

УДК 616.24-002-07

## АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ г. АНДИЖАНЕ

**Уктамова Зулайхо Абдухалил кизи**

*Научный руководитель, доцент*

**А.Г.Ганиев**

*Андижанский государственный медицинский институт*

*Андижан, Узбекистан*

**Аннотация:** *Исследование показало, что высокая заболеваемость внебольничной пневмонией наблюдается у детей в возрасте от 8 до 12 лет. При этом мальчики болеют чаще девочек. Чаще отмечались поражения легочной паренхимы с локализацией справа - в 66%, двусторонний процесс за это время регистрировался лишь в 10%. По морфологической форме чаще регистрировались сегментарные – 42% и очаговые – 34% потерь, полисегментарные – 17% и долевые – 1%. Наиболее распространенной клинико-морфологической формой пневмонии у детей остаются очаговая и сегментарная формы.*

**Ключевые слова:** *внебольничная пневмония, дети, диагностика, лечение.*

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), пневмония считается ключевой причиной смертности детей во всем мире. Ежегодно от пневмонии умирает около 1 миллиона детей в возрасте до 5 лет. Это больше, чем от СПИДа, малярии и кори вместе взятых [1,2,7,8]. В педиатрической практике считается необходимой ранняя и четкая диагностика пневмонии и ее осложнений. Наибольшая заболеваемость пневмонией приходится на ранний возраст, что фактически оправдано иммунологической, активной и анатомической незрелостью организма ребенка этого возраста. Изучение бронхолегочной патологии, несмотря на активное развитие этой проблемы, продолжает вызывать большую озабоченность детской пульмонологии и медицины в целом [3,7,9]. Это обосновано тем, что вывод о многих качествах, связанных с данной патологией, не исключил ее более высокой частоты и распространенности [2,3,4]. Несмотря на значительный прогресс в развитии детской пульмонологии, проблема бронхолегочных заболеваний остается актуальной, о чем свидетельствует ее интенсивное рассмотрение на страницах популярных медицинских журналов, отчетах ВОЗ, а также ежегодно проводимых представительных конференциях и конгрессах [5,6,10]. Данная проблема связана с повсеместным увеличением бронхолегочной патологии почти в 10-15 раз, что происходит во всех областях от 12:1000 до 57:1000. Кроме того, наблюдается модификация бронхолегочной патологии в пользу пневмоний, связанная с усилением влияния токсических агентов на детей.

Однако ряд авторов в последние годы высказывают предположения об изменении этого «классического стандарта» течения пневмоний, увеличении частоты малосимптомных, стертых форм заболевания, затрудняющих постановку преждевременного диагноза, а значит и своевременное начало лечения [4,5,7].

По нашему мнению, это связано не только с многочисленными возбудителями, но и с воздействием на организм ребенка не очень благоприятных факторов внешней среды, неоправданным применением просто дешевых фармацевтических субстанций, которые не всегда опасны для малыша. В результате врачу необходимы знания индивидуального течения пневмонии в запущенных состояниях, чтобы своевременно диагностировать это заболевание, а значит, свести риск осложнений к минимуму [2,4,7,10].

Цель исследования – изучить особенности клинической картины внебольничных пневмоний у детей г. Андижане.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было проанализировано 155 случаев заболевания у детей в возрасте от 1 месяца и старше до 17 лет, поступивших в стационар с подозрением на внебольничную пневмонию с января 2022 г. по сентябрь 2023 г. Из пациентов, включенных в исследование, диагноз подтвержден у 100 человек. Диагноз «Внебольничная пневмония» был установлен на основании комплексного клинико-инструментального обследования больных в соответствии с клиническими рекомендациями «Внебольничная пневмония у детей» [4]. Пациенты с подтвержденным диагнозом были разделены на 4 группы в зависимости от возраста: 1-я – от рождения до 3 лет (ранний возраст), 2-я – от 4 до 7 лет (дошкольники), 3-я – от 8 до 12 лет (школьники) и 4-я – от 12 лет до 17 лет (подростки).

Проводилась тщательная проверка анамнестических данных, результатов клинического обследования больных, лабораторной диагностики, рентгенологического исследования органов грудной клетки, особое внимание уделялось объему лечебных мероприятий перед госпитализацией и при обращении в стационар.

Результаты и обсуждение. Исследование показало, что в 3-й группе обследованных больных отмечена высокая заболеваемость внебольничной пневмонией. При этом мальчики болеют в 1,5 раза чаще девочек. На наш взгляд, это связано как с привыканием ребят к новому коллективу, например, так и с их условной независимостью, по сути, что часто может привести, например, к переохлаждению. Косвенно это подтверждается тем, что наибольший подъем заболеваемости приходится на январь, март и ноябрь, а регресс – с июня по август.

Анализируя клиническую картину пневмоний, мы установили, что большинство из них протекало с повышением температуры тела до фебрильной продолжительностью более 3 дней, что составляет 64%, и кашлем - 90%.

Это послужило поводом для широкого применения бактерицидных средств лицами, осуществляющими уход за больными, и участковыми педиатрами, предпочтение отдавалось препаратам пенициллинового ряда, чаще назначался амоксициллин. Важно отметить, что у больных 1-й и 2-й групп чаще регистрировалось повышение температуры до фебрильных показателей (79,16 и 71,79%), в это время, как и в 3-й и 4-й возрастных группах, субфебрилитет был более выраженным отмечали часто (63,38 и 65,52%).

Все это способствовало более позднему обращению в больницу, где при осмотре отмечался частый непродуктивный кашель в 88% случаев, а изредка выявлялись одышка и цианоз - 22%, что фактически не совпадает с мнением многих авторов, которые указывают на одышку как на один из ведущих признаков заболевания [3,5].

При рассмотрении выраженности проявлений дыхательной недостаточности в зависимости от возраста оказалось, что дыхательная недостаточность 1-й и 2-й степени чаще наблюдалась у больных 1-й группы (44,72 и 21,64% соответственно), за это время у 3 детей и 4-й возрастной группах клинические проявления отсутствовали.

Однако местные аускультативные изменения в нетяжелых случаях наблюдались в подавляющем большинстве случаев (82%), чаще наблюдались мелкие хрипы (49%) и ослабление дыхания (37%), а кажущаяся характерная крепитация была обнаружена лишь в 2 случаях. % болезненных случаев. Укорочение перкуторного звука наблюдалось у 43 (43%) из 100 детей, это позволяет предположить, что недоступность перкуторных изменений не исключает наличия инфильтративных изменений легочной паренхимы. По нашему мнению, это связано с ограниченностью размеров нетяжелого поражения, при котором буквально трудно квалифицировать изменение перкуторного тона на основании имеющейся викарной эмфиземы. Косвенно это подтверждается тем, что у этих ребят еще был коробчатый окрас перкуSSIONного звука.

Для подтверждения клинического диагноза и уточнения формы внебольничной пневмонии всем прикованным к койке было проведено рентгенологическое исследование органов грудной клетки. В конце концов

односторонность процесса выявлена в 89% случаев. При этом чаще отмечались поражения легочной паренхимы с локализацией на правой стороне - 67%, двусторонний процесс за это время регистрировался лишь в 11%, что фактически подтверждает бронхогенный путь заражения как ведущий и тенденцию к развитию правосторонней пневмонии в связи с особенностью строения правого бронха.

По морфологической форме

наибольшее количество пневмоний были очаговыми - 35%, сегментарные - у 48% обследованных детей. Это подтверждает подозрение, что недоступность перкуссионной звуковой конфигурации обусловлена малым размером потерь. При этом заболеваемость полисегментарной пневмонией составила всего 18%, а долевой пневмонией - 1%.

В то же время у детей раннего возраста на рентгенограммах чаще выявляли полисегментарную и лобарную формы с локализацией преимущественно в нижних и средних долях, причем даже у больных этой группы отмечали двусторонние поражения легочной паренхимы. Во 2-й и 3-й группах чаще регистрировались очаговые и сегментарные формы. У лиц молодого возраста преобладала сегментарная пневмония внутригрудной локализации (61,96%).

По данным лабораторных методов исследования у 1/3 обследованных больных обнаружены изменения в гемограмме в виде лейкоцитоза (36%) и увеличения СОЭ (28%), при этом лимфоцитоз составил 26%, нейтрофилез - 58%, что может свидетельствовать о преобладании вирусно-бактериальной этиологии заболевания. Статистически значимых различий гематологических показателей у детей разных возрастных групп не выявлено.

Таким образом, недоступность воплощенных изменений со стороны крови, к сожалению, затрудняет этиологическую расшифровку пневмоний и лишь в небольшом проценте случаев приводит к подозрению на атипичную пневмонию. В результате более информативным и легкодоступным методом диагностики внебольничной пневмонии в настоящее время считается рентгенологическое исследование органов грудной клетки, -инвазивные методы диагностики этого заболевания не представляют проблемы и их внедрение в клиническую практику имеет возможность помочь врачу не только своевременно поставить правильный диагноз, но и снизить радиационную нагрузку на пациента.

При проведении бактерицидной терапии в стационаре чаще всего назначались препараты пенициллинового ряда - 39%, второе место занимали цефалоспорины - 34%, из них чаще всего назначались цефалоспорины третьего поколения (цефтриаксон), третье место занимали цефалоспорины третьего поколения (цефтриаксон) макролиды – 20% (кларитромицин). Антибиотики чаще назначались парентерально, средняя продолжительность лечения составляла 10–14 дней.

Также применялись нестероидные противовоспалительные методы, отхаркивающие средства, витамины, солевые аэрозоли.

Повторное рентгенологическое исследование после исчезновения физических симптомов было проведено в 87% случаев. Из них более чем в 1/2 случаев пневмонии закончились абсолютным разрешением процесса в нетяжелых случаях, в 12% случаев сохранялась остаточная инфильтрация с положительной динамикой, а в

32% отмечалось уплотнение и утолщение легочный рисунок, что объективно и потребовало последующего применения противовоспалительных препаратов.

Результаты повторной рентгенографии, а также то, что является прецедентом, ведь осложнения в виде плеврита развились лишь у 2 больных, говорят об адекватности и эффективности проводимой терапии.

Выводы. Наше исследование показало, что внебольничная пневмония чаще всего возникает у детей школьного возраста, причем больше больных приходится на мальчиков. Установлено, что повышение температуры выше фебрильной отметки и появление дыхательной недостаточности при этом заболевании чаще наблюдаются у больных раннего возраста; для них характерны полисегментарная и долевая формы с локализацией в нижних и средних долях нетяжелых форм. Среди больных других групп в морфологической структуре преобладают очаговые и сегментарные формы, локализующиеся преимущественно справа. Для молодых людей характерно бессимптомное течение заболевания с сегментарным поражением легочной паренхимы.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1.Алимова Х.П. Анализ причин осложнений пневмонии у детей раннего возраста: материалы республиканской научно-практической конференции.

Сборник тезисов XX конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» Москва, 16–18 февраля 2018; [Alimova KH.P. Analiz prichin oslozhneniy pnevmonii u detey rannego vozrasta: materialy respublikanskoj nauchno-prakticheskoy konferentsii. Sbornik tezisov XX kongressa pediatrov Rossii s mezhdunarodnym uchastiyem «Aktual'nyye problemy pediatrii» Moskva, 16–18 fevralya 2018 g. (In Russ)].

2.Алимова Х.П., Сатвалдиева Э.А. и др. Достижения и перспективы педиатрии в Республике Узбекистан. - Тошкент, 2012; 69-70. [KH.P. Alimova, E.A. Satvaldiyeva i dr. Dostizheniya i perspektivy pediatrii v Respublike Uzbekistan. - Toshkent, 2012; 69-70. (In Russ)].

3.Геппе Н.А., Малахов А.Б., Волков И.К. и др. К вопросу о дальнейшем развитии научно-практической программы по внебольничной пневмонии у детей. Рус. мед. журн. 2014; 22 (3): 188–93. [Geppe N.A., Malakhov A.B., Volkov I.K. et al. On the further development of the scientific and practical program on community-acquired pneumonia in children. Russian medical journal. 2014; 22 (3): 188–93 (in Russian).]

4.Внебольничная пневмония у детей. Клинические рекомендации. М.: Оригиналмакет, 2015 г. [Communityacquired pneumonia in children. Clinical guidelines. Moscow: Originalmaket, 2015 (in Russian).]

5.Каримджанов И.А., Исканова Г.Х., Исраилова Н.А. Ступенчатая терапия внебольничной пневмонии у детей //Здоровье ребенка. 2014; 3: 70-73. [Karimdzhanov I.A., Iskanova G.KH., Israilova N.A. Stupenchataya terapiya vnebol'nichnoy pnevmonii u detey //Zdorov'ye rebenka. 2014; 3: 70-73. (In Russ)].

6.Семерник И.В., Семерник О.Е., Демьяненко А.В., Лебеденко А.А. Методика неинвазивной диагностики бронхиальной астмы на основе микроволновых технологий. Мед. техника. 2017; 2 (302): 35–8. [Semernik I.V., Semernik O.E., Demyanenko A.V., Lebedenko A.A. Methods of non-invasive diagnostics of bronchial asthma on the basis of microwave technology. Medical equip-ment. 2017; 2 (302): 35–8 (in Russian).]

7.Султанов А.Т., Файзиева У.Р. и др. Клинико-anamnestическая характеристика внебольничной пневмонии у детей /Евразийский вестник педиатрии. 2(2) 2019. Ст.49-55.

8.Шашель В.А., Подпорина Л.А., Первишко О.В. Эффективность программы реабилитации школьников с синдромом вегетативной дисфункции после перенесенных респираторных инфекций. Детская и подростковая реабилитация. 2017; 2 (30): 27–30. [Shashel V.A., Podporina L.A., Pervichko O.V. The effective-ness of the program of students with vegetative dysfunction syndrome after suffering respiratory infections rehabilitation. Child and adolescent rehabilitation. 2017; 2 (30): 27–30 (in Russian).]

9.AbaturOV OE, Volosovets AP, Yulish Yel. The role of Tolllike receptors in pathogen-associated molecular rectification of infectious pathogenic agents in the development of inflmmation; Part 1: The TLR family. Zdorov`e rebenka. 2012; (40): 116-121.

10.Semernik I.V., Dem'yanenko A.V., Semernik O.E., Lebedenko A.A. Noninvasive method for bronchopulmonary diseases diagnosis in patients of all ages based on the micro-wave technologies. В сб.: Proceedings of the 2017 IEEE Russia Section Young Researchers in Electrical and Electronic Engineering Conference, ElConRus, 2017; p. 78–81.