

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ МИОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Н.А. ИСРАИЛОВА

Ташкентская Медицинская Академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ЎТКИР ПНЕВМОНИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА МИОКАРДИТ АСОРАТИНИ ПРОГНОЗЛАШ

Н.А. ИСРАИЛОВА

Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

PREDICTING THE LIKELIHOOD OF MYOCARDITIS IN PATIENTS WITH ACUTE PNEUMONIA

N.A. ISRAILOVA

Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Ишлаб чиқилган мезонлар асосида пневмония билан оғриган эрта ёшдаги болаларда миокардит асорати ривожланишини аниқлаш орқали пневмониянинг салбий оқибати бўйича юқори хавф гуруҳларини шакллантириш мумкин бўлади. Бу эса беморларда миокардит ривожланиш прогнозини оширади, ўткир пневмония билан касалланиш ҳолатини камайтиради, шу орқали асоратлар ва ўлим кўрсаткичлари камаяди.

Калим сўзлар: миокардит, болалар, пневмония, асоратлар.

Due to the developed criteria to determine the likelihood of myocarditis in infants with pneumonia, made possible the formation of high-risk groups for adverse outcome of pneumonia. This will increase the likelihood of the development of myocarditis in children and the effectiveness of the therapy, to reduce the incidence of morbidity of acute pneumonia and significantly reduce the number of complications, and thus mortality rate.

Key words: myocarditis, children, pneumonia, complications.

Согласно статистическим данным лечебно-профилактических учреждений нашей республики на долю пневмоний приходится 45-60% от всей заболеваемости детей. Наиболее частым осложнением вирусной инфекции является миокардит [1, 2].

Актуальной становится проблема прогнозирования развития миокардита у детей и его ранней диагностики [3,4,6].

Основой прогноза является правильно и полно собранный анамнез. Он позволяет обоснованно подойти к решению вопроса о возможной причине неблагоприятного исхода и назначить необходимый комплекс лечебных мероприятий, что и использовано нами в нашей работе [8,9]. Необходимо количественно взвесить информативность признаков, а заключение вывести на основе всей, иногда весьма противоречивой информации. Такие приемы, позволяющие в итоге определить количественно вероятность того или иного патологического состояния, получили название решающих правил или алгоритмов [5].

Понятно, что прогноз оправдывается лишь в том случае, если определяющие факторы, лежащие в его основе, останутся неизменными. Вероятностный прогноз отвечает на вопрос, что вероятнее всего произойдет при условии сохранения существующих тенденций. Отсюда многова-

риантность медицинского прогноза и обязательной необходимости корректировок [7].

Цель. Разработка прогностических критериев развития миокардита у больных с острой пневмонией для ранней диагностики заболевания и соответственному, своевременному назначению адекватной терапии.

Материалы и методы. Для достижения цели обследовано 212 детей раннего возраста с пневмонией, которые были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 107 (50,5%) детей с миокардитом на фоне пневмонии; 2-ю группу – 105 (49,5%) детей без миокардита. Группу контроля составили 20 практически здоровых детей аналогичного возраста.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей раннего возраста с острой пневмонией для выявления частоты встречаемости миокардита, детальный анализ анамнестических данных, генеалогический анализ родословной в 4-х поколениях.

Результаты. Для осуществления прогноза течения и исхода пневмонии у детей раннего возраста, нами был рассмотрен ряд анамнестических данных, клинических и лабораторно-инструментальных показателей и оценен каждый фактор в отдельности и суммарный риск развития осложнения миокардита при острой пневмонии.

Таблица 1.

Прогностические коэффициенты для определения вероятности развития миокардита у больных с острой пневмонией

Признаки	ПК неблагоприятного прогноза
Двухсторонняя очагово-сливная пневмония с подострым началом	-4,0
Поздняя госпитализация	-3,0
Число членов семьи с сердечно-сосудистой патологией 2 и более	-3,5
Число членов семьи с хроническими инфекционно-аллергическими заболеваниями 2 и более	-2,5
Гестозы беременности	-2,0
Повторные ОРВИ у матери в период беременности	-2,5
Анемия у матери	2,0
ГИЭ	3,5
Частые заболевания ребенка на 1 году жизни	-3,0
Перенесенный сепсис в анамнезе	-2,0
Анемия	-2,0
Аномалии конституции (тимомегалия)	-3,0
Искусственное вскармливание с первых дней жизни	-1,5
Сохранение кардиологических симптомов по мере купирования признаков воспаления в легких	4,0
Снижение сократительной способности миокарда	3,0
Повышение КФК-МВ и ЛДГ-1 в 2 и более раз	3,5
Снижение IFN γ в 10-15 раз	3,0
Коэффициент де Ритиса >2.41	1,5
Повышение концентрации IL-1 β в 2 и более раз	-3,0
Снижение концентрации IL-1RA менее $81,1 \pm 6,6$ пк/мл	-2,5

Нами был предложен метод скринингового прогнозирования развития, тяжести течения и исхода пневмонии у детей раннего возраста.

С помощью последовательного анализа Вальда рассчитаны прогностические коэффициенты для определения вероятности развития миокардита у больных с острой пневмонией, его течения и исхода.

Как видно из таблицы, неблагоприятную прогностическую информацию несут в себе признаки, указывающие на наличие в семье больных сердечно-сосудистой патологией, с хроническими инфекционно-аллергическими заболеваниями 2 и более, патология беременности, повторные ОРВИ в период беременности, анемия у матери во время беременности, искусственное вскармливание с первых дней жизни, ГИЭ, частые заболевания ребенка на 1 году жизни, перенесенный сепсис в анамнезе, тимомегалия, сохранение кардиологических симптомов по мере купирования признаков воспаления в легких, снижение сократительной способности миокарда, повышение КФК-МВ и ЛДГ-1 в 2 и более раз, снижение IFN- γ в 10-15 раз, коэффициент де Ритиса >2.41 , повышение концентрации IL-1 β в 2 и более раз, снижение концентрации IL-1RA (табл. 1).

В приведенной таблице, составленной на основании последовательного анализа Вальда, каждый из признаков имеет свою числовую величину со знаком (+) или (-).

Числовой порог для принятия определенного заключения (с 95 % вероятностью) равен ± 13 . Он получается путем алгебраического сложения прогностических коэффициентов каждого предлагаемого в таблице признака.

При прогнозировании в качестве основного условия принимается, что учащийся будет находиться в неких стандартных условиях существования, получать при лечении заболеваний общепринятые в настоящее время препараты и т.п., исключается, а точнее частично относится к ошибке прогноза, отклонения, как в худшую, так и в лучшую сторону.

Прогноз не является прорицанием, поэтому заранее планируется определенное количество ошибок, а также не планируется, но предполагается некоторое количество неопределенных ответов. В представленных алгоритмах планируется примерно 5% ошибка прогноза. Расхождение прогноза с реальностью обусловлено двумя причинами. Во-первых, на момент постановки прогноза не учитываются все влияющие факторы; во-вторых, на состояние здоровья ребенка оказывают влияние факторы, присоединившиеся впоследствии, не действующие и поэтому не учитываемые в момент постановки прогноза. Вполне понятно, что если врач может с первого этапа обследования учесть эти факторы и предвидеть их появление, точность прогноза возрастает.

В случаях, когда обобщенный прогностический коэффициент менее условной пороговой величины (± 13), полученные результаты также должны учитываться и приниматься во внимание при проведении профилактических мероприятий. Так, при сумме баллов ПК ($\pm 10,0$) (90% уровень вероятности или 8 шансов из 10) можно говорить об очень высокой вероятности свершения прогнозируемого события, при сумме баллов ПК ($\pm 6,0$) можно говорить об увеличении риска в 4 раза; при сумме баллов ПК ($\pm 3,0-5,5$) можно говорить о возможном свершении прогнозируемого события.

Для испытания эффективности данного метода прогнозирования нами были протестированы группы детей с острой пневмонией ($n=52$). Проведенный анализ показал эффективность разработанной нами системы прогнозирования. Полученные при клинических испытаниях данные отражают прямую зависимость выведенного коэффициента от степени риска неблагоприятного исхода, предоставляя возможность проведения прогноза течения и исхода пневмонии в зависимости от ряда выявленных факторов риска, что позволит повысить эффективность проводимой терапии, сократить частоту случаев заболеваемости пневмонией, а также снизить количество осложнений и летальность. На основании полученных данных нами был разработан алгоритм диагностирования миокардита у детей с острой пневмонией раннего возраста, где учитываются факторы риска развития миокардита при острой пневмонии, клинические респираторные и кардиологические симптоматики, изменения лабораторно-инструментальных показателей.

Вывод. Разработанный алгоритм раннего выявления, прогноза сердечно - сосудистых осложнений у детей раннего возраста с острой пневмонией позволяет с вероятностью до 95% прогнозировать развитие миокардита, своевременно диагностировать заболевание и провести лечебно-профилактические мероприятия.

Литература:

1. Алибекова М. Б., Алимова Х. П., Джубатова Р. С и др. Особенности клиники и лечения пневмонии, осложненной острой сердечной недостаточностью у детей // Сборник тезисов VII съезд педиатров «Приоритетные направления и модернизация охраны здоровья детей в Узбекистане. - Т., 2014. -С. 12-13.
2. Ахмедова Д. И. Оптимизация лечения неревматических кардитов у детей // Педиатрия. - Т., 2012. - С. 43.

3. Бабаджанова З. О. Критерии прогноза развития неотложных состояний у детей с неревматическими кардитами и методы лечения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2009. – 16 с.
4. Бабаджанова З. О., Баходиров А. Н., Умарова А. А., Арипова Т. У. Клинико-иммунологическая характеристика неревматических кардитов у детей // Журнал клинич. и теоретич. медицины. – Т., 2015. - №4. – С. 79-82.
5. Волков И. К. Козлова Л. В. Геппе Н. А. и соавт. К вопросу о дальнейшем развитии научно-практической программы по внебольничной пневмонии у детей // РМЖ. – 2014. - №3. – С. 188.
6. Гельцер Б. И., Куколь Л. В., Пупышев А. В. Современные подходы к прогнозированию в пульмонологии // Тер.арх. – 2012. – Том 74. - №3. - С.80-85.
7. Самсыгина Г. А., Медведева Т. Я. Прогнозирование тяжести течения и исхода при пневмонии у детей раннего возраста // Сборник материалов XI Конгресса Педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» - М., 2008. - С. 296.
8. Черкасов Н. С., Котлукова Н. П., Сухоруков В. С. Современные методы диагностики заболеваний сердца новорожденных и детей раннего возраста // В книге лекции по педиатрии. Кардиология. – 2004. – Том 4. - С. 7-20.
9. Woodhead M. A. Community acquired pneumonia in Europe: causative pathogens and resistance patterns // Eur Respir J. – 2012. – Vol. 20. – P. 20-27.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ МИОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Н.А. ИСРАИЛОВА

Ташкентская Медицинская Академия, Республика
Узбекистан, г. Ташкент.

Благодаря разработанным критериям для определения вероятности развития миокардита у детей раннего возраста с пневмонией, стало возможным формирование групп высокого риска по неблагоприятному исходу пневмонии. Это позволит повысить вероятность прогнозирования развития миокардита у детей и эффективность проводимой терапии, сократить частоту случаев заболеваемости острой пневмонией и значительно снизить количество осложнений, а значит и показатель летальности.

Ключевые слова: миокардит, дети, пневмония, осложнения.