

ERTA YOSHDAGI BOLALARDA O‘TKIR ZOTILJAMNI KARDIT BILAN ASORATLANGANDA DAVOLASH PRINSIPI

N.A.Israilova

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Dolzarbliigi. Bolalarda uchraydigan yurak qon-tomir xastaliklari, ularning asoratlari hozirgi zamon tibbiyotining eng dolzarb muammolardan biriga aylanib bormoqda. Erta yoshdagi bolalar kasallanishi va ayniqsa o‘lim ko‘rsatkichi tuzilmasida bronx o‘pka sistemasining o‘tkir patologiyasi etakchi o‘rin tutadi [7,10]. Zotiljamda patologik jarayonga yurak qon tomir sistemasining qo‘shilishi va ko‘p hollarda o‘pka hamda yurakning infeksiyon yallig‘lanishi kuzatiladi [1,6]. Aniqlanishicha, kardit rivojlanishiga olib keluvchi ekzogen faktorlar ichida virus etiologiyali infeksiyon-allergik kasalliklar asosiy o‘rinni (53%) egallaydi [4,5]. O‘tkir zotiljam natijasida yuzaga keladigan yurak qon tomir sistemasining o‘zgarishlarini erta aniqlash va patogenetik asoslangan davosini ishlab chiqish talab qilinadi. Bunda yuzaga kelgan o‘tkir karditlarning o‘tkir osti yoki surunkali shakllariga o‘tish chastotasining oshishi immun sistemasining disfunksiyasi va antioksidant sistema etishmovchiligini ko‘rsatadi [8].

Maqsad. Erta yoshdagi bolalarda o‘tkir zotiljamni kardit bilan asoratlanganda davolash samarasini qiyosiy baholash.

Tekshiruv ob‘ekti va usullari: Izlanishlar Toshkent tibbiyot akademiyasining 1 klinikasi bolalar pulmonologiyasi va kardiorevmatologiyasi bulimlarida olib borildi. Bunda 92 ta erta yoshdagi o‘tkir zotiljam bilan og‘rigan bemorlar tekshiruvini o‘tkazilgan, ulardan 1 guruhi 47 ta bemor o‘tkir zotiljam kardit bilan asoratlangan, 2 guruhi 45 ta bemor asoratsiz o‘tkir zotiljam. Kontrol guruhini 20 ta amaliy sog‘lom bolalar tashkil etadi. Ishimizda anamnez, klinik status, bioximik tekshiruvlar (qon zardobida KFK-MV, LDG-1, troponinni aniqlash), asbobli tekshiruvlar (EKG, ExoKG, ko‘krak qafasi rentgeni), immunologik (IFN- α , γ , IL 1 β , IL 1Ra) va statistik usullar qo‘llanildi.

Tekshiruv natijalari. Ikkala guruh bemorlarning klinik simptomlari solishtirilganda shu aniqlandiki, kardit bilan asoratlangan zotiljamda nafas etishmovchiligi belgilarining kuchli namoyon bo‘lishi asosan miokardning yallig‘lanishi sababli bo‘lib, 1 guruh bemorlarida 2 guruhga nisbatan kasallikning og‘irroq kechishi kuzatildi. Kasallikning boshlanishida karditning rivojlanishi o‘tkir bo‘lib, 1 guruh bemorlarda asosiy kasallik hisobiga yurak etishmovchiligining ortishi va keyinchalik kichik qon aylanish (hansirash, shovqinli nafas, zotiljamning zo‘rayishi va uning qiyin tuzalishi) hamda katta qon aylanish doirasida (shish, jigar kattalashishi) dimlanishning yuzaga kelishi bilan namoyon bo‘ldi.

Periferik sianoz (orbital, peroral) ko‘pchilik bemorlarda aniqlanib, yurak etishmovchiligi bor bemorlarda yaqqolroq kuzatildi. Kasallik boshlanishida 1 guruh bemorlarning 53,2% ida chap qorincha etishmovchiligi aniqlandi. Kardial o‘zgarishlarning birinchi belgisi bo‘lib yurak urush sonining o‘zgarishi, asosan, taxikardiya kuzatilib, davomiyligi, turg‘unligi, tana harorati va jismoniy zo‘riqishlarsiz kuzatilishi bilan xarakterlanib, 1 guruhda 2 guruh bemorlariga qaraganda ko‘proq kuzatildi (46,8% ga 31,1% qarshi). (jadval 1).

Jadval 1

O‘tkir zotiljam bilan og‘rigan erta yoshdagi bolalarda kardiologik simptomatika, M±m.

Simptomlar	1 guruh (n=47)		2 guruh (n=45)	
	abs.	M±m, %	abs.	M±m, %
YUrak chegarasining kengayishi	27	57,4±7,2***	3	6,7±3,7
YUrak tonlari bo‘g‘iqligi	18	38,3±7,1**	31	68,8±6,9
Taxikardiya	22	46,8±7,3	14	31,1±6,9
Bradikardiya	9	19,1±5,7	-	-
Sistolik shovqin	17	36,2±7,0	10	22,2±6,2
II ton aksenti	10	21,3±5,9	-	-
Gepatomegaliya	23	48,9±7,3**	8	17,8±5,6
QAB 0	22	46,8±7,3***	44	97,8±2,2
QAB I	18	38,3±7,1***	1	2,2±2,2
QAB IIA	6	12,8±4,9	-	-
QAB IIB	1	2,1±2,1	-	-
QAB III	-	-	-	-

Izoh: guruhlar orasidagi aniqlik (* - R<0,05; ** - R<0,01; *** - R<0,001)

1 guruh bemorlarning 57,4% ida yurak nisbiy chegarasining chapga siljishi perkutor aniqlandi. Xarakterli auskultativ belgilardan bo‘lgan yurak tonlarinig bo‘g‘iqlashganligi va cho‘qqida I ton bo‘g‘iqligi, asosan 1 guruhdagi bemorlarda eshitildi (R<0,01). 1 guruh bemorlarning 36,2%ida (2 guruhning 22,2% ga qarshi) kardiomegaliya hisobiga yuzaga kelgan mitral klapan nisbiy etishmovchiligi natijasida har xil intensivlikdagi sistolik shoqin eshitildi. Kardit bilan asoratlangan o‘tkir zotiljamda patologik o‘zgarishlarning ustunligi kardial asoratlarning organik hamda zotiljam tufayli simptomatik xarakterdaligi bilan izohlanadi [11].

Tekshiruvlar natijasida EKG o‘zgarishlari minimal metabolik buzilishlardan tortib, yurak ritmi va o‘tkazuvchanligining murakkab kombinatsiyadagi o‘zgarishlarigacha aniqlandi. YA’ni, 1 guruh bemorlarida sinus taxikardiya 2 guruhga nisbatan 1,5 barobar ko‘proq, bradiaritmia esa yarmidan ko‘p bolalarda kuzatildi (R<0,001). Qorinchalararo o‘tkazuvchanlikning buzilishlaridan Giss tutami o‘ng

oyoqchasining blokadasida chap oyoqchasi blokadasiga nisbatan ko'proq uchradi. 1 guruhning bir qism bemorlarida QRS kompleksi amplitudasining pasayishi aniqlanib, standart va kuchaytirilgan bir qutbli o'tkazgichlarda yaqqol namoyon bo'lishi miokard zararlanishining o'tkir va diffuz xarakterda ekanligini ko'rsatdi.

Rentgenologik tekshiruvlar shuni ko'rsatdiki, 1 guruhda 2 guruhdagiga nisbatan 2,3 marotaba ko'p ikki tomonlama o'choqli qo'shiluvchan va segmentar xarakterdagi zotiljam kuzatildi (91,1%; $R < 0,01$). Bunda o'pka ildizining kengayishi va o'pka suratining kuchayishi zotiljamning dimlanish xarakterdaligini kursatdi. 2 guruhdagi 25 ta bemorda (55,6%) esa asosan, o'choqli zotiljam aniqlandi.

Kardiorakal indeksning I–II darajasi 1 guruhning 2/3 qismidan ko'proq bemorlarida aniqlandi. Bunda 1- va 2- guruhlarda KTI I darajasi mos ravishda 19 ta (40,4 %) va 2 ta (4,4%) bemorda uchradi; KTI II darajasi esa faqatgina 1 guruhning 13 ta (27,7 %) bemorida uchradi.

Klinik amaliyotda qon zardobida aspartat- i alaninaminotransferaza (AsAT va AlAT) aktivligini aniqlash bir qancha kasalliklar diagnostikasida qo'llaniladi [9]. Mushak to'qimasining organotrop fermenti AsAT 1 guruhda me'yorga nisbatan 1,7 martaga oshgan, 2-guruhda esa ko'rsatkich me'yor darajasida bo'lgan. SHuningdek, bizning aniqlashimizcha, miokard zararlanishida de Ritis koeffitsienti kontrolga va 2 guruhga nisbatan mos ravishda 2,2 va 2 marotabaga oshgan (jadval 2).

Jadval 2.

Guruhlarda qon bioximik tekshiruvlarining o'rtacha ko'rsatkichlari xarakteristikasi

Ko'rsatkichlar	Kontrol	1 guruh	2 guruh
AsAT	0,28±0,03	0,48±0,013*	0,25±0,018^
AlAT	0,34±0,02	0,26±0,011	0,27±0,015*
Koeff. de Ritis	0,82±0,02	1,85±0,02*	0,93±0,02*^

Izoh: * - kontrolga nisbatan farqi, ^- 1-guruhga nisbatan farqi: $R < 0,05$

Bioximik tekshiruvlardan kreatinfosfokinaza-MV fraksiyasining 1 guruhda me'yorga nisbatan 3,8 martaga oshishi, laktatdegidrogenaza-1 fraksiyasining 2 guruhga nisbatan 1,9 martaga oshganligi aniqlandi (jadval 3).

Jadval 3.

Guruhlardagi kardial izofermentlarning miqdor ko'rsatkichlari, (M±m), Ed/l.

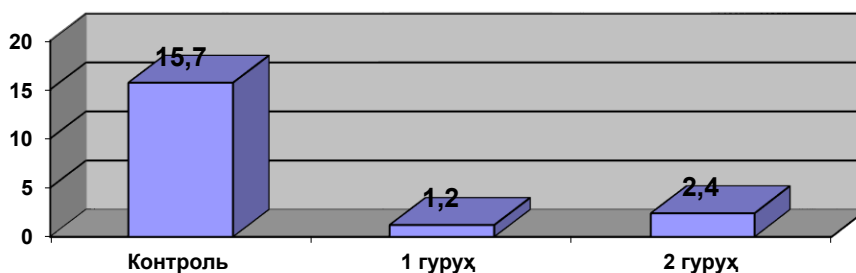
Pokazatel	Kontrol	1 guruh	2 guruh
KFK-MV	12,7±2,21	48,6±3,9*	13,8±2,14
LDG-1	396,4±18,5	753,6±90,3*	418±57,8

Primechanie: * - kontrol guruhga nisbatan farqi ($R < 0,001$)

SHunday qilib, bizning aniqlashimizcha, qon zardobidagi kardiospetsifik

izofermentlar aktivizatsiyasi o‘tkir zotiljamda yurak mushaklaridagi yallig‘lanish jarayonining ishonarli mezon bo‘lib xizmat qilishi mumkin. Fermentlar aktivlashishiga sabab, zotiljam tufayli yuzaga kelgan gipoksiya bo‘lib, u o‘z navbatida miokardning subepikardial bo‘limlari va papillyar mushaklarining ishemik jarohatlanishiga olib keladi [2,3].

Immunologik tekshiruvlar natijasiga ko‘ra, 1 guruhdagi bemorlarda γ -IFN miqdori 2 guruh va kontrol guruhlaridagilarga nisbatan mos ravishda 7 va 14 martaga kamayganligi aniqlandi. Bu esa dastlabki immun defitsit holatidan, interferonogenez buzilishidan dalolat berib, interferonstimullovchi terapiya o‘tkazishga ko‘rsatma bo‘ladi (1-rasm).



1 rasm. Erta yoshdagi bolalarda kardit bilan asoratlangan o‘tkir zotiljamda γ -IFNning dastlabki miqdori, pg/ml.

Yuqoridagi ma’lumotlarga asoslanib, kardit bilan asoratlangan o‘tkir zotiljamni davolashda an’anaviy davoga qo‘shimcha interferonogenezni korreksiyalovchi preparatlar (sikloferon) va metabolik preparatlar (elkar) tayinlash lozim.

SHu maqsadda 1 guruh bemorlar 3 turdagi davo guruhchalariga bo‘lindi: 1 guruhcha 15 ta bemorga an’anaviy davoga, 2 guruhcha 16 ta bemorga davoga qo‘shimcha sikloferon, 3 guruhcha 16 ta bemorga davoga qo‘shimcha sikloferon va elkar (L-karnitin) tayinlandi.

Sikloferon immunomodullovchi va virusga qarshi preparat bo‘lib, endogen interferon sintezlovchi past molekulyar induktor hisoblanadi va keng spektrli biologik aktivlikka ega: yallig‘lanishga qarshi, antiproliferativ, virusga qarshi, immunomodullovchi, shishga qarshi ta’sir.

Karnitin yog‘ kislotalarini mitoxondriyga o‘tishini ta’minlab, atsetil-KoA hosil qiladi va bioenergetik metabolizmni boshqaradi.

Barcha bemorlarda bosqichli, asosli patogenetik davoga olib borildi. Kasallik avjida sikloferon 1 tabl.(150mg)dan kuniga 1 mahal ichishga yoki 12,5% li eritmani 6mg/kg hisobida 1 mahal m/o yoki v/i ga tayinlandi. Preparat davoning 1-, 2-, 4-, 6- va 8-kunlari, keyin 48 soat oralatib, 10-, 12-, 14-, 16- va 18-kunlari tayinlandi. Kasallikning klinik-laborator davrida metabolizmni yaxshilash va immun tizimni quvvatlash maqsadida 20% elkar preparati 50-100 mg/kg/sut ga oz miqdordagi suv yoki sharbat bilan 1 oyga tayinlandi.

Klinik kuzatuvlar shuni ko'rsatdiki, o'tkazilgan muolajalardan so'ng barcha guruhlarda klinik simptomlar chastotasi kamaydi, ayniqsa sikloferon va elkar tayinlangan guruhda yaxshiroq natija kuzatildi. Bu guruhdagi bemorlarda yurakning funksional holati tez tiklandi.

Katamnestik tekshiruvda (12-18 oyda) 1 guruhchada 26,7%da EKGda o'zgarishlar aniqlanmadi, ritm buzilishlari 20% da, o'tkazuvchanlik buzilishi 13,3%da, repolyarizatsiya o'zgarishlari 26,7% da kuzatildi. 2 guruhchada esa bu ko'rsatkichlar mos ravishda 12,5%ni, 6,3%ni va 12,5%ni tashkil qilib, 1 guruhchaga nisbatan 3 va 2 barobarga kamayganini ko'rsatdi. Bu guruhchada o'tkazuvchanlik buzilishlari kuzatilmadi. 3 guruhchada esa faqat 12,5% da ritm buzilishi: aritmiya 6,5%ni va sinus taxikardiya 6,5%ni tashkil qildi.

Metabolik o'zgarishlarning saqlanganligi 1 guruhchada yuqori bo'lib, davodan so'ng 1 va 12-18 oylarida mos ravishda 40% va 26,7%ni tashkil qildi. 2 guruhchada esa bu ko'rsatkichlar 31,3 va 6,3%gacha pasaydi, yaxshi natijalar 3 guruhchada qayd etilib, modda almashinuvi buzilishlari 1 oydan so'ng 18,7%da kuzatilgan, keyingi oylarida esa bu o'zgarishlar yo'qolgan.

Bioximik ko'rsatkichlarning ham pasayishi barcha guruhchalarda kuzatilib, uning me'yorlashuvi asosan 3 guruhchada (an'anaviy davo bilan birgalikda sikloferon va elkar qabul qilgan bemorlarda) aniqlandi.

Xulosa:

1. Bolalarda kardit bilan asoratlangan zotiljam asoratlanmagan zotiljamga nisbatan og'irroq kechadi.
2. Kardit bilan asoratlangan o'tkir zotiljamni an'anaviy davolash standartiga interferon induktori va metabolik preparatni qo'shish davo samaradorligini oshirib, surunkali jarayon rivojlanishini kamaytiradi.

Adabiyotlar:

1. Belokon N.A. Bolezni serdsa i sosudov u detey: Rukovodstvo dlya vrachey. - M.: Meditsina, 1987. -T.1.-S.392-420.
2. Boysov S.A. Sitoprotektivnaya terapiya pri vospalitel'nykh zabolevaniyax miokarda.// «Farm indeks-praktik». №5. 2003. S.5-21.
3. Boysov, S.A. Sovremenniye vozmozhnosti diagnostiki nerevmaticheskix miokarditov. Tekst. / S.A. Boysov, M.V. Deryugin // Consilium-Medicum.— 2012.-T4.-№3.- S.76-80.
4. CHerdanseva G.A., Myakisheva O.A., Sıvyayn P.B. Immunoximicheskaya diagnostika neobratimyy povrejdeniy miokarda u detey. //Ross.pediatricheskiy jurnal.-2001.-3.- S. 37-40.
5. Ilten F. Cardiovascular changes in children with pneumonia. Turc. J. Pediatr. 2003; 45 (4):306-310.
6. Israilova N.A., Karimdjanov I.A., Sadikova N.B. Kliniko-diagnosticheskiye kriterii miokarditov na fone ostroy pnevmonii u detey rannego vozrasta // Novosti

- dermatovenerologii i reproduktivnogo zdorovya. – Tashkent, 2017. - №1. - S. 102-104
7. Romanova N.E. Faktory riska razvitiya i osobennosti vnebolnichnoy pnevmonii u bolnykh s khronicheskoy serdechnoy nedostatochnostyu: Dis. ... kand. med.nauk;M.; 2004.
 8. Samsygina G.A., Durdina T.A., Korpyushin M.A. Tyazelye vnebolnichnye pnevmonii u detey. // Pediatriya. -2005. -№4.-S.87-94.
 9. SHabalov N.P. Pnevmoniya//Detskie bolezni. - M.: Piter, 2020.T.1.- S.348-403
 10. SHepelenko A.F. Vnebolnichnaya pnevmoniya, sochetannaya s kardialnoy patologiyey: osobennosti kliniki, diagnostiki i lecheniya. //Pulmonologiya.-2010.-1.-S.87-92.

PRINCIPLES OF TREATMENT OF ACUTE PNEUMONIA
COMPLICATED BY CARDITIS IN YOUNG CHILDREN

N.A.Israilova

Tashkent medical academy

Clinical observations have shown that children with acute pneumonia complicated by carditis, after combined treatment Elkar and cycloferon more pronounced reduced cardiac output, increases the effectiveness of treatment and reduce chronization of carditis.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ОСЛОЖНЕННОЙ
КАРДИТОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Н.А.Исраилова

Ташкентская медицинская академия

Клинические наблюдения показали, что у детей с тяжелой пневмонией осложненной кардитом после комбинированного лечения Элкар и циклофероном отмечается более выраженное снижение сердечного выброса, повышение эффективности лечения и снижение хронизации процесса.