



ЎТКИР РЕСПИРАТОР ВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯДА КРУП СИНДРОМИНИ ҲОЗИРГИ ЗАМОН ДАВОЛАШ АСПЕКТЛАРИ

Кудратова Гулсара Нажмитдиновна

Даволаш факультети Педиатрия кафедраси доценти.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.11518918>

ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 01-June 2024 yil

Ma'qullandi: 04- June 2024 yil

Nashr qilindi: 06- June 2024 yil

KEY WORDS

круп, акилловчи йўтал,
шовқунли нафас.

ABSTRACT

Болаларда ўткир респиратор вирусли инфекция фонида юқори нафас олиш йўлларининг торайиш ҳолати кўп учрайди ва кўп патологик ҳолатлар кўринишида намоён бўлади, шулардан бири круп синдромидир.

Круп – клиник синдром бўлиб, беморларни кекирдагида яллиғланиш жараёнидан кейин ривожланади ва акилловчи йўтал, овозини бўғилиши ва шовқунли нафас билан характерланади, нафас чиқариши ва олиши қийинлашади. Адабиётларда бу касаллик “ стенозирловчи ларингит” (ларинготрахеит) деб номланади. Касалликларни ҳалқаро таснифи Х марта қайта курилиб чиққанда – “ўткир обструктив ларингит” деб таърифланган. Аммо, амалиётларда болалар инфекционистлари томонидан круп термини тавсия қилинган. Ўткир вирусли инфекция фонида круп синдроми кенг тарқалган, айниқса 6 ёшгача бўлган болаларда. Бу кичик ёшдаги болаларни респиратор трактини анатомиофизиологик хусусиятлари билан боғлиқдир: ҳалқумни размерини кичиклиги ва бушлиғини торлиги, тоғай скелетини юмшоқлиги шиллиқ ости боғламалар бушлиғида кўп миқдорда лимфоид ва ғовак бириктирувчи тўқималарни бўлиши билан боғлиқдир. Буларни барчаси стенозни спазм ва шиш компонентни ташкил қилади. Ундан ташқари болаларда қалқонсимон тоғайни пластинкаси тўғри бурчак остида қўшилишади.(катталарда у ўткир бўлади), овоз боғламалари непропорционал, калта ва 7 ёшгача ҳалқумни чуқурлиги, кенглигидан устун туради. Бола қанча кичик бўлса, бурмалар ости бушлиғида ғовак бириктирувчи тўқималар ҳажми кўп бўлади, шиш ривожланишига мойил бўлади. 3 ёшгача бўлган болаларда ҳалқум, трахея ва бронхларни диаметри катталарникига нисбатан кичик бўлади, бу эса аэродинамика қаршилигини оширади. Кичик ёшдаги болаларда кўкрак қафасини скелетини ригидлиги етарли эмас..Нерв аппаратини дифференцировкаси 1- нчи ва 2 зоналари қўшилиб кетганлиги тўғайли етарли эмас ва шаклланмаган. 3- нчи рефлексоген зона рецепторлари бурма ости бушлиғини шиллиқ қаватига тарқалган бўлиб, бу эса ҳалқум стенозига ва овоз тирқишини спазмига олиб келади.

Болаларда яллиғланиш фонида обструкцияни ривожланишига олиб келадиган омиллардан бири респиратор трактда лимфа ва қон томир тизимини ривожланиши ҳисобланади.

Ўткир респираторли вирусли инфекцияда бурмаларости бушлиғида ва овоз боғламалари соҳасида яллиғланиш жараёни тўфайли круп синдроми келиб чиқади. Яллиғланиш натижасида, шиллиқ парданинг шиши ва ёпишқоқ слизь ишлаб чиқиши тўфайли, ҳалқум бушлиғи тораяди, шиллиқ парда юзаси қурийди, корочка ҳосил қилади, бу стенозни янада кучайишига олиб келади. Ҳалқум мушакларини рефлектор спазм бўлиши, айниқса бола безовта бўлганда кучайиши муҳим аҳамиятга эга. Крупни сабаби ҳамма респиратор вируслар бўлиши мумкин, лекин аралаш вируслибактериал инфекцияда касаллик жуда оғир кечади.

Крупни клиник белгиларига киради: нафаси стеностик, нафас олиши қийинлашган, дағал, акилловчи йўтал хосдир, овози бўғилган.

Шовқунли нафас синдромини ларинготрахеаль сабабларига киради:

- дифтерияда стенозирловчи ларинготрахеит ;
- эпиглоттит;
- паратонзилляр абсцесс;
- заглоточный абсцесс;
- ёт жисм аспирацияси ;
- ҳалқум, трахея жароҳатлари;
- термик ёки химик куйиш;
- ангионевротик шиш (аллергик);
- туғма стридор;
- ларингоспазм (гипокальциемияда, рахит касаллигида , целиакияда, сурункали буйрак етишмовчилиги, гипотиреозда кузатилади);
- бодомчалар гипертрофияси ва аденоитда;
- кисталар, папилломатоз, ҳалқум индивидуаль гемангиомаси.

Болаларда ўткир респиратор вирусли инфекция круп синдромини даволаш комплексли ва индивидуаль бўлиши керак, буларга: муколитик, балғам ҳайдовчи, вирусга қарши, антигистамин ва бронхолитик препаратлар киради. Ўткир респиратор вирусли инфекцияни традицион давосига, асосан симптоматик ва синдромли терапия киради. Круп синдромини патогенезини асосида яллиғланиш ётгани учун вақтида яллиғланишга қарши препаратларни бериш аҳамиятга эга. Ларинготрахеал стенозни оғир формасида, кўшимча тизимли глюкокортикостероидлар (ГКС) қўлланилади. Лекин тизимли глюкокортикостероидлар (ГКС)ни ножўя таъсири борлиги учун педиатрия амалиётида кенг ишлатилмайди.

Респиратор трактда обструктив ҳолатларда яллиғланишга қарши ҳозирги замон стандарт терапияга ингаляцион ГКС (ИГКС) қўллаш тавсия этилади. Ингаляцион ГКС ўткир ларинготрахеитни нафас йўлларида шиллиқ қаватини шиши натижасида келиб чиққан белгиларини тезда купировать қилади, бунга медикаментозли трахеотомия неб ном берилган. Круп синдромини оғир шаклида небулайзер ёрдамида ўтказилган ингаляцион терапияни афзаллиги шундаки, юқори эффективли ва хавфсиз усул бўлиб, енгил қилинади ва препаратни дозаси нафас йўллари хамма қисмларига тўлиқ етиб боради

Кичик ёшдаги болаларга размерига тўғри келадиган маскадан фойдаланиш керак. Ҳозирги вақтда небулайзер орқали ингаляцион терапия ИГКС ўтказиш учун Будесонид суспензияси ишлатилади.

Будесонид – ИГКС ни маҳаллий кучли яллиғланишга қарши, аллергияга қарши ва антиэкссудатли таъсири бўлиб, нафас йўллари обструкциясини ва гиперреактивлигини камайтиради.

Будесонид суспензиясига характерли яллиғланишга қарши таъсири биринчи соатида, бошланади ва 3-6 соатдан кейин аҳволи юқори даражада яхшиланади. Препаратдан тизимли ножўя таъсирларни ривожланиши кузатилгани йўқ.

Небулизированли буденосидни клиренси мактабгача бўлган болаларда 1 кг тана вазнига катта кишиларга нисбатан 50% га юқори бўлади. Бу шуни билдирадики, мактаб ёшидаги болаларда будесонид суспензияси ингаляция йўли билан катта кишиларда бериладиган дозада юборилади, ножўя таъсири кузатилгани йўқ. Будесонид суспензияси болаларда 6 ойлигидан қўлланилади. Ингаляция небулайзер орқали 0,25-1,0 мг/кунига. (бир марталик дозани ҳажмини 2-4 мл физиологик эритмага аралаштириб кунига 1 марта қилинади, Аммо бир ёшгача бўлган болаларда бронхообструкцияни оғир хуружда, ҳалқум стенозини II даражасида, препаратни ингаляциясини кунига 2 марта юбориш эффективли ҳисобланади. ИГКС олмаган беморларга, препаратни 0,25 мг дан ҳар 12 соатда бошлаш керак, терапевтик эффекти яхши бўлганда эса, 0,25 мг дан кунига 1 марта берилади.

Мақсад.

Бизни текширишимиздан мақсадимиз, болаларда УРВИ дан кейин ривожланган круп синдромини I-II даражасида комплекс терапияда будесонид суспензиясини клиник эффективлигини ва хавфсизлигини аниқлаш. Бу текшириш болалар шифохонасида, болалар касалликлари кафедрасини, ходимлари назоратида олиб борилди.

Шундай қилиб, текширишлар натижаси кўрсатдики, болаларда ўткир вирусли инфекциясида круп синдромини I-II даражасида будесонидни (будесонид суспензиясини) небулайзер орқали ингаляция шаклида ўтказиш патогенетик асосланган, юқори эффективли ва хавфсиз усул ҳисобланади. Будесонид суспензиясини қўллаш, ҳалқум стенозини кечишини оғирлик даражасини ва давомийлигинини қисқартиришга, шифохонага ётқизиш вақтини камайтиради ва препаратни ножўя таъсири кузатилмади.

Болаларда ўткир респиратор вирусли инфекция фонидида ривожланган круп синдромидида ИГКС терапияни небулайзер орқали ўтказишни кенг тавсия этиш мумкин

Адабиётлар:

1. Kudratova, G., & Xolmuradova, Z. (2023). ERTA YOSHDAGI BOLALARDA SHIFOXONADAN TASHQARI PNEVMONIYADA KLINIK-ANAMNESTIK O'ZGARISHLAR. Евразийский журнал академических исследований, 3(2 Part 2), 39–42.
2. Ветров В.П., Длин В.В. и соавт. Рациональное применение антипиретиков у детей. Пособие для врачей. М: 2002;23.
3. Геппе Н.А., Зайцева О.В. Представления о механизмах лихорадки у детей и принципах жаропонижающей терапии. Рус мед журн 2003; 11:№1(173): 31–37.
4. Зайцева О.В., Щербакова М.Ю. Острые респираторные заболевания у детей: современные аспекты лечения и профилактики. Пособие для врачей. М: 2003.
5. Kudratova Gulsara Nazhmitdinovna, Kholmuradova Zilola Ergashevna, Ishkabulova Gulchekhra Dzhonkhurozovna, & Kodirova Shahlo Salahitdinovna. (2022). Costs Syndrome in Children, Causes, Comparative Diagnosis and Rational Therapy (Review of the article). The

Peerian Journal, 6, 8–13.

6. Kudratova Gulsara Najmitdinovna, Ishkabulova Gulchehra Dzhonkhurozovna, & Kholmuradova Zilola Ergashevna. (2023). CLINICAL AND ANAMNESTIC CHARACTERISTICS OF OUT-OF-HOSPITAL ZOTILJAM IN YOUNG CHILDREN. Galaxy International Interdisciplinary Research Journal, 11(2), 129–131.

7. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика/ Научно-практическая программа Союза педиатров России. М: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка 2002;

8. Таточенко В.К. Педиатру на каждый день. Справочник по лекарственной терапии. М: 2002; 252.

9. Najmitdinovna K. G., Ergashevna K. Z. Acute Bronchiolitis in Children //Eurasian Research Bulletin. – 2022. – Т. 12. – С. 38-42.

10. Кудратова , Г., & Холмурадова , З. . (2022). ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИ ЗОТИЛЖАМ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КОМОРБИД ПАТОЛОГИЯНИНГ ТУЗИЛИШИ. ЎТКИР ДАВРДА ЮРАК-ҚОН ТОМИРНИНГ ЎЗГАРИШИ. Евразийский журнал медицинских и естественных наук, 2(9), 11–15.



INNOVATIVE
ACADEMY