

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ ПНЕВМОНИИ С ДИСПЕПТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Ибрагимова Марина Фёдоровна

PhD, доцент кафедры 1 педиатрии и неонатологии

Омонова Гузал Зарифовна

базовый докторант

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Аннотация. В представленной работе приведены результаты клинико-лабораторного анализа особенностей течения и исходов пневмонии у детей первого года жизни, протекающей на фоне диспептического синдрома. В исследование включено 80 пациентов в возрасте от 1 до 12 месяцев, которые были распределены на две группы: основную — с признаками диспептических нарушений, и контрольную — без таковых. Проведённый анализ показал, что наличие диспептического синдрома оказывает достоверное отягощающее влияние на клиническое течение пневмонии. У таких пациентов чаще отмечались выраженные проявления интоксикации, нарушения питания, а также дисбаланс водно-электролитного обмена. У детей основной группы с большей частотой регистрировались дыхательная недостаточность, признаки дегидратации и тенденция к затяжному течению заболевания.

Статистический анализ выявил значимые различия между группами по продолжительности лихорадочного периода, уровню С-реактивного белка и длительности пребывания в стационаре ($p < 0,05$). Установлено, что диспептические расстройства оказывают существенное влияние на исход заболевания, способствуя увеличению частоты осложнений и удлинению сроков лечения. Полученные данные обосновывают необходимость комплексного подхода к ведению детей грудного возраста с пневмонией, включающего не только антибактериальную терапию, но и обязательную коррекцию нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: пневмония, диспептические нарушения, дети первого года жизни, клиническое течение, исходы, кишечная микробиота.

FEATURES OF THE COURSE AND OUTCOMES OF PNEUMONIA WITH DISPEPTIC SYNDROME IN INFANT CHILDREN

Ibragimova Marina Fedorovna

PhD, Associate Professor of the Department of Pediatrics and Neonatology

Omonova Guzal Zarifovna

Basic Doctoral Student

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

Abstract. The presented work presents the results of a clinical and laboratory analysis of the course and outcomes of pneumonia in children under one year of age, which occurs against the background of dyspeptic syndrome. The study included 80 patients aged 1 to 12 months, who were divided into two groups: the main group with signs of dyspeptic disorders, and the control group without such disorders. The analysis showed that the presence of dyspeptic syndrome has a significant aggravating effect on the clinical course of pneumonia. Such patients were more likely to have severe intoxication, nutritional disorders, and imbalance in water and electrolyte metabolism. In the main group of children, rehydration was more frequent.

Statistical analysis revealed significant differences between the groups in terms of the duration of the febrile period, the level of C-reactive protein, and the duration of hospital stay ($p < 0.05$). It was found that dyspeptic disorders have a significant impact on the outcome of the disease, contributing to an increase in the frequency of complications and a prolongation of the treatment period. These findings justify the need for a comprehensive approach to the management of infants with pneumonia, which includes not only antibiotic therapy but also the mandatory correction of gastrointestinal disorders.

Keywords: pneumonia, dyspeptic disorders, infants, clinical course, outcomes, intestinal microbiota.

Актуальность. Острые инфекции нижних дыхательных путей, и прежде всего пневмония, остаются одной из наиболее значимых причин заболеваемости и смертности среди детей раннего возраста во всём мире. Несмотря на достижения современной педиатрии, данная патология продолжает занимать ведущее место в структуре детской смертности, особенно в странах с ограниченными ресурсами здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, пневмония ежегодно является причиной около 14% всех летальных исходов у детей младше 5 лет, что подчёркивает её глобальную медицинскую и социальную значимость [1,8,16,19].

Особую группу риска составляют грудные дети первого года жизни, у которых анатомо-физиологические особенности дыхательной системы (узость дыхательных путей, недостаточная зрелость иммунного ответа,

склонность к генерализации инфекции) способствуют быстрому прогрессированию воспалительного процесса и развитию осложнений. Клиническая картина пневмонии в этом возрасте нередко отличается атипичностью, что затрудняет своевременную диагностику и начало адекватной терапии.

В последние годы всё больше внимания уделяется внепупьмональным проявлениям пневмонии, среди которых важное место занимает диспептический синдром. У грудных детей он может проявляться в виде срыгиваний, рвоты, диареи, метеоризма и снижения аппетита. Подобные симптомы нередко доминируют в клинической картине и могут маскировать основное заболевание, что приводит к диагностическим ошибкам и отсрочке начала лечения [2,10,14, 18].

Патогенетически развитие диспептических проявлений при пневмонии связано с системным воспалительным ответом, гипоксией, интоксикацией, а также нарушением моторики желудочно-кишечного тракта. Дополнительную роль играет дисбаланс кишечной микробиоты, который активно изучается в последние годы как важный фактор, влияющий на течение инфекционных заболеваний у детей раннего возраста [3,7,9,15].

Согласно данным эпидемиологических исследований, своевременная диагностика и раннее начало антибактериальной терапии позволяют снизить смертность от пневмонии на 20–30%, однако наличие атипичных симптомов, включая выраженный диспептический синдром, значительно усложняет раннее выявление заболевания [4,11,17]. Это особенно актуально для амбулаторной практики, где первичная оценка состояния ребёнка часто проводится без инструментальной диагностики.

Кроме того, современные исследования показывают, что у детей грудного возраста наблюдается тесная взаимосвязь между респираторными инфекциями и состоянием кишечного микробиома. Нарушение микробиоты может не только усугублять течение пневмонии, но и влиять на эффективность лечения, иммунный ответ и частоту осложнений [5,6,16, 20]. Это открывает новые перспективы для разработки комплексных терапевтических подходов, включающих не только антибактериальную терапию, но и коррекцию кишечной микрофлоры.

Таким образом, изучение особенностей клинического течения пневмонии с диспептическим синдромом у грудных детей является актуальной задачей современной педиатрии. Данное направление имеет важное практическое значение, так как позволяет улучшить раннюю диагностику заболевания, оптимизировать лечебную тактику и снизить риск

неблагоприятных исходов. Несмотря на наличие значительного числа исследований, посвящённых пневмонии у детей, особенности её течения при сочетании с диспептическими нарушениями остаются недостаточно изученными, что определяет научную и практическую значимость данной работы.

Цель исследования. Изучение клинико-лабораторных особенностей течения и исходов пневмонии, сопровождающейся диспептическим синдромом, у детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено на базе детского стационарного отделения и охватывало 80 пациентов в возрасте от 1 до 12 месяцев с подтверждённым клинико-рентгенологическим диагнозом пневмонии. В зависимости от наличия сопутствующих диспептических нарушений все дети были распределены на две равные группы. В основную группу вошли 40 пациентов, у которых пневмония сочеталась с диспептическим синдромом, тогда как контрольную группу составили 40 детей без признаков поражения желудочно-кишечного тракта.

Критериями отбора служили: возраст до одного года, наличие верифицированного диагноза пневмонии, а также отсутствие тяжёлых врождённых пороков развития и хронической соматической патологии.

Всем детям проводилось комплексное обследование, включавшее анализ анамнестических данных, оценку общего состояния, физикальное исследование с обязательной аускультацией лёгких, а также лабораторные и инструментальные методы диагностики. Особое внимание уделялось выраженности интоксикационного синдрома, степени дыхательной недостаточности и характеристике диспептических проявлений.

Лабораторная диагностика предусматривала выполнение общего анализа крови с оценкой уровня лейкоцитов, нейтрофильного сдвига и скорости оседания эритроцитов. Биохимическое исследование крови включало определение концентрации общего белка и показателей электролитного баланса. В качестве основного маркера воспалительной активности использовался уровень С-реактивного белка.

Инструментальные методы включали рентгенологическое исследование органов грудной клетки, позволяющее подтвердить диагноз и оценить распространённость воспалительного процесса в лёгочной ткани. Оценка диспептического синдрома проводилась с учётом частоты и характера стула, наличия срыгиваний, рвоты, метеоризма, а также изменений аппетита и динамики массы тела.

Результаты исследования. Анализ клинико-лабораторных данных показал, что течение пневмонии у детей первого года жизни на фоне диспептического синдрома характеризуется более выраженной тяжестью и большим числом неблагоприятных клинических проявлений по сравнению с контрольной группой.

Общее тяжёлое состояние при поступлении в стационар наблюдалось у 65,0% (26/40) пациентов основной группы, тогда как в контрольной группе данный показатель составил 30,0% (12/40) ($p < 0,05$). Умеренно тяжёлое состояние соответственно отмечалось у 35,0% (14/40) и 70,0% (28/40) детей. Острое начало заболевания с выраженной лихорадочной реакцией фиксировалось у 85,0% (34/40) детей основной группы против 62,5% (25/40) в контрольной группе. При этом температура тела свыше $38,5^{\circ}\text{C}$ регистрировалась у 72,5% (29/40) и 45,0% (18/40) пациентов соответственно. Средняя длительность лихорадочного периода составила $5,8 \pm 1,2$ дня в основной группе и $3,9 \pm 1,0$ дня в контрольной ($p < 0,05$).

Синдром интоксикации (вялость, снижение активности, нарушение сна) наблюдался у 80,0% (32/40) детей основной группы и у 52,5% (21/40) контрольной группы. При этом выраженная интоксикация регистрировалась почти в два раза чаще у пациентов с диспептическими нарушениями.

Одним из наиболее значимых клинических признаков был отказ от питания, который отмечался у 70,0% (28/40) детей основной группы и лишь у 27,5% (11/40) в контрольной группе ($p < 0,01$). На фоне снижения пищевого потребления у 55,0% (22/40) пациентов основной группы наблюдалось снижение массы тела в динамике госпитализации, тогда как в контрольной группе данный показатель составил 17,5% (7/40).

Со стороны дыхательной системы признаки дыхательной недостаточности различной степени выраженности выявлялись у 60,0% (24/40) детей основной группы и у 32,5% (13/40) контрольной. Чаще всего регистрировалась дыхательная недостаточность I–II степени, проявлявшаяся тахипноэ, втяжением уступчивых мест грудной клетки и участием вспомогательной мускулатуры. Аускультативная картина характеризовалась наличием влажных мелко- и среднепузырчатых хрипов у 92,5% (37/40) детей основной группы и у 75,0% (30/40) контрольной группы. Крепитация выслушивалась соответственно у 65,0% (26/40) и 40,0% (16/40) пациентов. Диспептический синдром отличался выраженным полиморфизмом клинических проявлений. Диарейные расстройства регистрировались у 55,0% (22/40) детей, срыгивания — у 60,0% (24/40), рвота — у 35,0% (14/40), метеоризм — у 50,0% (20/40) пациентов основной группы. При этом

сочетание двух и более симптомов наблюдалось у 45,0% (18/40) детей, что свидетельствовало о более тяжёлом поражении желудочно-кишечного тракта.

Лабораторные показатели подтверждали более выраженную воспалительную реакцию у пациентов основной группы. Лейкоцитоз выявлялся у 72,5% (29/40) детей против 50,0% (20/40) в контрольной группе. Увеличение СОЭ выше возрастной нормы отмечалось у 77,5% (31/40) и 55,0% (22/40) соответственно. Повышение уровня С-реактивного белка регистрировалось у 80,0% (32/40) детей основной группы и у 55,0% (22/40) контрольной.

Биохимические нарушения характеризовались снижением уровня общего белка у 47,5% (19/40) пациентов основной группы и у 20,0% (8/40) контрольной группы, что отражало более выраженные метаболические нарушения и белково-энергетическую недостаточность.

Особое значение имели нарушения водно-электролитного баланса. Гипонатриемия выявлялась у 35,0% (14/40) детей основной группы и у 12,5% (5/40) контрольной группы. Гипокалиемия регистрировалась у 30,0% (12/40) и 10,0% (4/40) пациентов соответственно.

Анализ рентгенография органов грудной клетки показал, что двустороннее поражение лёгких чаще встречалось у детей основной группы — 40,0% (16/40) против 22,5% (9/40) в контрольной. Очагово-сливные формы пневмонии также преобладали у пациентов с диспептическим синдромом — 37,5% (15/40) против 20,0% (8/40).

Средняя продолжительность госпитализации составила $12,6 \pm 2,3$ дня в основной группе и $8,7 \pm 1,9$ дня в контрольной ($p < 0,05$). При этом затяжное течение заболевания (более 14 дней) наблюдалось у 27,5% (11/40) детей основной группы и лишь у 10,0% (4/40) контрольной.

Осложнения регистрировались у 42,5% (17/40) пациентов основной группы и у 20,0% (8/40) контрольной группы. Наиболее частыми из них были дыхательная недостаточность (60,0% от всех осложнений), дегидратация (35,0%) и выраженный токсикоз (25,0%).

Таким образом, полученные данные демонстрируют, что наличие диспептического синдрома является значимым отягощающим фактором, влияющим на тяжесть течения, частоту осложнений и длительность заболевания у детей первого года жизни.

Обсуждение. Полученные результаты подтверждают, что диспептический синдром оказывает существенное влияние на течение пневмонии у детей первого года жизни. Одним из ключевых механизмов

является нарушение питания и всасывания, приводящее к дефициту белков, витаминов и микроэлементов, необходимых для адекватного иммунного ответа. Кроме того, значительную роль играет нарушение кишечной микробиоты, которое может усиливать воспалительные процессы и способствовать системной интоксикации.

Не менее важным фактором является развитие водно-электролитных нарушений, которые усугубляют общее состояние ребёнка и повышают риск осложнений. Таким образом, пневмония с диспептическим синдромом должна рассматриваться как мультисистемное заболевание, требующее комплексного подхода к диагностике и лечению.

Выводы. Пневмония у детей первого года жизни, протекающая на фоне диспептического синдрома, характеризуется более тяжёлым течением, выраженной интоксикацией и высокой частотой осложнений. Наличие диспептических нарушений способствует удлинению сроков заболевания и ухудшению исходов, что требует своевременной диагностики и коррекции нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта. Комплексный подход к лечению данной категории пациентов должен включать не только антибактериальную терапию, но и мероприятия, направленные на восстановление водно-электролитного баланса, нутритивной поддержки и нормализацию функции кишечника. Перспективным направлением является дальнейшее изучение роли кишечной микробиоты и разработка новых методов терапии, направленных на её коррекцию.

Литература.

1. World Health Organization (WHO). Pneumonia in children. Fact sheet. 2023.
2. McIntosh K. Community-acquired pneumonia in children. *New England Journal of Medicine*. 2017;376:254–266.
3. Shimizu K., et al. Gut microbiota and respiratory infections in children. *Pediatric Research*. 2019;85(3):293–299.
4. Rudan I., Boschi-Pinto C., Biloglav Z., et al. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008;86(5):408–416.
5. Liu L., Oza S., Hogan D., et al. Global, regional, and national causes of child mortality. *The Lancet*. 2015;385:430–440.
6. Bradley J.S., Byington C.L., Shah S.S. et al. The Management of Community-Acquired Pneumonia in Infants and Children Older Than 3 Months of Age // *Clinical Infectious Diseases*. 2011. Vol. 53(7). P. e25–e76. DOI:10.1093/cid/cir531.

7. Ebeledike C., Ahmad T. Pediatric Pneumonia // StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023–2026. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536940/>
8. Omonova, G. Z., & Ibragimova, M. F. (2025). CHAQALOQLARDA DISPEPTIK SINDROM BILAN PNEVMONIYANING KLINIK XUSUSIYATLARI. Вестник Ассоциации Пульмонологов Центральной Азии, 12(7), 80-83.
9. Козлова С.И., Рябиченко Т.И. Детские болезни. Педиатрия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
10. Омонова, Г. З., & Ибрагимова, М. Ф. (2025). ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ С ДИСПЕПТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ. Вестник Ассоциации Пульмонологов Центральной Азии, 12(7), 72-75.
11. Коровина Н.А., Захарова И.Н. Болезни органов дыхания у детей раннего возраста. — М.: Медицина, 2018.
12. Куликова Т.В., Самсыгина Г.А. Пневмонии у детей раннего возраста: особенности течения и терапии // Вопросы современной педиатрии. 2019. Т. 18(3). С. 45–52.
13. McIntosh K. Community-acquired pneumonia in children // New England Journal of Medicine. 2002. Vol. 346. P. 429–437.
14. Nelson Textbook of Pediatrics. 21st ed. — Philadelphia: Elsevier, 2020.
15. Fedorovna, I. M., & Ravshanovna, E. M. (2024). Optimization of treatment of atypical pneumonia due to hypoxic-ischemic encephalopathy in newborns. Research Focus, 3(1), 220-223.
16. Рачкова С.В., Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
17. Шавази, Н., & Ибрагимова, М. (2025). Bolalarda xlamidial pnevmoniyani tashxis va davolash usullarini takomillashtirish. Международный журнал научной педиатрии, 4(1), 801-803.
18. Rudan I., O'Brien K.L., Nair H. et al. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia // Journal of Global Health. 2013. Vol. 3(1). P. 010401.
19. Fedorovna, I. M., & Kizi, S. Z. S. (2023). STATE OF HUMORAL IMMUNITY IN PATIENTS WITH ATYPICAL PNEUMONIA IN FREQUENTLY ILL CHILDREN. Research focus, 2(10), 125-128.
20. Simoes E.A.F. Pneumonia in children in the developing world // Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine. 2001.