



## МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ В БОЛЬНИЧНОМ УСТАНОВЛЕНИИ У ДЕТЕЙ

Доцент Вахидова А.М. **PhD** Худоярова Г.Н. Бердибекова Замира

(студент лечебного факультета) САМАРКАНДСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ЗАРМЕД https://doi.org/10.5281/zenodo.14172648

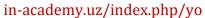
Аннотация. Распространение патологического процесса в дыхательных путях проявляется высокой заболеваемостью среди детей всех возрастных категорий, причем в раннем возрасте этот показатель может достигать 80% от общего числа случаев. Среди острых и хронических заболеваний органов дыхания пневмония занимает особое положение как одна из главных причин госпитализации детей в пульмонологическое отделение, а также представляет риск развития осложнений и даже смерти.

Ключевые слова: пневмония, заболевания дыхательных путей, госпитализация, бактериальная флора, возбудитель пневмонии.

Цель работы. Исследовать степень нарушения метаболических процессов у детей с внутрибольничной пневмонией.

Методы исследования. Нами проведен анализ архивных данных, нарушения этой взаимосвязи метаболических процессов на примере клинико-лабораторных особенностей внутрибольничной пневмонии у детей. Общие принципы терапии пневмонии базируются в большинстве случаев на эмпирической антибактериальной терапии, адекватной оксигенотерапии при тяжелых формах и по показаниям инфузионной терапии. При пневмонии назначение антибиотика необходимо проводить как можно в более ранние сроки, поскольку более позднее назначение ухудшает прогноз заболевания (возникновение осложнений и риска летальности). В амбулаторных условиях для лечения нетяжелых форм пневмонии согласно современным рекомендациям должны применяться антибиотики преимущественно При тяжелой пероральным способом. пневмонии показана ступенчатая антибиотикотерапия, когда в первые дни антибиотик вводится парентерально, а при улучшении состояния осуществляется переход на пероральный путь введения.

Препаратами первого ряда для лечения неосложненной амбулаторных условиях являются амоксициллин (амоксициллин/клавуланат) и современные макролиды при подозрении на атипичный возбудитель непереносимость β-лактамных антибиотиков. Препаратами второго выбора амбулаторных условиях являются пероральные цефалоспорины второго и третьего Следует помнить, чт0 К антибактериальным поколения. препаратам, рекомендованным для лечения ВП у детей, относятся аминогликозиды, пероральный ампициллин, ампиокс, сульфаниламиды и цефалоспорины первого поколения. Оценка эффективности этиотропной терапии проводится через 48 ч., а при тяжелой пневмонии — через 48-72 ч. Необходимо ориентироваться в первую очередь на динамику выраженности симптомов токсикоза и ДН: снижение температуры, улучшение самочувствия И аппетита, уменьшения одышки. Об отсутствии



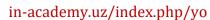


клинического эффекта свидетельствует сохранение более 48-72 часов температуры >38С при ухудшении состояния и/или нарастании рентгенологических изменений. При хламидиозе и пневмоцистозе — нарастание одышки и гипоксемии. В такой ситуации требуется незамедлительная смена антибиотика. Отмена антибактериальной терапии возможна при достижении стойкой нормализации температуры в течение 3 дней. Общий курс антибактериальной терапии при неосложненной ВП в среднем составляет 5-7 дней. При тяжелой или осложненной пневмонии необходимо ее продлить до 10 дней, а при хламидийной и микоплазменной — до 10-14 дней.

назначение Следует **учесть**. что антипиретиков затрудняет эффективности антибиотикотерапии и потому должно быть ограничено строгими показаниями (фебрильные судороги, неврологическая патология в анамнезе, гипертермия и т.п.). Важными аспектами терапии является режим больного и гидратация. На период выраженности синдрома токсикоза и ДН назначается постельный режим с последующим расширением при наступлении антибактериальной терапии. Водный режим пациента должен быть адекватным, но следует учитывать опасность гипергидратации вследствие антидиуретического гормона. При неосложненной и при большинстве осложненных пневмоний оральная гидратация является достаточной проводится соответствующими растворами с низким содержанием натрия.

Регидроном, а также добавляют воду, чай, соки. Общий объем жидкости за сутки у детей раннего возраста должен быть менее полной суточной потребности. Инфузионная терапия при ВП показана при выраженном эксикозе, коллапсе, угрозе ДВС-синдрома, инфекционнотоксическом шоке объемами до 20-30 мл/кг/сут, равномерно распределенными в течение суток, коллоидные растворы должны составлять 1/3 объема. Введение щелочных растворов без определения КЩС допустимо лишь как экстренная мера при ДВС-синдроме и расстройствах микроциркуляции. При первой возможности необходим переход к оральной физиологичному регидратации как наиболее ПУТИ поступления Оксигенотерапия должна назначаться интраназально или лицевой маской пациентам, у которых насыщение кислородом при вдыхании воздуха составляет менее 92%, чтобы поддерживать сатурацию выше 92%.

Результаты. Применение муколитиков и отхаркивающих препаратов в первые дни лечения пневмонии не обосновано, учитывая тот факт, что кашель не является главным симптомом заболевания и не определяет тяжесть состояния пациента, а поэтому не требует неотложного лечения. В дальнейшем при появлении у пациента интенсивного малопродуктивного кашля возможно применение различных муколитических средств, не рекомендовано применение отхаркивающих у детей раннего возраста. Применение бронхолитических средств показано при наличии бронхообструктивного синдрома (микоплазменные, хламидийные и вирусные пневмонии) или при развитии ВП у больного с бронхиальной астмой. Препаратами выбора являются β2-агонисты короткого действия как в виде монотерапии, так и в составе комбинированных препаратов (беродуал). Из немедикаментозных средств могут использоваться амбулаторно ЛФК и дыхательная гимнастика для ускорения рассасывания плевральных изменений. Электропроцедуры при ВП излишни, так как





увеличивают пребывание стационаре создают угрозу суперинфекции. В И Профилактика ВП у детей. Первичная и вторичная профилактика пневмоний предусматривает комплекс неспецифических и специфических мероприятий. В основе специфической профилактики лежит вакцинопрофилактика детских капельных инфекций и гриппа, на фоне которых развиваются бактериальные пневмонии, а также массовая вакцинация против пневмококковой и гемофилюсной инфекций. Кроме того, детям высокого риска тяжелого течения РС-инфекции до 2 лет показана пассивная моноклональными антителами РС-вирусу (паливизумаб). иммунизация К Неспецифическая профилактика ВП подразумевает проведение комплекса социальногигиенических мероприятий, рациональное питание, закаливание, экологии жилища и окружающей среды, предупреждение ОРВИ. В заключении хотелось бы еще раз подчеркнуть огромную значимость внебольничной пневмонии в структуре заболеваемости детского возраста в масштабе каждого региона, страны и мировой политики в целом.

Выводы. Эффективность иммунотерапии — нормального (в т.ч. внутривенного) и специфических иммуноглобулинов (стафилококкового, синегнойного и др.) не доказана, введение альбумина оправдано только при гипопротеинемии. Стимулирующие, общеукрепляющие, антигистаминные средства, иммуномодуляторы не улучшают исхода пневмонии, существенно удорожая лечение и часто являясь причиной побочных реакций. По мнению экспертов, реализация этих мероприятий позволит снизить смертность детей от пневмонии в мире на 65% и уменьшить число тяжелых пневмоний на 25% по сравнению с показателями 2000 г., а к 2025 году сведет к нулю предотвратимые случаи смерти детей от диареи и пневмонии и сохранит здоровье детского населения.

## **References:**

- 1. BO3, информационный бюллетень, № 331, ноябрь 2012 г. <a href="http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/ru/index.html">http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/ru/index.html</a>
- 2. Внебольничная пневмония у детей: распространенность, диагностика, лечение и профилактика. Москва: Оригинал-макет, 2011. 64 с.
- 3. Болезни органов дыхания у детей: практическое руководство / В.К. Таточенко. Новое изд., доп. М.: Педиатр, 2012. С. 209-256.
- 4. Самсыгина  $\Gamma$  .A . Пневмония у детей и подростков . http://www.rlsnet.ru/articles\_456.htm
- 5. Клинические рекомендации. Внебольничная пневмония у взрослых / под ред. А.Г. Чучалина, А.И. Синопальникова. М.: Атмосфера, 2005.
- 6. Голева О.П., Богза О.Г. Состояние младенческой смертности в современной России. <a href="http://www.jurnal.org/articles/2013/med7.html">http://www.jurnal.org/articles/2013/med7.html</a>
- 7. Письмо МЗ РТ от 14 сентября 2012 г. № 09-01/9363 «О состоянии младенческой смертности в Республике Татарстан за 1 полугодие 2012 года». http://docs.pravo.ru/document/ view/28656833/29161290/?line\_id=43
- 8. Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н. Больничная летальность среди детей первого года жизни в Российской Федерации и перспективы ее снижения // Вопросы современной педиатрии. 2007. Т. 6, № 6. С. 13-18.



- 9. Делягин В.М. Острые респираторные инфекции у детей // Практическая медицина. 2009. № 7. С. 46-51.
- 10. Овсянников Д.Ю., Дегтярева Е.А., Кузьменко Л.Г. Группы риска тяжелого течения респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей: современные возможности профилактики / Детские инфекции. 2011. Т. 10, № 2. С. 49-51.

