

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 пероральным способом. При тяжелой 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 пневмонии в амбулаторных условиях являются амоксициллин (амоксициллин/клавуланат) и современные макролиды при подозрении на атипичный возбудитель или непереносимость β -лактамов антибиотиков. Препаратами второго выбора в амбулаторных условиях являются пероральные цефалоспорины второго и третьего поколения. Следует помнить, что к антибактериальным препаратам, не 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 $>38^{\circ}\text{C}$ 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.

Следует учесть, что назначение антипиретиков затрудняет оценку 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 эффекта антибактериальной терапии. Водный режим пациента должен быть адекватным, но следует учитывать опасность гипергидратации вследствие выброса антидиуретического гормона. При неосложненной и при большинстве осложненных пневмоний оральная гидратация является достаточной и 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 регидратации как наиболее физиологичному пути поступления жидкости. 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 β_2 -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 в стационаре и создают угрозу суперинфекции. 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 гемофильной инфекций. Кроме того, детям высокого риска тяжелого течения РС-инфекции до 2 лет показана пассивная иммунизация моноклональными антителами к РС-вирусу (паливизумаб). Неспецифическая профилактика ВП подразумевает проведение комплекса социально-гигиенических мероприятий, рациональное питание, закаливание, улучшение 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 гипопроотеинемии. 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. ВОЗ, информационный бюллетень, № 331, ноябрь 2012 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/ru/index.html>
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 Г.А. 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. <http://www.jurnal.org/articles/2013/med7.html>
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. Деягин 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.

INNOVATIVE
ACADEMY