненное дыхание, в связи с чем был госпитализирован.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Костно-мышечная система без деформации. Грудная клетка цилиндрической формы, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. В легких перкуторно - легочный звук, аускультативно выявлены изменения с наличием рассеянных сухих и влажных хрипов. Область сердца не изменена, но гра-ницы сердца сдвинуты вправо. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Установлен диагноз острого бронхита, для подтверждения которого проведено рентгено-логическое исследование (рис.3).



Рис 3. Рентгенография грудной клетки: усилен легочный рисунок в прикорнеальной зоне, легочные поля без очагово-инфилтративных теней. Синусы свободны. Сердце расположено справа. Заключение: декстрокардия, острый бронхит.

Ребенок проконсультирован у отоларинголога, установлен диагноз острого риносинусита, проведена рентгенография придаточных пазух носа, при которой выявлено недоразвитие лобных пазух, что является одним из проявлений синдрома

Зиверта—Картагенера [9,10]. В последующем проведена МСКТграмма органов грудной клетки: Прикорневая перибронхиальная инфильтрация, фиброзные тяжи в базальных отделах обоих легких, единичные фокусы слабо выраженной инфильтрации в паренхиме «левого» легкого. Увеличение отдельных подкрыльцевых лимфоузлов с обеих сторон. Дуга и восходящий отдел аорты, камеры сердца развернуты вправо, печень развернута влево.

Ребенку установлен диагноз: Синдром Картагенера (первичная цилиарная дискинезия). Синдром Картагенера относится к генетически детерминированным состояниям с преимущественно аутосомно-рецессивным типом наследования и рассматривается как основная форма первичной цилиарной дискинезии (ПЦД) [11, 12]. В основе первичной цилиарной дискинезии лежат врожденные дефекты строения ресничек мерцательного эпителия респираторного тракта и аналогичных структур, приводящих к нарушению их двигательной активности [13,14].

Классической формой ПЦД является синдром Зиверта-Картагенера (*situs inversus* – с обратным расположением внутренних органов, хронические бронхэкстазы, гипоплазия пазух носа или синусит). На его долю приходится 50-60% этой патологии [14]. Но возможно наличие неполного аномального расположения внутренних органов (*situs ambiguus* – гетеротаксия, когда расположение основных внутренних органов отличается как от нормального их положения (*situs solitus*), так и от их полного зеркального отображения (*situs inversus*).

Имеющиеся в литературе сведения об исходе первичной цилиарной дискинезии неоднозначны. В некоторых случаях отмечают прогрессирование хронического бронхолегочного процесса с развитием дыхательной недостаточности [15,16]. Есть данные результатов проспективного исследования, когда не обнаруживали прогрессирования процесса и отмечали стабильность функциональных показателей [17,18,19]. В литературе встречаются публикации о больных с синдромом Картагенера, достигших старческого возраста [20,21].

Основными целями терапии при синдроме Картагенера является предупреждение прорецирования и/или развития бронхэкстазов и восстановление / сохранение нормальной легочной функции, а также носового дыхания и слуха. При лечении использовались различные методики, способствующие очистке дыхательных путей и носовых ходов. При обострении хронического бронхолегочного процесса рекомендовалось назначение антибактериальных препаратов в соответствии с чувствительностью выделенной микрофлоры. Антибактериальная терапия применяется также при обострениях синусита, в случае отсутствия эффекта от ирригационного лечения.

Антибактериальная терапия назначалась в соответствии с чувствительностью микрофлоры к препаратам, включая, при необходимости, антибиотики резерва. При необходимости назначали ингаляционные бронхоспазмолитики и муколитики перорально. При выписке даны рекомендации, включающие регулярное наблюдение у пульмонолога, участкового врача отоларинолога, при необходимости сурдолога и кардиолога. Рекомендованы проведение методик, способствующих очистке дыхательных путей (промывание носовых ходов гипертоническим раствором натрия хлорида), регулярное проведение курсов противорецидивной терапии, которые

включали методы, улучшающие функцию бронхов (дренажный массаж, постуральный дренаж), проведение ингаляций с муколитиками и бронхоспазмолитиками. Проведение антибактериальной терапия по показаниям, но с назначением в соответствии с чувствительностью микрофлоры к препаратам после бактериологического исследования слизи зева и носа, включая при необходимости антибиотики резерва. Лечение в стационаре при обострениях и ухудшении состояния. В динамике наблюдения ребенок развивается соответственно своему возрасту, постоянно проводятся процедуры, улучшающие носовое дыхание и функцию бронхов, периодически бронхолитики и муколитики. Признаки развития респираторной инфекции наблюдаются 2 – 4 раза в год, когда ребенку назначают антибактериальное лечение.

Проведенная МСКТграмма грудной клетки в динамике не отметила образование бронхоэктазов.

Благодаря своевременной и адекватной консервативной терапии у ребенка в настоящее время удалось достичь облегчения симптоматики заболевания, способствовать нормальному развитию.

Таким образом, наличие врожденной патологии легких способствует развитию хронических воспалительных заболеваний, формированию морфологических изменений в легких и нарушению дыхательной функции. Ранняя диагностика и проведение регулярной адекватной консервативной терапии способствуют развитию компенсаторных реакций организма или более медленному прогрессированию заболевания без признаков развития выраженных морфологических изменений.

Адабиётлар/Литература/References

1. «Современная классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей» Педиатрия. 2010;89;4:7-14.
2. Бронхиты у детей. Под ред. В.К.Таточенко. М. 2004:90.
3. Смирнова М.О., Розинова Н.Н. Клинические и патогенетические особенности разных вариантов хронического бронхита у детей. Костюченко М.В., Захаров П.П., Ружицкая Е.А. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2007;3:22-26.
4. Волков И. К. Пороки развития. В кн.: Практическая пульмонология детского возраста. Под ред. В. К. Таточенко. М., 2001:167-183.
5. Под общей ред. Чучалина А. Г. «Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания». Руководство для практикующих врачей. М.: Литтерра, 2004.
6. Самсыгина Г.А. «Лечение кашля у детей» (лекция) Педиатрия. Журнал им. Г.Н.Сперанского 2004;3:84-92.
7. Княжеская Н. П. «Место ацетилцистеина в комплексной терапии острых и хронических заболеваний дыхательных путей». Справочник поликлинического врача. 2010;3:26-31.
8. Новикова Л., Баранова О., Илькович Ю. «Применение ацетилцистеина в клинической пульмонологии». Лечащий врач. 2014;2:13-16.
9. Артамонов Р.Г. Синдром Зиверта—Картагенера. Р.Г. Артамонов Медицинский научный и учебно-методический журнал. Раздел — Рубрики: «Редкие заболевания детского возраста». 2001;5:191-195.
10. Гаджимирзаев Г.А. Ринобронхопульмональный синдром. Махачкала: Юпитер; 1988.

11. Afzelius B.A. The immotile cilia syndrome: a microtubuleassociated defect. CRC critical reviews
1. in Biochemistry 1985;19:1:63-87.
12. Розинова Н.Н., Богорад А.Е. Синдром Картагенера у детей. М: Династия. 2007; С.78.
13. Павлова Т.Б., Шинкарева В.М. Первичная цилиарная дискинезия. Клиническое наблюдение. Бюллетень ВСНЦ СО РАМН- 2016;1:75-77.
14. Розинова Н.Н. Первичная цилиарная дискинезия у детей. Вопросы современной педиатрии. 2003;6:28-32.
15. Рачинский С.В. Синдром Картагенера у детей. Проблемы туберкулеза 1993;6:19-22.
16. Sauvaget J., Garnet L. et al. Mise un point sur le syndrome de Kartagener. A propos d'une observation. Rev Pneumol Clin 1985;41:3:187-191.
17. Ellerman A., Bisgaard H. Longitudinal study of lung function in a cohort of primary ciliare diakinesia. Eur Res J 1997;10:10:2376-2379.
18. Bush A., O'Callaghan C. Primary ciliary dyskinesia. A.Bush, C. O'Callaghan. Arch Dis Child. 2002;87:363-365.
19. Лукина О.Ф. Функция дыхания при синдроме Картагенера у детей. Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 4-й. М. 1994;1037.
20. Amjad H., Richburg F., Adler E. Kartagener syndrome. / H. Amjad, F. Richburg, E. Adler. Case report in an elderly man. Jama 1974; 227: 1420—1422.
21. Gomez de Terreros Caro F.J., Gomez-Stern Aguilar C., R. Alvarez-Sala Walther Kartagener's syndrome. Diagnosis in 75 year-old women. Arch Bronconeumol 1999; 35: 5: 242-244.

MEDICINEPROBLEMS.UZ-

TIBBIYOT FANLARINING DOLZARB MASALALARI

Nº 9 (3)-2025

TOPICAL ISSUES OF MEDICAL SCIENCES

**TIBBIYOT FANLARINING DOLZARB
MASALALARI** elektron jurnali 02.03.2023-
yilda 132099-sonli guvohnoma bilan
davlat ro'yxatidan o'tkazilgan.

Muassis: "SCIENCEPROBLEMS TEAM"
mas'uliyati cheklangan jamiyat.

TAHRIRIYAT MANZILI:
Toshkent shahri, Yakkasaroy tumani, Kichik
Beshyog'och ko'chasi, 70/10-uy. Elektron
manzil: scienceproblems.uz@gmail.com