

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА.

**Ахрорхонов Р.А Алиев А.Л.
Андижанский государственный медицинский институт
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт**

Было обследовано 45 детей с внебольничной пневмонией на фоне с врожденными аномалиями расщелины верхней губы и неба и определены клинико-anamnesticheskie данные с помощью анализа истории жизни и течения данного заболевания ребенка. Выявлено, что тяжесть состояния обследованных детей была обусловлена отягощенным материнским анамнезом, преморбидным фоном, искусственным вскармливанием и самим фактором недоношенности, а также состоянием микрофлоры желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: пневмония, врожденные аномалии расщелины верхней губы и неба, дети раннего возраста, клиника, рентгенологические исследования.

TUĞMA YÜQORI LAB VA TANGLAY KEMTIKLIĞI BOR ÉRTA ÉŞDAĞI BOLALARDA ZOTILJAMNING KECIŞINI KLINIK-ANAMNESTIK ҲУСУСИЯТЛАРИ.

Ахрорхонов Р.А, Алиев А.Л
**Андижон давлат тиббиёт институти
Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти**

Ушбу тадқиқотда 45 нафар эрта ёшдаги бемор болаларда юқори лаб ва танглай кемтиклиги асосидаги ўткир зотилжамнинг клиник-anamnestik кечиши, касаллик тарихини ва боланинг хозирги ҳолатини таҳлил қилиш орқали ўрганилди. Туғма юқори лаб ва танглай кемтиклиги бор эрта ёшдаги болаларда зотилжамнинг кечишини, оналардаги ноқулай анамнез, преморбид фон, сунъий овқатланиш ва етук туғилмаганлик, шунингдек ошқозон-ичак тизими микрофлорасидаги ўзгаришларга боғлиқлиги аниқланди.

Тадқиқот усуллари: анамнез, клиник кузатув, рентгенологик текширувлар.

Калит сўзлар: зотилжам, туғма юқори лаб ва танглай кемтики, клиника, рентгенологик текширувлар.

CLINICAL AND ANAMNESTIC FEATURES OF THE COURSE OF SEVERE PNEUMONIA IN EARLY AGE CHILDREN WITH CONGENITAL ANOMALIES OF CLEFT LIP AND PALATE.

Akhrorkhonov R.A. MD. Aliev A.L.
Andijan State Medical Institute

In this study, clinical and anamnesic features of the course of severe pneumonia in early age children with congenital anomalies of the cleft lip and palate were observed with analysing of life history and current condition of the children. Research methods are analysis, clinical observations, x-ray studies. Clinical and anamnesic features of the course of severe pneumonia in early age children with congenital anomalies of the cleft lip and palate were determined. It was revealed that the severity of the condition of examined children was due to a burdened maternal history, premorbid background, artificial feeding and prematurity factor itself and such conditions of the microflora of the gastrointestinal tract.

Key words: pneumonia, congenital anomalies of cleft lip and palate, young children, clinic, X- ray studies.

Актуальность: острые пневмоний у детей раннего возраста остаются существенной причиной заболеваемости и смертности, несмотря на внедрение в практику сильно действующих антимикробных препаратов широкого спектра действия, наличие комплексных режимов поддерживающего лечения и проведение профилактических мероприятий (4).

Неблагоприятный фон для пневмонического дисбактериоза является причиной реинфицирования с пневмонией у ребёнка, длительность их течения, склонность к обострениям, рецидивом и осложнениям (2).

Больные с врожденными аномалиями тканей и органов челюстно-лицевой области занимают особое место. Большой интерес представляет оценка клинического течения острой пневмонии у данных недоношенных детей, однако, несмотря на это в литературе мало работ каких либо сведений, имеющих теоритическое или прикладное значение лечения этой группы больных, лечение сопряжено с особыми трудностями требует участия специалистов высокой квалификации, должной последовательности и быть комплексным.

С давних пор в происхождении врожденных аномалии расщелины верхней губы и нёба (ВРГН) отводятся определенная роль воздействию внешних факторов, болезнь матери во время беременности (инфекционное заболевание, заболевание матки, искусственные или самопроизвольные выкидыши), психические травмы, нарушение питание и другие (1).

ВРГН представляют собой тяжелый порок развития, который влечет за собой серьезные последствия, с момента рождения ребёнка ярко выражены нарушения функции губы и нёба. Нарушается акт сосания, глотания, а впоследствии акт жевания, что в свою очередь ведет к отклонению в развитии ребёнка и иногда к смертельному исходу впервые недели жизни. При ВРГН резко нарушаются питание ребёнка, акт глотания и дыхания. Это может привести к аспирации содержимого полости рта и различным осложнениям со стороны дыхательных путей и легких. (1,3)

Изложенные выше данные диктуют необходимость изучения клинико-анамнестических особенности проявлений острой пневмонии на фоне ВРГН у детей раннего возраста.

Цель исследования: проанализировать особенности клинико-анамнестическое течение острой пневмонии у детей раннего возраста с врожденными аномалиями расщелины верхней губы и нёба.

Материалы и методы. Проанализировано 45 архивных истории болезни детей острой тяжелой пневмоний с врожденными аномалиями расщелины верхней губы и нёба (ВРВГН) и 18 недоношенных детей с массой тела от 1500г до 1800г и возрастом от 3 до 11 дней рождения.

Результаты и их обсуждение. Возраст матерей был от 19 до 49 лет: 5% из них до 20 лет, 23% в возрасте 20-25 лет, 51% от 26-30 лет, 17% от 30-35 лет. 28% детей родились от 1 беременности. Исход предыдущих беременностей в 3% случаях был неблагоприятным (выкидыш, мертворождение, преждевременные роды). Часто встречалось белково-энергетическая недостаточность плода – 17%. Гинекологическими заболеваниями страдали 11% матерей.

Хроническими инфекциями и заболеваниями, таким как пиелонефрит и гломерулонефрит, ревматизм, сахарный диабет, ожирение, острый и хронический бронхитом страдали 24,6% женщин. ОРВИ с высокой температурой первой половины беременности перенесли 16,2% женщин, а во второй половине 6%. Данная беременность часто сопровождали осложнениями, ранний токсикоз 32,6% случаях; гестоз различной степени тяжести 27%; угроза прерывания беременности у 18%; хроническая внутриутробная гипоксия имело место 8% случаях; инфекционные заболевание 20%. Роды были своевременными у 67,1%, преждевременными или запоздалыми у 33,0%. Среди осложнений наиболее часто встречались: преждевременное излития околоплодных вод 12%, безводных

промежуток от 6 до 12 часов был 11%. Аномалии родовой деятельности наблюдались у 4% женщины, что требовало проведение рода стимуляции у 2% матерей. При рождении 7% новорожденных имели оценку по шкале Апгару 7-8 баллов, 25%- 4-5 баллов, 5%- 3-4 баллов.

Изучения клинического течения показало, что у большинства детей (12) температура была нормальной на протяжении всего заболевания, у 4-х детей выявлена субфебрильная температура и лишь в 4-х случаях заболевание протекало на фоне высокой температуры - 39°C. У всех обследованных недоношенных детей с ВРВГН клинически была выявлена пневмония, протекавшая с синдромом дыхательных расстройств, цианозом (2), акроцианозом (6), а также отмечалось ослабление дыхания в легких, вздутие живота (13) с момента поступления или через 2-3 дня. Кишечный синдром развивался с начала заболевания или через 2-3 дня после поступления и был ведущим в течение всего острого периода. Диагноз пневмонии был подтвержден рентгенологически: у 14 детей при рентгенографии легких обнаружены очаговые тени, а у трёх детей даже сливного характера.

Выводы. Полученные нами данным свидетельствуют о том, что тяжесть состояния обследованных детей была обусловлена отягощенным материнским анамнезом, пре-морбидным фоном, искусственным вскармливанием и самим фактом недоношенности. Ребёнок с малой массой тела и с различными формами иммунодефицитных состояний имеет флору кишечника, которая становится патогенной, провоцирующей воспалительный процесс, как в кишечнике, так и в легких. Эффективность терапии зависит от индивидуального выбора её с учетом этиология заболевания, течения и фазы патологического процесса, возраста больного, степени внелегочных поражений организма.

Список литературы.

1. Бажанов Н.Н. Стоматология М. Медицина -1978 с 410-414.
2. Геппе Н.А. Респираторные инфекции, проблемы и перспективы.// VIII Съезд педиатров Узбекистана «Оказание медицинский помощи детям на этапах реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан», Ташкент 2019г.
3. Муртазаев С.М. «Состояние кишечного пищеварения и всасывания у детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба» // Сб. Материалы конференции. « Ibn Sino- Avicenna» №1 1-2. 2005, С.37 г. Ташкент.
4. XXV Национальный Конгресс по болезням органов дыхания, 13-16 октября 2015 года, г. Москва. Сб. трудов Конгресса под редакцией Акад. А.Г. Чугалина – г. Москва, 2015г. С. 10-15.