

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА И ГУБЫ

¹Ахрорхонов Рустамхон Акмалхон угли, ²Алиев Ахмаджон Лутфуллаевич

¹Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

²Андижанский государственный медицинский институт

<https://doi.org/10.5281/zenodo.8416458>

Аннотация: *Целью данного исследования:* является анализ клинического течения у детей раннего возраста на фоне с расщелиной губы и нёба.

Материалом данной работы послужило наблюдение в динамике заболевания за 166 детьми, больными острой пневмонией и 58-пневмонией на фоне с расщелиной нёба и губ у детей раннего возраста.

Проведенные исследования показали, что течение обычной пневмонии и пневмонии у детей раннего возраста с расщелиной нёба и губы мало чем отличается по клиническому течению, однако при пневмонии на фоне расщелиной нёба и губы лихорадка отмечалась на субфебрильных цифрах или вообще отсутствует, чаще превалировал сегментарный тип легочной инфильтрации. У этих больных происходят патологические изменения в желудочно-кишечном тракте и они усугубляют течение пневмонии. Со стороны показателей крови преимущественно наблюдались лейкопения, нейтропения, эозинопения, моноцитопения, что указывает не снижение защитно-адаптационных возможностей у этих больных и ставит вопрос о необходимости назначения им наряду с общей принятой терапией стимулирующих средств.

Ключевые слова: *пневмония, клиника, раннего возраста, расщелины верхней губы и нёба, врожденная аномалия.*

Аннотация: Тадқиқот мақсади. *Эрта ёшдаги танглай-лаб кемтиклиги нуқсонли болаларда зотилжамнинг клиник кечишини таҳлил қилиш.*

Материал ва услублар. *Ушбу ишда танглай-лаб кемтиклиги нуқсонли болалар (асосий гуруҳ) ва бундай нуқсонсиз ривожланган, шунингдек тўлиқ даволаниши лозим бўлган ўчоқли қўшилувчан зотилжам билан оғриган 116 та бола (назорат гуруҳи) ўрганилди.*

Натижалар *шунинг кўрсатдики, танглай-лаб кемтиклиги нуқсонли болаларда ва бундай нуқсонсиз ривожланган зотилжамнинг клиник кечиши деярли бир-биридан фарқ қилмайди, аммо танглай-лаб кемтиклиги нуқсонли болаларда кўпинча ўпкада сегментар турдаги инфильтратив ўзгаришлар устун туради. Қон кўрсаткичларида кўпинча лейкопения, эозинопения, моноцитопения кўрилди, бу эса ўз навбатида организмнинг ҳимоя-мослашиш хусусиятларини пасайиб кетганлигидан далолат бериб, даволаш жараёнида умумий даволаш чора-тадбирлари билан бирга қаршилик кучини кўтарувчи дори воситаларини кенг қўллаш кераклигини кўрсатади.*

Калим сўзлар: *зотилжам, илк ёшдаги болалар, танглай-лаб кемтиклиги нуқсонли, клиника.*

Abstract. *The aim of the present research is to analyse the clinical course of pneumonia in early age children with congenital anomalies of cleft lip and palate. The material of the given work has been served the observation in the dynamics of disease at 166 children suffered from acute and 58 patient from them severe pneumonia in early age children with cleft lip and palate (main group).*

The research have been showed that the clinical course of acute pneumonia and pneumonia with cleft lip and palate does not have big differences, however in pneumonia with cleft lip and palate fever was subfebrile or absent and the segment type of lung infiltration

predominated. On those patients who showed pathological changes in the gastrointestinal tract and it exacerbated the pneumonia. Complete blood count showed mainly leukopenia, neutropenia, eosinopenia, monocytopenia resulted reduction of defensive –adaptation capabilities of patients and it has been necessary to put a question on prescription with the common therapy, stimulated agents as well.

Keywords: pneumonia, clinical, infants, cleft lip and palate, congenital anomaly.

Ҳозирги даврда АҚШ, Ғарбий Европа ва МДХ мамлакатларида танглай-лаб кемтиклиги нуқсони билан туғилган болалар 1000:1 га тўғри келади. (2)

Юқори лабнинг кемтиклиги бир томонлама (ўнг, чап), шунингдек икки томонлама (симметрик, ассиметрик) бўлиши мумкин. Нуқсон қисилган бурун йўлигача ёки тўлиқ бурун йўллариининг тубигача бориши мумкин.

Танглай нуқсони - оғир нуқсонлардан бири ҳисобланади. У табиий бурун ва оғиз бўшиқлари орасида тўсиқнинг бузилишига ва улар ўз навбатида нафас олиш, овқатланиш ва гапириш бузилишига олиб келади. Бола туғилганида танглай ва лаб функцияси кўринарли издан чиқади. Сўриш, ютиш, чайнашдаги бузилишлар оқибатида бола ўсиш ва ривожланишдан орқада қолади, бу баъзан ҳаётининг биринчи ҳафталарида ўлим билан якун топади (аспирация ҳисобига). (3).

Ҳозирги даврда бу туғма нуқсонни жарроҳлик йўли билан муваффақиятли даволашмоқда. Аммо жарроҳлик жараёнига болалар соғ, етук вазнли, хамроҳ касалликлардан (камқонлик, оксил-энергетик танқислик, зотилжам, дисбактериоз ва б.) ҳоли бўлишлари лозим.(1). Шу сабабдан биз олдимизга илк даврдаги танглай-лаб кемтиклиги нуқсони бор болаларда зотилжамнинг клиник кечишини таҳлил қилиб кўришни мақсад қилиб қўйдик.

Материал ва услублар.

Мақолага 58 та илк даврдаги танглай-лаб кемтиклиги нуқсони бор болаларда ва бу нуқсонсиз ўткир зотилжам билан оғриган болаларда касаллик динамикасидаги кузатишлар материал қилиб олинди. Услублардан эса олдинги маълум бўлганлари (қон ва сийдикнинг умумий таҳлиллари, коагулограмма) қўлланилинди.

Натижалар ва муҳокама.

Беморларнинг клиник кузатишлар натижасида касалликнинг ўткир кечиш даврида 6,6% беморларда тана ҳарорати кўтарилганлик ҳолати кузатилди ва 51,3% эса фебрил ҳароратда бўлди.(жадвал)

Асосий гуруҳдаги 24,3% беморларда иситмали реакция кузатилмади. 51,3% да эса иситма субфебрил ҳолатда бўлди. Асосий гуруҳдаги танглай-лаб кемтиклиги нуқсони бор зотилжам билан оғриган беморларда паст ҳароратли реакция бўлиши ёки бўлмаслиги, ушбу беморларда ҳимоя мослашув механизмининг сустлигини кўрсатади.

Ўткир зотилжамнинг авж олган даврида I, II даражали нафас олиш етишмовчилигининг ривожланиши, тахминан бир хил миқдордаги беморларда (42,6% ва 47,5% да мос равишда) III даражали нафас олиш етишмовчилиги 9,9% беморларда қайд этилди. Зотилжамнинг узок (чўзилган) кечиш жараёнининг ушбу даврида I даражали нафас етишмовчилиги шубҳасиз кам ($P<0,01$)кузатилди. Бу шунинг ҳисобига бўлдики, II даражали нафас етишмовчилиги бир қанча кўпроқ ўрин олди ($P<0,05$).

III даражали нафас етишмовчилиги касалликнинг ўткир кечишида тахминан ҳудди шундай частотада ($P<0,05$)қайд этилди. Шундай қилиб, биз илк ёшдаги болаларда зотилжамнинг асосий ва назорат гуруҳларида кечиши авж олганда нафас олишнинг бузилиш даражаси ҳар хил кўринишда эканлигини қайд этдик.

Асосий ва назорат гуруҳидаги беморларнинг гемодинамик бузилиши бир хил частотада ривожланди. Айрим ҳолатларда юрак етишмовчилиги аломатлари (цианоз ва юзнинг шишинқираши, юрак уришининг бузилиши, асосан чап томонда, юракнинг симиллаб оғриши ва нисбий чегарасининг кенгайиши, бўйин венасида қоннинг ивиб қолиши аломати, жигар ҳажмининг катталашиши) устунлик қилди. Бир қатор беморларда юрак-қон томир етишмовчилиги аломатлари, тери рангининг зоҳил-оқиш тус олиши, ушлаб кўрилганда тери қопламалари совуқ, паст ва тез-тез урадиган пульс, артериал босимнинг пастлиги, юрак товушларининг бўғиқлиги устунлик қилди. Умуман олганда, юрак товушларининг бўғиқлиги 63-77% беморларда гемодинамик ва микроциркулятор бузилишлар, намоён бўлган токсикоз ривожланишидаги миокардитнинг дистрофик ўзгаришлари натижасида кузатилади.

Асосий ва назорат гуруҳидаги зотилжамнинг авж олган даврида юрак-қон томир етишмовчилиги, асосан, юракнинг ўнг қоринчаси етишмовчилиги (жигар ҳажмининг катталашиши, акроцианоз, бўйин томирларидаги қоннинг тўхтаб қолиши, сийдик миқдорининг камайиши (олигоурия) камдан-кам умумий ҳарактерга эга. Кейинги ҳолатда беморларнинг аҳволи кескин оғирлашди, цианоз кучайди, нафас етишмовчилиги III даражага етди, ўпкада икки томонлама хириллашлар, крипитациялар аниқланди.

Кейинги ҳолатларда марказий ва периферик гемодинамикада аниқ функционал ўзгаришлар, биринчи навбатда, миокарднинг қисқариш функциясининг сезиларли даражада камайиши билан биргаликда кичик қон айланиш доирасидаги бузилишлар ривожланди.

Зотилжам ривожланган асосий ва назорат гуруҳидаги беморларнинг кўпчилигида оғирлиги турли даражада бўлган нейротоксикоз ривожлана борди. Биринчи ҳолатда I даражали токсикоз беморларнинг 18,6% да, иккинчи ҳолатда текширилганларнинг бир қанча ($P < 0,05$) кўпроғида яни 23,3% да ривожланди. Бу ҳолатнинг клиник намоён бўлиши безовталиқ, гиперестезия, энса мускулларининг қотиб қолиши, қусиш, айрим гуруҳ мускулларининг вақти-вақти билан тиришиб қисқариши, кўпинча респираторли ацидознинг ривожланишини кўрсатувчи турғун фебрил жароҳат ва гемостаз ўзгаришларининг ривожланиши билан характерланди.

II даражали нейротоксикоз узоқ кечадиган зотилжам билан оғриган беморларда (56,9%) анча кўп кузатилди. Бундай ҳолларда клиник кузатишлар умумий ҳолсизлик, адинамия, кўринишидаги гипоксик энцефалопатия аломатларининг кучайиши, тиришиш синдромларининг кучайиши, тез-тез тақорланадиган қусишлар, сийдик миқдорининг камайиши (олигоурия), иситма тушурувчи дорилар (антипиретиклар)га резистент ҳароратлар, субкомпенсацияланган ацидознинг мавжудлиги, турли муолажалар ўтказилишида беморларнинг суст реаксияси аниқланди.

III даражали нейротоксикоз мос равишда 10,4% ва 12,9% беморларда қайд этилди. Шу билан бирга декомпенсацияланган ацидоз фонида комотоз ҳолатнинг вужудга келиши қайд этилди, ҳаётий муҳим функцияларнинг кескин депрессияси ҳушдан кетишда, мускуллар гипотониясида, брадиаритмияда, юрак уриш товушларининг бўғиқлигида, брадипноэнинг нафас олишнинг патологик турига айланишида, ичакларнинг III даражали парезида, олиго-, анурияларда намоён бўлди.

Касаллик ўткир кечишининг 36,2% ҳолатида асосий ва назорат гуруҳида 20% ҳолатда нейротоксикоз ДВС- синдром билан бирга содир бўлди. Шу билан бирга, кузатилаётган болаларнинг фақат ярмидагина ўпка “қарахт” (шокли) орган ролини бажарганлиги аниқ бўлиб чиқди. Қолганларда касалликнинг клиник кечиш оғирликлари ўткир буйрак усти (30,4%), ўткир буйрак (16,7%), ўткир жигар (12,8%) етишмовчиликлари

аниқланди. Шу билан бир вақтнинг ўзида бараварига ДВС-синдромнинг I босқичида гиперкоагуляциянинг лабораторияга оид аломатлари ривожланиши ҳамда II босқичида коагулопатиянинг мавжудлиги ҳам қайд этилди.

Гепатолиенал синдроми асосан (86,4%), 3-5 см гача боғланишсиз жигар катталашуви (гепатомегалия) да намоён бўлди ва камдан-кам (15,6%) ҳолда талоқнинг 3см гача биргаликда катталашуви ҳам ўрин олди. Ўртача гепатомегалия ўткир зотилжамли асосий гуруҳдаги беморларда 39,6% ва назорат гуруҳидаги беморларнинг 46,9% да ($P<0,05$) қайд этилди. Жигарнинг салмоқли катталашуви, аксинча, ўткир зотилжамли беморлар назорат гуруҳида кўп кузатилди (37,8% га 55,2%). Эҳтимол, организмда юзага келган интоксикациянинг ривожланиши, катта қон айланиш доирасининг етишмовчилиги, ДВС-синдромнинг оқибатида микроциркулятор бузилишлар, шунингдек ретикулоэндотелиал тизимдаги хужайраларнинг инфекциян яллиғланиш жараёнларига жавобан реактив ҳолати гепатолиенал синдромнинг келтириб чиқарувчи сабаблар бўлган. Қон айланиш доирасидаги бузилишлар, артериал босимнинг пасайиши, қон оқшининг сустлашуви ва буйраклардаги маҳаллий микроциркуляциянинг издан чиқиши оқибати кузатилиётган гуруҳларнинг 22,5% ҳамда 18,6% беморларида олигоурия ривожланишига сабаб бўлган.

Асосий ва назорат гуруҳларидаги зотилжамда ўпкадаги морфологик ўзгаришлар тафсилотини ўрганиш, биринчи навбатда ўчоқли зотилжам беморларнинг 54,2% да кузатилди, 43,8% да эса ўпкадаги ўзгаришлар сегментар ва полисегментар ҳарактерга эга эканлигини кўрсатди. Асосий гуруҳдаги бемор болалардаги зотилжамда, аксинча, ўпка инфильтрациясининг сегментар тури устунлик қилди (74,2%), ҳамда деярли кам (15,8%) ҳоллардагина яллиғланиш жараёни ўчоқли эди.

Зотилжам авж олган давридаги лаборатория кузатишлари қуйдагиларни аниқлади: асосий гуруҳдаги беморларнинг зотилжам авж олган даврдаги яллиғланиш жараёнларига лейкоцитларнинг фаол реакцияси деярли кам беморларнинг 51,7% да кузатилди. Кейинги ҳолатда лейкоцитларнинг нормал миқдори (сони) кам (31% га 25,2%) кузатилди. Назорат гуруҳидаги беморларда 62,5% лейкоцитоз (лейкоцитлар сони 10×10^9 /л дан ортиқ) кузатилди. Ўпка тўқимасидаги яллиғланиш жараёнларига лейкопоз таъсирчанлик миқдорининг асосий фарқи шунда эдики, асосий гуруҳдаги зотилжамда касаллик анча ($P<0,001$) кўп (34,4% га назорат гуруҳидаги зотилжамда 12,6%) ҳолларда периферик қондаги кам миқдордаги лейкоцитли (6×10^9 /л дан паст) ҳолатларда кечади. Бошқа томондан қаралганда, қон ишлаб чиқаришнинг оқ таначали ўсимталарининг бронх-ўпка тизимидаги инфекцияли яллиғланиш жараёнларининг суст, чўзилган ҳолда кечишига ёрдам беради деб талқин қилиш табиийдир.

Қон ишлаб чиқаришнинг оқ таначали ўсимтасининг катта миқдордаги фаоллик даражасини лейкоцитар формула таърифлайди. Аниқланишича назорат гуруҳидаги зотилжамда беморларнинг 57,3% да нейтрофилёз борлиги аниқланди, бунинг устига деярли барча ҳолларда нейтрофил қаторидаги метамиелоцитлар ва миелоцитларга қадар ёшариш ҳолати, ҳамда беморларнинг 29,6% да нисбий лимфоцитоз кузатилди. Беморларнинг 76,5% да моноцитлар ва 69,3% да эозинофиллар таркиби меъёрга жавоб берди. Шундай қилиб, назорат гуруҳидаги беморларда зотилжамнинг авж олиш давридаги лейкоцитограмманинг асосий белгиси чап томонга силжиган нейтрофилёз бўлди.

Асосий гуруҳдаги беморларда нейтрофилёз деярли ($P<0,001$) камайган беморларнинг 41% да қайд қилинди. Шубҳасиз кўпроқ ($P<0,001$) беморларнинг 37,9% да лимфоцитоз қайд қилинди. Асосий гуруҳдаги беморларнинг фақат 53,4% да моноцитоз ва моноцитопения кўп (мос ҳолда 22,2% ва 24,2% бемор болаларда) кузатилди. Асосий гуруҳдаги зотилжам жараёнидан периферик қоннинг бириктирувчи тўқима хужайра

(макрофаг) ларнинг микдорий ўзгаришларидаги шунчалик қарама-қаршилик, чамаси уларнинг турли хил функционал фаоллигига боғлиқдир ва натижада бизнинг фикримизча яллиғланиш жараёнларида моноцитлар реакциясининг намоён бўлмаган сони уларнинг тўла қонли химоя функциясини амалга оширишга ёрдам берувчи аниқ сифатли ўзгаришларга мос келиши керак деб тахмин қилиш табиийдир. Назорат гуруҳидаги бемор болаларда ўз навбатида аналогик ўзгаришларнинг содир бўлиш даража(частота)сини анча сезирарли даражада оширади.

Асосий гуруҳдаги бемор болаларнинг 24,2% ва 27,6% да эозинофилия ва эозинопения бир томондан яллиғланиш жараёнида ўпка тўқимасидаги намоён бўлган ва турғун экссудативли ўзгаришларга сабабчи бўлган аллергия компонентнинг иштирокини акс эттиради, иккинчи томондан эозинопения ўткир зотилжамнинг чақмоқсимон кечиши билан оғриган беморларда гемостазнинг химоя-мослашув имкониятларининг пасайганини тасдиқлайди.

Шундай қилиб, ўтказилган таҳлиллар зотилжамнинг оғирлашган ўткир ва танглай-лаб кемтиклиги нуқсони бор беморлардаги зотилжам шакллариининг клиник кечишлари бир-биридан кам фарқ қилади, аммо асосий гуруҳдаги танглай-лаб кемтиклиги нуқсони бор бемор болаларда иситма субфебрил рақамларда қайд этилди ёки умуман намоён бўлмади, кўпроқ ўпка инфильтрациясининг сегментарли тури устунлик қилди. Кузатувимиздаги (асосий гуруҳ) танглай-лаб кемтиклиги нуқсони бор бемор болалар ошқозон-ичак тизимидаги ўзгаришлар эътиборга лойиқ бўлди. Ичак синдроми касаллик бошланиши билан ёки касалхонага тушгач 2-3 кундан кейин намоён бўлди ва касалликнинг ўткир даврида асосий симптом сифатида қолди. Боланинг кўкрак билан овқатланишига тўсқинлик қилувчи туғма нуқсон (аксарият болалар биринчи кундан суъний овқатлантиришда бўлган), ошқозон-ичак тизимидаги ўзгаришлар қанча кўпайса ўпка-нафас тизими томонидан кечаётган жараёнлар шунчалик кучайди. Қон кўрсаткичлари бўйича лейкопения, нейтропения, эозинопения, моноцитопения устунлик қилди, бу ўз навбатида беморларда химоя-мослашув имкониятларининг пасайишини кўрсатади ва бу беморларга ҳаммага макул даволаш чора тадбирлари билан бир қаторда стимул берадиган дори-дармонлар тавсия этиш зарурлиги ҳақидаги масалани қўндаланг қўяди.

Жадвал

Зотилжам билан оғриган беморларнинг клиник тавсифи

Клиник белгилар	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳ		P
	Абс(n=58)	Фоиз %	Абс (n=166)	Фоиз %	
Тана ҳароратини кўтарилиши:					
-бор	14	24,3	11	6,6	<0,001
-субфебрил	30	51,7	70	42,2	<0,01
-фебрил	14	41,0	85	51,3	<0,01
Нафас олиш етишмовчилиги					
-Даража	19	32,8	71	42,6	<0,001
-II даража	31	53,4	79	47,5	<0,05
-III даража	8	13,8	16	3,9	>0,05
Юрак тонларининг бўғиқлиги	37	63,7	128	77,1	<0,01

Юрак чегараларининг кенгайиши	21	36,2	159	35,5	>0,05
Юрак-қон томир етишмовчилиги: -кузатилмайди	23	39,6	62	37,4	>0,05
-кузатилади	35	60,4	104	63,6	>0,05
Нейротоксикоз: -кузатилмайди	10	17,2	21	12,6	<0,05
-Даража	17	23,3	31	18,6	>0,05
-II даража	25	43,1	93	55,9	<0,01
-III даража	6	10,4	21	12,9	<0,05
ДВС-синдром -кузатилмайди	37	63,8	139	73,5	<0,01
-кузатилади	21	36,2	27	20,5	<0,001
Гепатолиенал синдром: -кузатилмайди	3	5,2	22	13,3	<0,01
-кузатилади	13	22,5	31	18,6	>0,05
-яққол кузатилади	32	55,2	66	37,8	<0,01
Олигоурия: -кузатилмайди	45	77,5	135	81,4	>0,05
-кузатилади	13	22,5	31	18,6	>0,05
Зотилжамнинг рентгенологик кўриниши -ўчоқлик	14	24,1	102	61,4	<0,001
-сегментар	34	58,6	52	31,4	<0,01

REFERENCES

1. Муртазов С.С Раннее комплексная предоперационная подготовка и лечение детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба на этапах реабилитации.
2. Шевченко А.А., Силаева Л.Ю., Мироняк П.А., Лисице В.В. Синдром Пьера-Робена у детей. Международным стоматологический журнал. Москве , 2010, ст 50-51.
3. Колесников А.А. Стоматология детского возраста М. Медицина 1991.