

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ**

***Турдиева Ш.Т., Юлдошова М.О.***

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
Ташкент, Узбекистан*

### **АКТУАЛЬНОСТЬ**

Кишечник колонизирован сложной и динамичной микробной экосистемой с высокой плотностью бактерий, количество клеток, которых может достигать в 10 раз больше, чем количество эукариотических клеток в организме человека (Koga Y., 2022). Поскольку при соматических заболеваниях у детей, в частности, при острой пневмонии на фоне терапевтических мероприятий отмечается нарушение микробиоценоза кишечника, в виде нарушения экосистемы кишечного тракта и иммунитета слизистой оболочки кишечника, проявляющиеся различными клиническими картинами заболевания, данную проблему можно считать одним из актуальных направлений в современной педиатрии.

### **ЦЕЛЬ**

Изучить диспепсические нарушения в кишечнике у детей при острой внебольничной пневмонии, до антибактериальной терапии.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Обследованы 50 детей от 1 года до 3 лет с диагнозом острая внебольничная пневмония. Все пациенты были разделены на 2 исследуемые группы: I группа, дети с внебольничной пневмонией не получавшие антибиотики до госпитализации (n=30); II группа, пациенты, получавшие антибактериальную терапию, (n=20). Собраны анамнестические данные, проведены стандартные клинико-лабораторные и инструментальные методы обследования, включая бактериологический анализ кала.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ**

При поступлении на стационарное лечение детей с острой внебольничной пневмонией проводили сбор анамнестических данных с взятием кала на бактериологическое исследование. При поступлении у пациентов из I группы отмечали диспепсические нарушения в виде: понос – 80% (24 из n=30), метеоризм – 40% (12 из n=30), рвота – 36,7% (11 из n=30), запор – 16,7% (5 из n=30). У пациентов из II группы из диспепсических нарушений отмечали: неустойчивость стула с преобладанием поноса – 65% (13 из n=20), метеоризм – 20% (4 из n=20), рвота – 15% (3 из n=20).



После назначения соответствующей терапии, включающее антибактериальную терапию, а также кишечных ферментов и пребиотики/пробиотики/синбиотики, диспепсические нарушения стали подаваться коррекции через 3-5 дней.

Одновременно отмечали улучшение общего состояния больных детей, в виде восстановления аппетита, периодичности стула, улучшения ночного сна и физической активности. Со слов матерей, периодичность стула стабилизировалась в виде перехода от диареи на регулярность.

Бактериологический анализ кала показал преобладание комбинации у пациентов из I-ой группы: *Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae* и *Klebsiella spp.* У пациентов из II-ой группы: *Enterobacter cloacae*, и *Klebsiella pneumoniae*. Полученные данные показали, что применяемые антибиотики в до стационарном периоде не всегда воздействуют на патогенную флору кишечника. При этом у пациентов из II-ой группы преобладали грамотрицательные бактерии (в основном *P. aeruginosa* и *Acinetobacter spp.*)

### **ВЫВОД**

У детей с острой пневмонией отмечаются усиление диспепсических нарушений до начала антибактериальной терапии, для эффективности антибактериальной терапии целесообразна комбинация с кишечными ферментами и пребиотиками (пробиотики/синбиотики).

### **БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ:**

1. Исмагулов, Ж., & Нурмухамедов, Х. (2021). Критерии безопасности переливания коллоидных растворов у детей при пневмониях. Перспективы развития медицины, 1(1), 101-102.
2. Ашурова, Г. З., Сатвалдиева, Э., Маматкулов, И., & Шакарова, М. У. (2022). Эффективность применения глутамин в составе парентерального питания при сепсисе у новорожденных детей. in Library, 22(1), 38-38.