

Кудратова Гульсара Наджмитдиновна

Доцент кафедры педиатрии лечебного факультета.

Холмурадова Зилола Эргашевна

Ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета.

Самарканд. Узбекистан.

***Аннотация:** В структуре заболеваемости и смертности детей первых лет жизни значительный процент составляют острые заболевания органов дыхания, в основном пневмония.*

Анатомо-физиологические особенности организма ребенка, слабо выраженные компенсаторно-приспособительные механизмы способствуют более тяжелому течению пневмонии у детей раннего возраста. Следует отметить, что тяжесть состояния детей, больных пневмонией, определяется, с одной стороны, распространенностью воспалительного процесса в легких, а с другой, выраженностью реакции других органов и систем.

Основным патогенетическим звеном при пневмонии у детей служит кислородная недостаточность, которая способствует снижению окислительно-восстановительных процессов в организме, нарушению обмена веществ (углеводного, липидного), изменению показателей неспецифического иммунитета, что приводит к нарушению деятельности всех органов и систем.

В связи с этим мы изучали показатели углеводного, липидного обмена, неспецифического клеточного иммунитета и состояния сердечно-сосудистой системы у 105 детей раннего возраста с острой пневмонией. При постановке диагноза «пневмония» мы пользовались клинической классификацией пневмонии у детей раннего возраста В. И. Молчанова и Ю. Ф. Домбровской, которая широко применяется в практической и научной деятельности педиатров нашей страны.

Важными показателями, характеризующими углеводный обмен, являются пировиноградная (ПВК) и молочная кислоты (МК). Содержание ПВК определяли по методу Лю, МК по способу Баркера и Симерсона. Содержание этих кислот в зависимости от клинической формы пневмонии приведено в таблице.

Полученные данные сравнивали с таковыми у здоровых детей. Они свидетельствуют, что при локализованной форме пневмонии уровень пировиноградной и молочной кислот повышается до 1,86 и 10,21 мг% 10 при норме 1,26 и 8,5 мг%. Эти показатели резко увеличиваются при токсической и токсико-септической формах заболевания. В процессе лечения уровень ПВК и МК снижается, приближаясь к норме моменту К выписки больных из стационара, хотя при токсической и токсико-септической форме длительно остается увеличенным.

Кислота (мг%)	Клиническая форма болезни	n	M+m
ПВК	Локализованная	32	1.86±0,16
	Токсическая	20	2.86±0,12 M
	Токсико-септическая	8	3,27±0,44
МК	Локализованная	32	10,21±0,41
	Токсическая	21	12,71±0,66
	Токсико-септическая	10	15,8±0,56

Следовательно, длительное повышение ПВК и МК при токсической и токсико-септической формах острых пневмоний у детей раннего от возраста свидетельствует о значительных восстановительных процессах, более выраженном ацидозе, для ликвидации которых необходимо назначение бикарбоната, АТФ, в максимальных количествах кислород. При выписке больным, перенесшим токсическую и токсико-септическую формы

пневмонии, рекомендуем максимальное пребывание на воздухе, и аскорбиновую кислоту в течение 2-3 недель, лечебную гимнастику, массаж.

Следует подчеркнуть, что при токсической и токсико-септической формах пневмонии в патологический процесс вовлекается печень, обеднение клеток которой гликогеном способствует проникновению в них жира и развитию жировой дистрофии.

Динамика количественного содержания холестерина и В-липопротеидов у 105 больных показала, что отчетливое их повышение (более чем в 1,5-2,5 раза) наблюдается при токсической и токсико-септической формах пневмонии у детей раннего возраста. Это свидетельствует о возможности участия В-липопротеидов и их окислителей, т. е. перекиси липидов, в развитии цитохимических изменений при легочных заболеваниях у детей, что создает предпосылки для включения в арсенал терапии препаратов, корригирующих обмен липидов (токоферолы и др.).

Реактивность организма важнейший фактор, определяющий особенности течения и исхода пневмонии у детей раннего возраста. Поэтому мы решили включить в диагностический комплекс фагоцитарные реакции при острой пневмонии у 30 детей раннего возраста.

Результаты наших исследований выявили, что фагоцитарная реакция зависит от формы пневмонии. При локализованной пневмонии преимущественно у детей годовалого возраста, находившихся на естественном вскармливании, фагоцитарный индекс колебался от 2,0 до 20,0%, в среднем составляя 9,6 (в норме 40,2%). Минимальная величина фагоцитарного индекса наблюдалась в случаях, когда пневмонии предшествовало острое респираторное заболевание. Фагоцитарный показатель соответственно колебался от 1,0 до 2,5, в среднем составляя 1,4 (в норме 4,93). Токсическая и токсико-септическая пневмонии у детей первого года жизни, находившихся на смешанном и искусственном вскармливании, сопровождались значительным снижением фагоцитарного индекса и фагоцитарного показателя до 9,45% и 1,3. Из полученных

данных следует, что при острой пневмонии, особенно токсической формы, снижены показатели неспецифического иммунитета, что, по-видимому, говорит о необходимости включения в комплекс лечения веществ, стимулирующих фагоцитоз (пентоксил, витамин В12 и др.).

При токсической и токсико-септической пневмониях у детей раннего возраста нередко развивается острая диарея. Так, функциональное исследование желудочно-кишечного тракта рентгенологическим методом у 25 детей выявило ряд отклонений от нормы. Морфологические изменения в тонком кишечнике проявлялись в виде нечеткости, неровности контура контрастного столба, утолщения, деформации и сглаженности керкринговых складок, а также симптома «галактики», функциональные изменения в виде гипо- или гипертонии, а также ускорения или замедления продвижения контраста по тонкому кишечнику.

Следовательно, функциональные и рентгеноморфологические изменения в кишечнике при токсической и токсико-септической формах пневмонии у детей раннего возраста являются, по-видимому, реакцией желудочно-кишечного тракта на общий токсикоз с бактериемией.

Течение и исход пневмонии у детей раннего возраста в значительной степени определяются состоянием сердечно-сосудистой системы. Сердечно-сосудистые нарушения при пневмонии у детей раннего возраста тесно связаны с нарушениями функции других органов и систем - (дыхания, центральной нервной системы, в том числе ее вегетативного отдела, и др.).

Исходя из этого мы изучили электрокардиографически функцию - сердечно-сосудистой системы у 75 детей раннего возраста с токсической - и токсико-септической формами пневмонии.

Электрокардиографические исследования показали значительные изменения сердечной мышцы: у всех больных выявлена синусовая тахикардия, т. е. частота сердечных сокращений колебалась от 150 до 200 в 1 мин. Наряду с этим выявлено удлинение интервала P-Q (35 случаев) и снижение вольтажа желудочкового комплекса QRS (22). В 26 - случаях зарегистрировано повышение зубца Р в I и во II стандартных отведениях. С

целью углубления оценки функционального состояния миокарда мы провели раздельное изучение продолжительности некоторых самых основных фаз электрической систолы. В последней мы условно выделили две фазы, которые по М. К. Осоловой назвали фазой возбуждения (интервал S-T1) и фазой прекращения возбуждения (ТТ). Если при обычной расшифровке ЭКГ из 75 детей у 29 наблюдалось удлинение электрической систолы сердца и систолического показателя на 7%, то при раздельном изучении электрической систолы выявлено ее нарушение во всех случаях. У больных детей даже при нормальной деятельности электрической систолы мы выявили нарушение временных соотношений ее основных фаз. Наблюдалось значительное удлинение фазы прекращения возбуждения более чем на 0,05 сек.

Следовательно, электрокардиографические изменения при пневмониях у детей раннего возраста являются отражением нарушения процесса возбуждения, проведения электролитного баланса и др. Причина этих нарушений заключается в выраженной гипоксемии, токсикозе, поражении центральной нервной и эндокринной систем.

Таким образом, наши исследования дополняют некоторые патогенетические аспекты пневмонии у детей раннего возраста по отношению к механизмам нарушения углеводного, липидного обмена и состоянию клеточного иммунитета.

Метод раздельного изучения электрической систолы прост и чувствителен при выявлении электрофизиологических сдвигов в миокарде желудочков. Вместе с тем он позволяет контролировать эффективность лечения токсической и токсико-септической форм пневмонии у детей раннего возраста.

Литература

1. Kudratova , G. ., & Xolmuradova , Z. . (2023). ERTA YOSHDAGI BOLALARDA SHIFOXONADAN TASHQARI PNEVMONIYADA KLINIK-ANAMNESTIK O`ZGARISHLAR. *Евразийский журнал академических исследований*, 3(2 Part 2), 39–42.

2. Ветров В.П., Длин В.В. и соавт. Рациональное применение антипиретиков у детей. Пособие для врачей. М: 2002;23.
3. Геппе Н.А., Зайцева О.В. Представления о механизмах лихорадки у детей и принципах жаропонижающей терапии. Рус мед журн 2003; 11:№1(173): 31–37.
4. Зайцева О.В., Щербакова М.Ю. Острые респираторные заболевания у детей: современные аспекты лечения и профилактики. Пособие для врачей. М: 2003.
5. Kudratova Gulsara Nazhmitdinovna, Kholmuradova Zilola Ergashevna, Ishkabulova Gulchekhira Dzhonkhurozovna, & Kodirova Shahlo Salahitdinovna. (2022). Costs Syndrome in Children, Causes, Comparative Diagnosis and Rational Therapy (Review of the article). *The Peerian Journal*, 6, 8–13.
6. Kudratova Gulsara Najmitdinovna, Ishkabulova Gulchekhira Dzhonkhurozovna, & Kholmuradova Zilola Ergashevna. (2023). CLINICAL AND ANAMNESTIC CHARACTERISTICS OF OUT-OF-HOSPITAL ZOTILJAM IN YOUNG CHILDREN. *Galaxy International Interdisciplinary Research Journal*, 11(2), 129–131.
7. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика/ Научно-практическая программа Союза педиатров России. М: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка 2002;
8. Таточенко В.К. Педиатру на каждый день. Справочник по лекарственной терапии. М: 2002; 252.
9. Najmitdinovna K. G., Ergashevna K. Z. Acute Bronchiolitis in Children //Eurasian Research Bulletin. – 2022. – Т. 12. – С. 38-42.
10. Кудратова , Г., & Холмурадова , З. . (2022). ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИ ЗОТИЛЖАМ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КОМОРБИД ПАТОЛОГИЯНИНГ ТУЗИЛИШИ. ЎТКИР ДАВРДА ЮРАК-ҚОН ТОМИРНИНГ ЎЗГАРИШИ. *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 2(9), 11–15.