

ТИМОМЕГАЛИЯ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Бурханова Диловар Садриддиновна

Уринова Хумора Уктам к,изи

Исмоилова Хуснора Турсунбой к,изи

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Аннотация: *Это исследование показывает главные причины индивидуального подхода лечению и профилактики программы детям первых лет жизни. В то же время рассматриваются особенности тимомегалии в грудном возрасте у детей.*

Ключевые слова: *тимомегалия, УЗ исследование, вилочковая железа, морфофункциональные, иммунодефицит*

THYMOMEGALY AND THE STATE OF HEALTH OF CHILDREN IN THE FIRST YEAR OF LIFE

Burkhanova Dilovar Sadriddinovna

Urinova Khumora Uktam qizi

Ismoilova Khusnora Tursunboy qizi

Samarkand State Medical University

Abstract: *This study shows the main reasons for the individual approach to the treatment and prevention program for children in their first years of life. At the same time, the features of thymomegaly in infancy in children are considered.*

Key words: *thymomegaly, ultrasound study, thymus gland, morphofunctional, immunodeficiency*

Цель исследования — выявление особенностей течения первого года жизни у детей с тимомегалией (ТМ).

Материалы и методы. В исследование включены 56 детей ($10,2 \pm 0,8$) с ТМ и 40 детей из группы сравнения. Проведен анализ историй развития, углубленный медицинский осмотр, рентгенологическое и УЗ исследования вилочковой железы.

Введение: Острые респираторные инфекции раннего возраста занимают одно из первых мест в структуре детской заболеваемости и смертности, что в последнее время связывают с наличием иммунодефицитных состояний, при которых, как правило, происходят морфофункциональные изменения в центральном органе иммунной системы - вилочковой железе.

Детская тимомегалия – это увеличение вилочковой железы у детей. Такое состояние довольно нередко диагностируют у детей в раннем возрасте, особенно

часто встречается тимомегалия у детей до года. Вилочковая железа находится в переднем верхнем отделе грудины. В детстве она состоит из двух отделов – грудного и шейного, и достигает края языка. Другое название вилочковой железы – «железа детства». Причинами ее увеличения могут быть как эндогенные или экзогенные факторы, так и их комбинация. На сегодняшний день медики признают как влияние наследственности (это подтверждается наличием определенных генов), так и влияние патологий беременности, инфекционных заболеваний матери, поздних беременностей, нефропатии.

Основные симптомы тимомегалии у детей таковы:

- увеличение размера лимфатических узлов;
- увеличение аденоидов, миндалин, ткани задней поверхности ротоглотки;
- увеличение тимуса хорошо видно на рентгеновском снимке;
- гипотония;
- аритмия;
- появление «мраморного» рисунка на коже;
- холодные руки и ноги, гипергидроз;
- лишний вес, ожирение;
- у девочек гипоплазия половых органов, у мальчиков фимоз или крипторхизм;

Симптомы тимомегалии у детей до года:

- при рождении ребенок имеет большой вес;
- резкие смены веса (легко набирает и сбрасывает вес);
- на груди просматривается венозная сеточка;
- бледность;
- при напряжении (к примеру, плаче) цианоз;
- кашель (без простудных заболеваний), усиливающийся в положении лежа;
- повышение температуры до субфебрильной, потливость (без простудных заболеваний);
- аритмия;
- частые срыгивания.
- У детей с тимомегалией чаще наблюдаются респираторные вирусные и инфекционные заболевания, пониженный иммунитет.

Лечение тимомегалии:

Лечение определяется индивидуально, в зависимости от выраженности заболевания и общего состояния иммунитета и здоровья ребенка.

Прежде всего, необходимо соблюдать гипоаллергенную диету. Детям с тимомегалией 3-й степени обычно отменяют на полгода вакцинацию (кроме прививок полиомиелита).

Медикаментозное лечение тимомегалии у детей назначается во время приступов, либо же в случае серьезных нарушений здоровья. В пиковый период

болезни применяют 5-дневный курс глюкокортикоидов (преднизолон или гидрокартизон) в возрастной дозировке.

В рационе детей с этим расстройством должно быть достаточно продуктов с высоким содержанием витамина С (отвары шиповника, болгарский перец, облепиха, лимон, смородина, петрушка и т.д.). Также часто применяются иммуномодуляторы и адаптогены, к примеру, элеутерококк, лимонник китайский или женьшень (как правило, курс повторяют каждые 3-4 месяца).

Для лечения тимомегалии у детей категорически запрещено использовать аспирин – он может спровоцировать развитие аспириновой астмы.

Раз в полгода проводят курс лечения этимизолом, глицерамом. Обычно диспансеризация и лечение проводятся после достижения ребенком 6-летнего возраста.

Родители должны обратить особое внимание на профилактику респираторных вирусных и инфекционных заболеваний, так как при тимомегалии риск их возникновения значительно повышается.

Полезно также применение физиотерапевтических процедур и натуральных стимулирующих средств (отваров и настоев лекарственных растений по отдельности или в сборах).

Обычно симптомы тимомегалии у детей наблюдаются до 3-6 лет. После этого они или исчезают, или же перерождаются в другие заболевания. Именно для предупреждения развития новых болезней так важно своевременно и правильно назначить лечение и тщательно выполнять все указания педиатра.

Материалы и методы исследования: Было обследовано 100 детей грудного возраста с обструктивным бронхитом. Всем детям был проведен общепринятый комплекс клинических и лабораторных исследований.

Методологической основой рентгенодиагностики увеличенного тимуса является следующее положение: в норме у детей любого возраста на стандартных рентгенограммах грудной клетки в прямой проекции тень тимуса не должна выходить за пределы тени сосудистого пучка и сердца. Наиболее простой способ определения увеличения тимуса состоит в следующем: тень тимуса, занимающая 1/2 половину грудной клетки, соответствует увеличению тимуса I степени, при 2 степени тень тимуса занимает 1/2 - 3/4 грудной клетки, при увеличении тимуса более 3/4 грудной клетки диагностируется тимомегалия III степени.

В клинической картине детей с тимомегалией по сравнению с контрольной группой имели место: избыточная масса тела, легко возникающий периоральный цианоз, даже при незначительной физической нагрузке, врожденный стридор, повышенная потливость, транзиторные нарушения сердечного ритма.

Для купирования бронхообструкции в основной группе применялись глюкокортикоиды, в то время как в контрольной группе обструкция снималась ингаляцией венталина через небулайзер.

Результаты: УЗ исследование подтвердило ТМ у 38 (67,8%) детей. Достоверно чаще (в 1,8 раз) у матерей основной группы наблюдались отклонения от физиологического течения беременности, в 2 раза чаще встречалась манифестация инфекций, актуальных для перинатального периода. К моменту рождения длина тела детей основной группы имела тенденцию к более высоким показателям, чем в группе сравнения, в то время как масса тела у детей обеих групп значимого различия не имела. На момент обследования у 21,4% детей основной группы масса тела превышала значение 97-го перцентиля при более умеренном пре вышении длины тела. У 84% отмечались бледность, «пастозность» кожи со сниженной эластичностью.

Обращали на себя внимание слабое развитие мускула туры, множественные (от 3 до 5) стигмы дисэмбриогенеза у подавляющего числа детей основной группы.

У 55,3% детей выявлено перинатальное постгипоксическое поражение ЦНС, в контрольной группе у 20%.

Уже в течение первых трех месяцев жизни у 33 детей (85,7%) отмечались эпизоды ОРВИ, которые повторялись в течение года в среднем 4,6 раза. Кроме того, в основной группе достоверно чаще (в 2,4 раза) встречались проявления пищевой аллергии (в первую очередь, непереносимость белков коровьего молока).

Таким образом, выявленные особенности течения первого года жизни, а, главное, их частота, делают необходимым проведение УЗ исследования вилочковой железы в первые три месяца жизни ребенка для раннего выявления ТМ как более информативного и безопасного метода обследования. Разработка индивидуальных реабилитационных программ с целью предупреждения повторных ОРВИ и избыточной сенсibilизации на первом году жизни у детей с ТМ позволит обеспечить сохранение здоровья детей в последующем.

Заключение: факторами риска тимомегалии у детей раннего возраста с обструктивным бронхитом являются отношение матерей к группе часто болеющих в анамнезе. Наличие у них анемии, эндокринной патологии, хронических заболеваний инфекционного генеза, отягощенный акушерский анамнез. Дети с увеличенной вилочковой железой низкорезистентны к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды и подлежат дополнительному обследованию для выявления тимической недостаточности. В диспансерном наблюдении таких больных обязательно участие педиатра, иммунолога и эндокринолога.