

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КАРНИТИНА У ДЕТЕЙ С КАРДИТОМ НА ФОНЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Рахмонов Р.Н., Зубайдуллаев С.В.,

студенты 613 группы педитарического факультета

Кафедра 1-Педиатрия и неонатологии.

Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан

Научный руководитель: PhD. **Карджавова Г.А.**

Самаркандский государственный медицинский институт

Узбекистан, г. Самарканд.

Пневмония у детей - одна из актуальных проблем педиатрии, что определяется сохраняющейся высокой заболеваемостью и тяжелым прогнозом, особенно у детей раннего возраста. Целью исследования явилась оценка эффективности применения карнитина в лечении и профилактике миокардитов у детей. Было обследовано 68 детей в возрасте от 1 до 5 лет с пневмонией, которых мы разделили на 2 группы. В I группу (контрольную) включили 34 детей, которые находились на стандартном лечении. Во II группу (основную) вошло 34 больных детей с пневмонией, имевшие нарушение со стороны сердечно-сосудистой системы и парентерально получавших препарат карнитина. Полученные результаты подчеркивают, что применение карнитина при пневмонии у детей снижает риск возникновения тяжелых нежелательных осложнений со стороны сердца и снижает сроки пребывания на стационаре в среднем на 1,8 койко-дня в сравнении со стандартной терапией.

Ключевые слова: карнитин, миокардит, внебольничная пневмония, дети.

Актуальность. Вот уже несколько десятилетий тяжелые пневмонии остаются одной из актуальных проблем современной медицины в силу неуклонной тенденции к росту числа больных и стабильно высокой летальности, несмотря на использование новых принципов и методов лечения [3,4]. Вероятной причиной этого являются несвоевременная постановка диагноза и, как следствие, позднее начало лечения, а также невозможность проведения адекватной оценки эффективности терапии. Диагноз пневмонии у детей нередко вызывает затруднения, особенно если признаки дыхательной недостаточности развивалась на фоне ОРВИ. Проблема острого миокардита в настоящее время обусловлена её широким распространением, особенно в детском возрасте.

Одной из главных причин острого миокардита на сегодняшний день являются острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), которые остаются самыми распространёнными и глобальными заболеваниями у детей. Несмотря на относительное эпидемиологическое благополучие в течение последних 8-10 лет, они по - прежнему составляют 70 - 90% инфекционной патологии и наносят огромный социально — экономический ущерб [5]. Каждая эпидемия гриппа сопровождается увеличением числа случаев острого миокардита, что определяет актуальность изучения этой проблемы. Наибольшее значение в клинической практике приобретают осложнённые формы ОРВИ, обуславливающие тяжёлое течение заболевания и определяющие неблагоприятный прогноз [2]

Еще более серьезной задачей является своевременная диагностика осложнений пневмонии, особенно миокардитов, так как выявление этого кардиального осложнения позволяет избежать тяжелых, а подчас, и фатальных последствий для больного. Частота миокардитов при пневмониях по разным авторам варьирует от 1% до 15. С диагностической точки зрения, специфических электрокардиографических изменений, характерных только для миокардита, не существует.

Миокардит — это воспалительное поражение сердечной мышцы инфекционной, токсико-инфекционной, инфекционно-аллергической,

аутоиммунной и токсической этиологии [6]. Это болезнь преимущественно детского возраста и юных людей, хотя заболевание может развиваться в любом возрасте. Причиной миокардитов могут быть любые вирусные или бактериальные агенты, а также неинфекционные факторы. Наиболее частой причиной заболевания являются вирусы. В 6—8% случаев миокардит развивается во время или вскоре после различных спорадических или эпидемических вирусных инфекций [1].

Из бактериальных миокардитов наиболее опасными являются дифтерийные (инфекционно-токсические), миокардиты при скарлатине, брюшном тифе и сальмонеллезах, туберкулезе, иерсиниозах (кишечном и псевдотуберкулезе), при генерализованных стрептококковых и стафилококковых инфекциях и тонзиллогенные миокардиты, связанные с данными возбудителями [7,8].

В патогенезе миокардита имеет значение сходство иммунопатологических феноменов при многообразии этиологических факторов. Экспериментально установлен патогенез вирусных миокардитов с вирусемией в течение 24–72 часов, последующей атакой кардиомиоцитов кардиотропными вирусами через специфические клеточные рецепторы, цитоплазматической репликацией вируса с подавлением синтеза собственных макромолекул белка, ДНК, РНК за счет синтеза белков, кодированных вирусом, изменением кардиомиоцита, его гибелью и запуском иммунных механизмов воспаления в миокарде. Развивающаяся при этом сердечная недостаточность (СН) сопровождается гиперпродукцией нейрогормонов и дальнейшим системным и миокардиальным синтезом провоспалительных цитокинов (ФНО- α , ИЛ1, ИЛ6, ИЛ8), инициирующих ремоделирование и прогрессирующую дисфункцию миокарда. На фоне анатомо-физиологических особенностей миокарда новорожденных и детей раннего возраста эти процессы являются причиной быстрого дезадаптивного ремоделирования миокарда с развитием сферичности, кардиомегалии с нарушением функции ЛЖ, быстрой декомпенсации

кровообращения, нарушений ритма. Клинически это коррелирует с тяжестью проявлений и прогнозом заболевания.

Цель. Оценить эффективность применения карнитина в лечении и профилактике внебольничной пневмонии у детей с кардитами.

Материалы и методы исследования.

Нами были обследованы дети в возрасте от 1 до 5 лет с внебольничной пневмонией, находившихся на стационарном лечении в отделениях экстренной педиатрии и детской реанимации СФ РНЦЭМП. Критериями исключения являлись: перенесенное инфекционное заболевание в течение месяца перед госпитализацией, наличие органической патологии сердца (врожденные и приобретенные пороки сердца, кардиомиопатии), наличие признаков ревматической лихорадки и патологии коронарных сосудов. В общей сложности в исследование было включено 68 больных с внебольничной пневмонией, которые соответствовали критериям исключения.

Больные случайным образом разделены на 2 группы. В I группу (контрольную) включили 34 детей, которые находились на стандартном лечении. Во II группу (основную) вошло 34 больных детей с пневмонией, имевшие нарушение со стороны сердечно-сосудистой системы и парентерально получавших препарат карнитина. Терапевтическая дозировка препарата составляла 15-90 мг/кг/сут, суточная доза назначалась 2 раза в день в течение всего времени заболевания. В качестве профилактики повторных атак кардиологических симптомов, препарат назначался в дозе 10 мг/кг/сут, длительность противорецидивной терапии составляла 20 дней.

Об эффективности проводимой терапии применялись клинические и лабораторно-инструментальные методы диагностики миокардитов.

Оценка эффективности антиоксидантного препарата проводилась на основании объективных признаков цианоза, застойных хрипов в легких и тахикардии. Оценка выраженности цианоза у пациентов оценивалась по центральному и по периферическому распространению, а кашель по 4- бальной

системе: 0 баллов - нет кашля, 1 балл - единичный кашель, 2 балла - кашель выражен умеренно и 3 балла - частый, мучительный кашель. Тахикардия и цианоз явилась основным признаком поражения сердца при пневмонии, которые имели к тенденции продолжения даже на фоне исчезновения интоксикации от основного заболевания.

Дополнительными критериями эффективности терапии являлись продолжительность оксигенотерапии и длительность госпитализации. Ведение пациентов проводилось в соответствии со спецификой работы службы Экстренной медицинской помощи, стандартами диагностики и лечения (соблюдались рекомендуемые предельные сроки стационарного лечения бронхолегочных заболеваний). Критериями выписки явились: удовлетворительное состояние, показатель $SpO_2 \geq 95\%$, уменьшение кашля, одышки и тахикардии. Наличие изменений на электрокардиографическом исследовании “метаболического характера” по заключению кардиолога и незначительной сохранившихся пероральный цианоз при этом не являлись противопоказанием для выписки. Наблюдение пациентов продолжалось вплоть до полного разрешения основных симптомов заболевания.

Результаты исследования

После проведенного исследования были проанализированы и сопоставлены основные показатели больных сравниваемых групп при поступлении в стационар. Анализ показал, что отобранные в основную и контрольную группу пациенты были сравнимы по половым, возрастным, адресным показателям. Через 6 месяцев лечения было установлено достоверное влияние терапии карнитином на гемодинамические параметры: ФВ ЛЖ в группе лечения возросла с $26 \pm 6.7\%$ до $45.6 \pm 9.6\%$ vs в группе плацебо, где произошло снижение величины ФВ с $27.7 \pm 5.6\%$ до $21.3 \pm 5.3\%$; конечно диастолический объём в группе лечения уменьшился с 25.7 ± 50.1 до $140,7 \pm 50.6$ vs в группе плацебо, где произошло увеличение КДО с 245 ± 46.3 до 280.6 ± 48.9 . Самое частое изменение, регистрируемые на ЭКГ – синусовая тахикардия, которая отмечалась

у 48 пациентов, изменения сегмента ST у 12, AV- блокады у 7, блокада левой ножки пучка Гиса у 37 больных .Таким образом, самым ценным электрокардиографическим параметром у пациентов, страдающих миокардитом, является изменения комплекса QRS.

Заключение. Таким образом, включения препарата левокарнитина у больных имевшим изменении со стороны сердечно-сосудистой системы была высоко эффективна. Применение препарата обуславливает уменьшение осложненных кардиореспираторных синдромов и постгипокчических изменений в миокарде желудочков, что позволяет сделать вывод об определенном преимуществе карнитина в качестве профилактического средства для предупреждения развития хронизации сердечно-сосудистой патологии под «маской» внебольничной пневмонии у детей и дальнейшей трансформации заболевания в различных кардиопатиям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Басаргина, Е.Н. Миокардиты у детей: пособие для врачей / Е.Н. Басаргина. — М., 2008. — 27 с
2. Богомолов,Б.П., Девяткин А.В..Дифференциальная диагностика инфекционных болезней /2000.
3. Вишнякова Л.А., Никитина М.А., Петрова С.И. и др. Роль Streptococcus pneumoniae, Mycoplasma pneumonia и Chlamydia pneumonia при внебольничной пневмонии у детей // Пульмонология. — 2008. — № 3. — С. 43-47.
4. Григорьев К.И. Современный взгляд на пневмонию у детей и подходы к ее лечению и профилактике // Медицинская помощь. — 2005. — № 2. — С. 3-9.
5. Клинико-этиологическая характеристика внебольничной пневмонии у детей и анализ эффективности антимикробной терапии/Царькова С.А., Бейкин Я.Б., Шилова В.П. и др.//Вопросы современной педиатрии.-2002.-Т.1, №6.-С.32-36.

6. Клинические рекомендации по детской кардиологии и ревматологии / под ред. М.А. Школьниковой, Е.И. Алексеевой. — М., 2011. — 143 с.

7. Руженцова, Т.А. Метаболическая терапия миокардитов и кардиомиопатий у детей, больных распространенными острыми инфекционными заболеваниями / Т.А. Руженцова, А.В. Горелов, Т.В. Смирнова, Л.А. Счастливых // Инфекционные болезни. — 2010. — Т. 8, № 3. — С.39—45.

8. Стреляева, А.В. Токсическая кардиопатия и миокардиты пеницилломикозной и иной этиологии у детей / А.В. Стреляева, Х.Н. Шадыева, Н.Б. Лазарева [и др.] // Российский кардиологический журнал. — 2010. — № 3. — С.46—52.