

*Маматкулова Ф.Х.
Старший преподаватель,
Самаркандский государственный
медицинский университет,
Самарканд, Республика Узбекистан*

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

АННОТАЦИЯ

Среди инфекций нижних дыхательных путей пневмония представляет одну из серьезных проблем детского возраста. По данным зарубежных исследований распространенность внебольничной пневмонии составляет 34-40 случаев на 1000 детей в год. В диагностике пневмонии необходимо опираться на анамнестические данные (уделяя должное внимание наследственному анамнезу), симптоматику, результаты дополнительных методов обследования (рентгенография грудной клетки и лабораторные показатели). Нами у 98 больных в возрасте от 3 мес до 3-х лет обратившихся в семейную поликлинику №2 г.Самарканда с острыми заболеваниями органов дыхания, изучены жалобы больных, анамнестические данные, клиническая симптоматика, проанализированы результаты лабораторных и инструментальных методов исследования на основе которых разработаны рекомендации к госпитализации больных детей с острой пневмонией в стационар, а также лечения больных в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: пневмония, диагностика, лечение, больные, дыхательная недостаточность, гиповитаминоз.

UDC 616.24-002-053.2-036.12

*Mamatkulova F.Kh.
Senior Lecturer,
Samarkand State Medical University,
Samarkand, Republic of Uzbekistan*

MODERN APPROACHES TO THE STUDY OF PNEUMONIA IN YOUNG CHILDREN

ABSTRACT

Among lower respiratory tract infections, pneumonia is one of the most serious problems in childhood. According to international studies, the prevalence of community-acquired pneumonia is 34-40 cases per 1,000 children per year. Diagnosis of pneumonia requires a thorough medical history (with due consideration of family history), symptoms, and additional diagnostic tests (chest X-ray and laboratory tests). We examined 98 patients aged 3 months to 3 years who presented to Family Clinic No. 2 in Samarkand with acute respiratory diseases. We assessed their complaints, medical history, and clinical symptoms. We also analyzed laboratory

and instrumental results, which were used to develop recommendations for hospitalization of children with acute pneumonia, as well as outpatient treatment.

Keywords: pneumonia, diagnosis, treatment, patients, respiratory failure, hypovitaminosis.

Введение. Пневмония является инфекционно-воспалительным процессом, поражающим преимущественно респираторный отдел легочной ткани, клинически проявляющийся разной степенью дыхательной недостаточности, а рентгенологически – инфильтративными изменениями в легких [1,3,6,8] .

Заболеваемость пневмониями составляет в год около 15-20 на 1000 детей первых трех лет жизни и примерно 5–6 случаев на 1000 детей старше 3 лет. Предрасполагающими факторами к развитию пневмонии у детей раннего возраста являются перинатальная патология, врожденные пороки сердца и других внутренних органов, рахит, атопический дерматит, гиповитаминозы и дефицитные состояния, в том числе иммунодефициты [2,4,5,7].

Цель исследования. Определить роль своевременной диагностики и комплексное лечение пневмонии в амбулаторных условиях в прогнозе острой пневмонии у детей.

Материалы и методы исследования. Нами у 98 больных в возрасте от 3 мес до 3-х лет обратившихся в семейную поликлинику №2 г. Самарканда с острыми заболеваниями органов дыхания изучены жалобы больных, анамнестические данные, клиническая симптоматика, проанализированы результаты лабораторных и инструментальных методов исследования и на их основе разработаны рекомендации к госпитализации больных детей с острой пневмонией в стационар.

Клинические симптомы являлись основой для диагностики пневмоний у детей. У детей раннего возраста на первый план при пневмониях выступали признаки ОДН, интоксикации, а локальные физикальные изменения в легких чаще появлялись позже. Поэтому если при осмотре у ребенка, независимо от уровня температуры и при отсутствии обструкции, имеется:

- учащение дыхания (60 в минуту у детей первых месяцев жизни, 50 в минуту у детей 2 - 12 мес, 40 в минуту у детей 1 - 4 лет);
- втяжение межреберий;
- стонущее (кряхтящее) дыхание;
- цианоз носогубного треугольника;
- признаки токсикоза («больной» вид, отказ от еды и питья, сонливость, раздражительность, резкая бледность при повышенной температуре тела), то состояние расценивалось как тяжелое с большой вероятностью наличия пневмонии. Этим больным рекомендовали назначить антибиотик и направлять их в стационар.

Результаты исследования и их обсуждение. У 98 больных в возрасте от 3 мес до 3-х лет с острыми заболеваниями органов дыхания проанализированы результаты лабораторных и инструментальных методов исследования на основе которых разработаны рекомендации к госпитализации больных детей с пневмонией в стационар, а также лечение больных в амбулаторных условиях.

Если у ребенка нет признаков, указанных выше, но имеются: температура 38°C дольше 3 дней, локальные физикальные признаки пневмонии, а также асимметрия хрипов, то следует предположить наличие пневмонии. Этим больным рекомендовано

сделать анализ крови, направить их на рентгенографию; при невозможности ее проведения - назначить антибиотик.

Все больные с признаками дыхательной недостаточности направлялись на стационарное лечение. Если у детей фебрильная температура в течение 1-2 дней при отсутствии указанных выше признаков, то им рекомендовали наблюдение на дому как больного с острым респираторным заболеванием (ОРЗ без пневмонии).

Кроме клинических симптомов, диагноз пневмонии обязательно подтверждают данными рентгенологического исследования. Детей до трех лет чаще всего госпитализируют, для постоянного наблюдения за состоянием и во избежание развития осложнений. Детей старшего возраста могут оставить дома, при условии неукоснительного выполнения родителями всех рекомендаций.

Основные принципы антибактериальной пневмонии следующие:

- антибиотики при установленном диагнозе или при тяжелом состоянии больного назначают незамедлительно, при сомнении в диагнозе у нетяжелого больного решение принимают после рентгенографии;
- при неосложненных нетяжелых пневмониях следует отдавать предпочтение назначению препаратов перорально, переходя на парентеральное введение при утяжелении течения заболевания.

Показаниями к назначению антибиотиков у детей при респираторной патологии являлись выраженная интоксикация, высокая температура тела более 3 дней, клинические признаки пневмонии, ранний возраст ребенка (первый год жизни), затяжное течение воспалительного процесса.

В большинстве случаев антибиотик назначали до получения сведений о возбудителе болезни. Поэтому выбор первого препарата осуществляли эмпирически (по опыту). Это была так называемая стартовая эмпирически выбранная терапия.

Оценка эффективности введенных больному препаратов - единственный способ решить, есть ли смысл продолжать лечение эмпирически выбранным препаратом или надо его изменить. При хорошем эффекте уже через 24-48 ч снижается температура тела, улучшается общее состояние, пневмонические изменения уменьшаются или, по крайней мере, не нарастают (количество хрипов может увеличиться). В этих случаях препараты не заменяли. Если терапию начинали с инъекционной формы антибиотика, то его заменили на оральную. В большинстве случаев нетяжелую пневмонию лечили антибиотиками за 4 - 7 дней на дому.

Отсутствие эффекта - сохранение температуры и нарастание пневмонической инфильтрации по данным рентгена, позволяет исключить причину, которую предполагали при выборе стартового препарата, и назначить альтернативную схему. Замену или, по крайней мере, добавление нового антибактериальных средств проводили через 36-48 ч (а при крайне тяжелых инфекциях - через 24 ч) при отсутствии терапевтического эффекта.

При лечении пневмоний у детей применяют три основные группы антибиотиков: пенициллин и полусинтетические пенициллины (ампициллин, амоксициллин, амоксиклав и др.), цефалоспорины различных поколений (цефалексин, цефуроксим, цефтриаксон, цефоперазон), макролиды (эритромицин, ровамицин, азитромицин и др.). При отсутствии эффекта в течении пневмонии использовали антибиотики других групп и сочетание препаратов различных групп, в том числе с сульфаниламидами или метронидазолом. При грибковых пневмониях применяли флуконазола (дифлюкан) или амфотерицина В.

В зависимости от особенностей течения воспаления легких, в каждом конкретном случае решали вопрос о дополнительных препаратах: отхаркивающих, бронхорасширяющих, противоаллергических, витаминах и т.д.

Постельный режим был назначен на весь лихорадочный период. Питание назначали соответственно возрасту и обязательно было полноценным. Объем жидкости в сутки для детей до года с учетом грудного молока или молочных смесей составлял 140-150 мл/кг массы. 1/3 суточного объема жидкости давали в виде глюкозо-солевых растворов (регидрон, смекта, ОРСА) или фруктовых, овощных отваров. Диетические ограничения (химически, механически и термически щадящая пища) определяли в зависимости от аппетита и характера стула.

Жаропонижающие средства систематически не назначали, так как это может затруднить оценку эффективности антибактериальной терапии. Исключение составляли дети, имеющие преморбидные показания для снижения температуры (фебрильные судороги).

Лихорадку мы рассматривали, как фактор, стимулирующий защитные силы организма ребенка. На наш взгляд, многие бактерии и вирусы быстрее гибнут при повышенной температуре, на ее фоне организм отдает полноценный иммунный ответ. Необоснованное и частое назначение лекарственных препаратов при любом повышении температуры может привести к различным осложнениям.

При мучительном или упорном кашле у больных пневмонией широко использовали мукорегуляторные средства: облегчающие эвакуацию мокроты (отхаркивающие) и разжижающие мокроту (муколитические) средства, так как отхаркивающие средства повышают секрецию жидкого компонента мокроты и улучшают транспорт мокроты за счет усиления моторики бронхов. При назначении отхаркивающих средств постарались обеспечить достаточную гидратацию (питье), поскольку потеря воды повышает вязкость мокроты. Применяли микстуры на основе настоя корня алтея с добавлением натрия бензоата, калия йодида и нашатырно-анисовых капель. Больным назначали бронхikum, «Доктор Мом», которые относятся к отхаркивающим средствам.

Муколитические средства способствуют разжижению мокроты путем химического воздействия на молекулу муцина (слизи). При заболевании нижних дыхательных путей с образованием густой вязкой мокроты применяли препараты, содержащие ацетилцистеин (АЦЦ, мукомист, флуимуцил). Учитывая то, что муколитическим действием обладают производные алкалоида вазицина мы назначали бромгексин, бизолвон, мукосалван, которые уменьшают вязкость секрета, восстанавливают мукоцилиарный клиренс, стимулируют синтез эндогенного сурфактанта.

Полезными в терапии больных оказались также настои трав (подорожник, крапива, мать-и-мачеха, корень ипекакуаны, плод аниса, корень солодки и др.) или лекарственных форм из них - эвкабал, мукалтин. В остром периоде назначали СВЧ (5-7 сеансов), индуктотермии; электрофореза с 3%-ным раствором калия йодида (10 сеансов). После нормализации температуры назначали массаж и лечебную физкультуру (ЛФК).

Выводы. Таким образом, своевременная диагностика и комплексное лечение пневмонии в амбулаторных условиях значительно улучшают прогноз острой пневмонии у детей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Respiratory diseases in children: A practical guide / V.K. Tatochenko. - New edition, additional M.: "Pediatrician Kommersant". -2012 .-480 C. (in Russ).
2. Ibatova Sh.M., Ergashev A.Kh., Mamatkulova F.Kh., Suvankulova A.I. Pneumonia in young children. International scientific journal "Problems of biology and medicine". Samarkand. 2018. No. 3 (102). –P.169-173. (in Russ).
3. Ibatova Sh.M., Mamatkulova F.Kh. State of immunity in chronic obstructive pulmonary disease in children. International scientific journal "Problems of biology and medicine". Samarkand, 2021, No. 1.1 (126), -P.110-112. (in Russ).
4. Ibatova Sh.M., Mamatkulova F.Kh., Islamova D.S. Rationale for immunomodulatory therapy for acute obstructive bronchitis in children. International scientific journal "Problems of biology and medicine". Samarkand, 2021, No. 1.1 (126), -P.108-110. (in Russ).
5. Pediatric pulmonology: problems and solutions. Ed. Yu.L.Mizernitsky, M.2004.-256 p. (in Russ).
6. Pulmonology. Acute respiratory diseases in children. V.K. Katosova and L.K. Ulanova. Publishing house of the Union of Pediatricians of Russia "Medical Literature". M. -2012.-480 S.7. Sh.M. Ibatova, F.Kh. Mamatkulova, A.Kh. Ergashev, M.T. Gaffarova. The role of timely diagnostics of out-of-hospital pneumonia and indications for hospitalization in children. EPRA International Journal of Research and Development (IJRD) Volume: 6, Issue:9, September 2021, P. 263-265. (in Russ).
8. Shoir M. Ibatova, Feruza Kh. Mamatkulova, Gulnoz A. Kholikova, Dilrabo Kh. Mamatkulova. Some indicators of lipid and phosphorus-calcium metabolism in children with rickets receiving conventional treatment. International Journal of Health Sciences, 6(S4), 2022. 3628–3638.