

**BOLALARDA SHIFOXONADAN TASHQARI PNEVMONIYANING
MIOKARDIT BILAN KECHISHIDA BEMORLARNING
UMUMIY XUSUSIYATLARI**

Kardjavova Gulnoza Abilkasimovna

PhD, 1-Pediatriya va neonatologiya kafedrası assistenti

Samarqand davlat tibbiyot universiteti,

Samarqand, O‘zbekiston

Mamirova Dilobar Axtamovna

RShTYoIMSF bolalar reanimatsiyasi bo‘limi shifokori

ANNOTATSIYA

Maqolada 1 yoshdan 6 yoshgacha bo‘lgan 80 nafar shifoxonadan tashqari pnevmoniya bilan kasallangan bolalarda anamnestik, klinik, an‘anaviy laborator va maxsus tekshirish usullari, Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Samarqand filialining 2020-2023-yillarda shoshilinch pediatriya va bolalar reanimatsiyasi II bo‘limlariga yotqizilgan 40 nafar miyokardit bilan kelgan bemorlarning natijalari keltirilgan.

Kalit so‘zlar: shifoxonadan tashqari pnevmoniya, bolalar, miokardit, EKG,

Kirish. Bir necha o‘n yillar davomida og‘ir bronxo-o‘pka kasalliklari zamonaviy tibbiyotning dolzarb muammolaridan biri bo‘lib qolmoqda, chunki davolashning yangi tamoyillari va usullaridan foydalanishga qaramay, bemorlar sonining ko‘payishi va o‘lim darajasi doimiy ravishda yuqori [3,4]. Buning mumkin bo‘lgan sababi kechiktirilgan tashxis va natijada davolanishning kech boshlanishi, shuningdek terapiya samaradorligini etarli darajada baholashning mumkin emasligi. Bolalarda bronxo-pulmoner kasalliklar diagnostikasi ko‘pincha qiyin, ayniqsa O‘RVI fonida

nafas olish etishmovchiligi belgilari rivojlangan bo'lsa. O'tkir miokardit muammosi hozirgi vaqtda, ayniqsa, bolalik davrida keng tarqalganligi bilan bog'liq.

Miyokardit - yurak mushagining yuqumli, toksik-infeksion, yuqumli-allergik, otoimmun va toksik etiologiyali yallig'lanishli shikastlanishi. Ushbu kasallik asosan bolalar va yoshlarda uchraydi, ammo kasallik har qanday yoshda rivojlanishi mumkin. Har qanday virusli yoki bakterial vositalar, shuningdek, yuqumli bo'lmagan omillar miyokarditning sababi bo'lishi mumkin. Kasallikning eng keng tarqalgan sababi viruslardir. 6-8% hollarda miokardit turli xil sporadik yoki epidemik virusli infeksiyalar paytida yoki undan ko'p o'tmay rivojlanadi [1].

Tadqiqot maqsadi. Bolalarda shifoxonadan tashqari pnevmoniyaning miokardit fonida kechishida bemorlarning umumiy xususiyatlarini aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Tadqiqotning 1-bosqichidagi bemorlar 3 guruhga bo'lingan: I guruhga miokarditsiz, shifoxonadan tashqari pnevmoniya bilan kasallangan 40 nafar bola kiritilgan. II guruhga miokardit fonida shifoxonadan tashqari pnevmoniyaning yengil va o'rtacha og'irligi bo'lgan 40 nafar bemor kiritilgan. Barcha bemorlar an'anaviy klinik, laborator va instrumental tekshiruvlardan, shuningdek, maxsus tadqiqot usullaridan o'tkazildi. 2-bosqichda (bemorlar tadqiqotning 1-bosqichidan olingan) bemorlar 2 kichik guruhga bo'lingan: Ia kichik guruhi (20) an'anaviy terapiya oldi. Ib kichik guruhi (20) an'anaviy terapiyaga qo'shimcha ravishda differentsial tuzatuvchi davolash oldi. Nazorat guruhi 20 nafar deyarli sog'lom bolalardan iborat edi.

Tadqiqotdan chiqarib tashlash mezonlari bu o'pka bronx tizimning surunkali (irsiy) kasalliklari va tabiiy ravishda yurak-qon tomir tizimidagi o'zgarishlar bilan kechadigan tug'ma yurak nuqsonlari bo'lgan bemorlari edi.

Pnevmoniya tashxisini tekshirish nafas olish kasalliklari bo'yicha XVIII Milliy Kongress yig'ilishida tasdiqlangan bolalarda o'pka-bronx kasalliklarning asosiy klinik shakllari tasnifiga muvofiq amalga oshirildi [5].

Biz Rossiya bolalar kardiologlari assotsiatsiyasi (2016) ishchi guruhining bolalarida miyokardit tasnifidan foydalandik [2].

Ko'pgina bemorlar kasallik boshlanganidan keyin 1 kundan 4 kungacha kasalxonaga yotqizilgan; qabul qilingandan so'ng barcha bemorlarga umumiy qabul qilingan davolash sxemalariga muvofiq pnevmoniya va miokardit uchun bir xil asosiy etiotrop, patogenetik va simptomatik terapiya buyurilgan [3].

Tadqiqot natijalari. Kasal bolalarni kasalxonadan chiqarish diagnostika va davolash standartlari bo'yicha kechiktirib bo'lmaydigan shoshilinch tibbiy xizmati ishining o'ziga xos xususiyatlariga muvofiq amalga oshirildi, bunda statsionar davolanishning tavsiya etilgan muddatlari shifoxonadan tashqari pnevmoniya uchun 9 kuni tashkil etdi. Retrospektiv tahlil davomida bemorlarni kuzatish va davolash kasallikning asosiy belgilari bartaraf etilgunga qadar davom etdi.

Asosiy kasallikdan sog'ayish yoki yaxshilanish kasalxonadan chiqarilgandan so'ng, bolalar 1 oydan 3 yilgacha kuzatuvni davom ettirdilar, bu barcha o'rganilgan ko'rsatkichlar normallashtirildi yoki davomiy terapiyani talab qilmaydigan o'zgarishlar qayd etilganda o'z nihoyasiga yetkazildi. Tadqiqotga kiritilgan barcha bolalarda qon va siydikni klinik tahlil qilish orqali asosiy kasallikning etiologik diagnostikasi to'liq tekshirildi. Bemorlarni jinsiy farqlar bo'yicha tahlil qilinganda qizlarga (41,3%) nisbatan o'g'il bolalar (58,7%) asosan kasallanganligini ko'rsatdi. ShTP va miokardit asosan o'g'il bolalarda kasallangan, ko'pincha ShTP ning miokardit fonida kechishi 1-3 yoshli bolalarda (68,3%), aksincha, ShTP holatlari aksariyat 1 yoshgacha (87,0%) bolalarda kuzatilgan.

Tekshirilayotgan bemorlar orasida eng katta ulushni 3-4 yoshli bolalar - 81 (54,0%), 1 yoshdan 2 yoshgacha - 47 (31,2%) va 5 yoshli bolalarda kamroq - 22 (14,7%) bo'lgan, bu ko'rsatkichlarni pnevmoniya bilan kasallanish bo'yicha adabiyot ma'lumotlari bilan solishtirish mumkin.

Shifoxonadan tashqari pnevmoniya va miokardit bilan kasallangan 80 nafar bolalarni o'rganish shuni ko'rsatdiki, klinik belgilar asosan kasallikning asosiy ko'rinishlariga mos keladi, kasallikning klinik ko'rinishi esa nafaqat o'pkada patologik o'zgarishlar bilan tavsiflanadi, balki boshqa hayotiy organlarning patologik jarayonga tez-tez jalb etilishi bilan ham namoyon bo'ladi.

Jadval 2.1**Shifoxonadan tashqari pnevmoniya va miyokardit bilan kasallangan bemorlarda klinik belgilarning paydo bo'lish chastotasi.**

Klinik belgilar	Guruh I (n=40)		Guruh II (n=40)	
	aбс.	%	aбс.	%
Umumiy holati				
O'rta og'ir	5	12,5	15	37,5
Og'ir	33	82,5	24	60
O'ta og'ir	3	7,5	1	2,5
temperatura 37,0-38,5°C	14	35	13	32,5
temperatura >38,5°C	19	47,5	17	42,5
Tez charchash	22	55	5	12,5
Ishtaxasizlik	29	72,5	19	47,5
gepatomegaliya	10	25	3	7,5
Teri va shilliq qavatlari sianoz				
Mavjud emas	4	10	9	22,5
Peroral sianoz	32	80	28	70
Akrosianoz	11	27,5	3	7,5
Nafas yetishmovchilik darajasi				
NYe I daraja.	2	5,0	8	20
NYe II daraja.	33	82,5	31	77,5
NYe III daraja.	5	12,5	1	2,5
O'pkaning fizikal belgilari				
O'pka tovushining to'ntoqlashishi	33	82,5	32	80
Nafas sustalashishi	27	67,5	25	62,5
Krepitatsiyasimon xirillashlar	16	40	17	42,5
Nam xirillashlar	23	57,5	20	50
Yurak faoliyati				
Tonlarning bo'g'iqligi	27	67,5	27	67,5
Tonlarning sustligi	2	5	0	0
Taxikardiya	28	70	11	27,5
Bradikardiya	4	10	1	2,5
Aritmiya	9	22,5	3	7,5
Yurak chegaralarining kengayishi	20	50	4	10
Sistolik shovqin	14	35	7	17,5

Kasalxonaga yotqizilgan bemorlarning ahvoli o'rtacha og'ir darajadan o'ta og'irgacha baholandi. Kasallikning o'rtacha shakllari kamroq (18,7%) va asosan miokarditsiz pnevmoniya bilan kasallangan bemorlarda kuzatilgan, kasallikning og'ir kechishi bolalarning asosiy qismini (77,3%) tashkil qiladi. O'ta og'ir shakllar (4,0%) asosan pnevmoniya bilan kasallangan miokardit bilan bo'lgan, kasalxonaga kech yotqizilgan bolalar tashkil qildi.

Klinik simptomlar va sindrom komplekslarining qiyosiy tahlili shuni ko'rsatdiki, tana haroratining ko'tarilishi miokardit bilan kasallangan bemorlarning 83,3% ga xos bo'lgan va ko'p hollarda (48,3%) harorat $38,5^{\circ}\text{C}$ dan yuqori, ShTP bilan kelgan bolalarda harorat reaksiyasi kamroq xarakterli belgi sifatida - 76,6%, harorat $38,5^{\circ}\text{C}$ dan yuqori bo'lgan bir qator holatlar (43,3%) bo'lgan. Charchoq (54,2%) va ishtahaning sustlashishi (73,3%) shikoyatlari, asosan, miokardit bilan ShTP bilan kasallangan bolalar ichida, shifoxonadan tashqari pnevmoniya bilan skelgan bemorlar bilan olishtirganda (13,3% va 46,7%) holatlarda kuzatilgan.

Teri va shilliq pardalarning siyanozi ShTP bilan kasallangan bemorlarda ancha tez-tez kuzatilgan, shuning uchun perioral sianozning chastotasi kuzatilgan guruhlarda deyarli bir xil bo'lsa - 79,2% va 70,0%, ShTP bilan miokarditda akrosianozning chastotasi (26,7% va 6,7%) 4 barobar ko'p bo'lgan.

ShTP bilan kasallangan bemorlar tanadagi nafas olish buzilishining yengil kechishi bilan ajralib turadi, shu munosabat bilan birinchi darajali o'tkir nafas yetishmovchiligi (20,0%), ShTP ning miokardit bilan kechishida esa II darajali o'tkir nafas yetishmovchiligi (82,5) da namoyon bo'ldi va III darajadan ko'proq (12,5%) kuzatiladi.

Taqqoslangan bemorlar guruhlarida nafas olish organlarini tekshirish paytida perkussiya va askultatsiya ma'lumotlaridagi farqlar deyarli qayd etilmagan.

Bolalardagi pnevmoniya nafaqat nafas olish, balki yurak-qon tomir yetishmovchiligi bilan ham namoyon bo'ladi, uning sababi patogenetik jihatdan aniqlangan qon aylanishining buzilishi, organlar zararlanganda yuzaga keladigan o'pkada qon aylanishining ortiqcha yuklanishi bilan namoyon bo'ladi.

Yurak-qon tomir tizimining holatini aks ettiruvchi klinik belgilarning rivojlanish chastotasini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, bolalarda shifoxonadan tashqari pnevmoniyaning klinik ko'rinishida yurak auskultatsiyasi paytida yurak tonlari bo'g'ilishi 66,7% hollarda, taxikardiya 26,7% hollarda eshitiladi, 3,3% hollarda bradikardiya va yurak chegaralarining kengayishi 10,0% hollarda aniqlangan.

ShTP bilan miokardit fonida kelgan bemorlar guruhidagi ma'lumotlar shuni ko'rsatdiki, taxikardiya 2,6 marta, bradikardiya 3 marta, aritmiya 3,5 marta, yurak chegaralari 5 marta va sistolik shovqin 2 baravar ko'paygan, yurak tonlari bo'g'iqlik chastotasi deyarli bir xil edi - 68,3% va 66,7%.

Kasalxonaga yotqizilgan barcha 80 nafar bemorda o'tkazilgan EKG tadqiqotida sinus taxikardiyasi - 29 (19,3,7%), sinus bradiaritmiya - 10 (6,7%), ekstrasistoliya - 14 (7,3%), to'liq bo'lmagan blokada aniqlangan. Gis tutami o'ng oyoqchasi blokadasini - 12 (8,0%) va 23 (15,3%) bemorlarda QRS kompleksi tishlari amplitudasining pasayishi kuzatildi.

Kasallikning nozologik shakliga qarab yuqoridagi EKG o'zgarishlarining chastotasini tahlil qilganda (shifoxonadan tashqari pnevmoniya bilan kasallangan bemorlar va miokardit bilan kasallangan bemorlarda) deyarli barcha o'rganilgan ko'rsatkichlar bo'yicha sezilarli farq aniqlandi

Munozara. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, hozirgi vaqtda bronxo-o'pka kasalliklari bilan og'rikan bemorlarda yurak patologiyasini erta aniqlash mezonlari etarli darajada ishlab chiqilmagan. Autopsiyada yurak patologiyalari soni uning umr bo'yi aniqlashdan sezilarli darajada oshib ketganligi sababli, bronxo-o'pka kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda yurak-qon tomir patologiyasini erta tashxislash va uning rivojlanishi uchun xavf omillari muammosi klinik tibbiyotning dolzarb muammosi bo'lib qolmoqda [6].

Bronxo-o'pka kasalliklarining o'pka va ekstrapulmonar asoratlari orasida yurak-qon tomir tizimining zararlanishi muhim o'rin tutadi [7,8]. Ko'pgina mualliflarning [9,10] fikriga ko'ra, yurak-qon tomir tizimining disfunktsiyasi bronxo-pulmoner kasalliklarning deyarli doimiy hamrohi bo'lib, birinchi soatlardan boshlab rivojlanadi,

shu bilan birga, qon aylanishining buzilishi ko‘pincha bronxo-pulmoner kasalliklarning o‘zi prognozi va natijasini aniqlaydi.

Xulosa. Shunday qilib, miokardit bilan kasallangan bemorlarda sinus taxikardiyasining chastotasi ShTP bilan kasallangan bemorlarga qaraganda 3,4 marta, sinus aritmiya 2 marta, Giss tutami o‘ng oyoqchasi blokadasi 2,8 marta va QRS kompleksi tishlarning amplitudasi 5,5 marta kamaydi va ekstrasistoliya 11,7% ga kamaydi, keyin bu holat mos ravishda ShTP bilan kasallangan bemorlar guruhida kuzatilmadi.

Bemorlarda elektrokardiografik ko‘rsatkichlarning ahamiyatini aniqlash, miyokardit bilan shifoxonadan tashqari pnevmoniya bilan solishtirganda, turli darajadagi ishonchlilik darajasiga ega bo‘lgan bir qator ko‘rsatkichlarni aniqladi.

ADABIYOTLAR

1. Sobki SH, Saadiddin SM, Habbab M.A. Miyokard shikastlanishini aniqlashda ishlatiladigan yurak belgilari. Saudiya Med. J. 2000; 21 (9): 843–846.
2. Aleroev D. V. va boshqalar. Technie miokarditov u detey, nablyudavshisya v Stavropolskoy detskoy kraevoy klinicheskoy bolnitse //Vestnik molodogo uchenogo. – 2020. – T. 9. – №. 2. – S. 60-64.
3. Balykova L. A. va boshqalar. Metody funktsionalnoy diagnostiki v vyyavleni porojeniya serdtsa u detey s novoy virusnoy infeksiya //Rossiya kardiologicheskij jurnal. – 2021. – №. S5. – S. 15-16.
4. Balykova L. A., Krasnopolskaya A. V., Vlasova E. A. Miokardity u detey: klinicheskaya kartina, diagnostika i lechenie //Pediatricheskaya farmakologiya. – 2020. – T. 17. – №. 2.
5. Belozеров Yu.M. Detskaya kardiologiya. – M.: MED press-iinform, 2004. - 597 s.
6. Brin I. L., Dunaykin M. L., Lisitsina S. V. Problemy dozirovaniya preparatov karnitina v detskom vozraste //Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii. – 2014. – T. 59. – №. 4.

7. Vasichkina E. S. va boshqalar. Endomiokardialnaya biopsiya iz pravyx kamer serdtsa u detey s narusheniyami ritma serdtsa //Vestnik aritmologii. – 2014. – №. 76.
8. Vishnyakova L. A. va boshqalar. Rol Streptococcus pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae va Chlamydia pneumoniae pri vnebolnichnoy pnevmonii u detey //Pulmonologiya. – 2020. – №. 3. – S. 43-47.
9. Vnebolnichnaya pnevmoniya u detey klinicheskoe rukovodstvo. Moskva. Izdatelstvo «MedCom-Pro». 2020. 82 s.
10. Vnebolnichnaya pnevmoniya u detey. Klinicheskie rekomendatsii. – M.: Original-maket, 2015. - 64 s.