

ISSN 2181-1008  
DOI 10.26739/2181-1008

# ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических  
исследований



Ежеквартальный  
научно-практический  
журнал

№3.2 (том II) 2021



ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал  
Издается с 2020 года  
Выходит 1 раз в квартал

### **Учредитель**

Самаркандский государственный  
медицинский институт

### **Главный редактор:**

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

### **Заместитель главного редактора:**

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

### **Редакционная коллегия:**

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф.;  
Л.М. Гарифулина к.м.н., доц.  
(ответственный секретарь);  
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц.;  
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;  
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;  
Б.М. Тожиев д.м.н., проф.;  
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

### **Редакционный Совет:**

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)  
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)  
М.К. Азизов (Самарканд)  
Н.Н. Володин (Москва)  
Х.М. Галимзянов (Астрахань)  
С.С. Давлатов (Самарканд)  
Т.А. Даминов (Ташкент)  
М.Д. Жураев (Самарканд)  
А.С. Калмыкова (Ставрополь)  
А.Т. Комилова (Ташкент)  
М.В. Лим (Самарканд)  
Э.И. Мусабаев (Ташкент)  
В.В. Никифоров (Москва)  
А.Н. Орипов (Ташкент)  
Н.О. Тураева (Самарканд)  
А. Фейзиоглу (Стамбул)  
Б.Т. Холматова (Ташкент)  
А.М. Шамсиев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.

Тел.: +998662333034, +998915497971

E-mail: [hepato\\_gastroenterology@mail.ru](mailto:hepato_gastroenterology@mail.ru).



**Хайитов Улугбек Хужакулович,**

ассистент кафедры детской хирургии № 2.

Самаркандский Государственный медицинский институт.

**Ахмедов Юсуфжон Махмудович,**

д.м.н. профессор, заведующий кафедрой детской хирургии № 2.

Самаркандский Государственный медицинский институт.

**Бегнаева Мухиба Усмановна,**

ассистент кафедры клинической фармакологии.

Самаркандский Государственный медицинский институт.

## КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЕПТИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

### АННОТАЦИЯ

В клинической практике при ведении больных с тяжелой пневмонией врачу для определения тактики лечения приходится решать трудные вопросы, связанные с первичным или вторичным (септическим) характером пневмонии. В связи с этим, определение четких диагностических критериев сепсиса, пневмонического сепсиса, септического шока у больных с тяжелой пневмонией приобретает важное значение, так как во многом определяет тактику ведения больного. Тяжелая пневмония характеризуется выраженной дыхательной недостаточностью и/или признаками тяжелого сепсиса или септического шока с прогнозируемым риском неблагоприятного исхода требующего проведения интенсивной терапии.

**Ключевые слова:** рентгенологическое исследование, клиническая картина, септическая пневмония, дети

**Hayitov Ulugbek Hujakulovich,**

Assistant at the Department of Pediatric Surgery No. 2.

Samarkand State Medical Institute.

**Ahmedov Yusufjon Mahmudovich,**

MD, Professor, Head of the Department of Pediatric Surgery No. 2.

Samarkand State Medical Institute.

**Begnaeva Muhiba Usmanovna,**

Assistant of the Department of Clinical Pharmacology.

Samarkand State Medical Institute.

## CLINICAL AND RADIOLOGICAL PICTURE OF SEPTIC PNEUMONIA IN CHILDREN

### ANNOTATION

In clinical practice, when managing patients with severe pneumonia, the doctor, when determining treatment tactics, has to solve difficult issues related to the primary or secondary (septic) nature of pneumonia. In this regard, the presence of clear diagnostic criteria for sepsis, pneumonic sepsis, and septic shock in patients with severe pneumonia is of great importance, since it largely determines the tactics of patient management. Severe respiratory failure and/or signs of severe sepsis or septic shock with a predicted risk of an adverse outcome requiring intensive therapy characterize severe pneumonia.

**Keywords:** X-ray examination, clinical picture, septic pneumonia, children

Септические пневмонии часто «немые», не диагностируются клиницистами, так как физикальные данные в лёгких, в отличие от банальной пневмонии, не очень яркие, слабо выраженные, что делает рентгенологический метод ведущим в их распознавании.

Клинические проявления сепсиса у детей не очень яркие и слабо выраженные, так как патогенез септических пневмоний сложен (входными воротами

инфекции может быть, как сосудистая сеть лёгких, так и бронхиальное дерево с преимущественно эндогенным инфицированием). Поэтому септические пневмонии часто «немые», не диагностируемые клинически, что делает рентгенологический метод ведущим в их диагностике [1,2,4].

В настоящее время классические представления о септицемии и септикопиемии, как неотъемлемых эквивалентах сепсиса, не отражают

всей полноты развития септического инфекционного процесса. Стойкая бактериемия является бесспорным, но не обязательным диагностическим признаком сепсиса.

Под сепсисом предлагается понимать наличие четко установленного инфекционного начала, послужившего причиной возникновения и прогрессирования синдрома системной воспалительной реакции (ССВР). Тяжелый сепсис характеризуется развитием одной из форм органосистемной недостаточности (острый респираторный дистресс-синдром, легочно-сердечная недостаточность, острая почечная недостаточность – ОПН, коагулопатия и др.) при наличии установленного инфекционного очага и двух или более признаков ССВР (2,7,8).

**Цель исследования.** Улучшить результаты диагностики и лечения септической пневмонии и их осложнений у детей.

**Материал и методы.** Объектом исследования явились 56 больных в возрасте от 1 месяца до 18 лет (2015-2020 г.г.), которые получили лечение в Самаркандском детском областном многопрофильном медицинском центре. Мы систематизировали клинико-рентгенологическую картину септической пневмонии. В основе развития сепсиса лежали послеоперационные гнойные осложнения (4%), гнойные процессы мягких тканей (16%), а также костей (82%). Всем больным детям проводилось рентгенологическое исследование лёгких в динамике.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Основные рентгенологические признаки в наших исследованиях явились - дискоидные ателектазы, высокое стояние купола диафрагмы, дилатация правых отделов сердца, усиление прикорневого рисунка. Чаще интерстициальные изменения (n=26) сопровождалось быстрым поражением лёгочной паренхимы. В ранние сроки при бурном течении сепсиса на рентгенограммах лёгких выявлялись отёчно-сливные, очаговые и инфильтративные изменения преимущественно в кортикальном отделе лёгкого. Очаги были негетерогенного характера размером от 0,5 до 1,0 см., а также на фоне выраженного усиления лёгочного рисунка. В 15 случаях очаги были крупно фокусные с нечёткими

очертаниями инфильтраты размером от 4 до 5 см. Наряду с этим встречались типичный симптом «снежных бурь», без «дорожки» к корню лёгкого. При прогрессировании процесса часто наблюдались (n=20) распад и абсцедирование этих инфильтратов.

У 4 больных отмечался лобит, которым в отличие от бронхогенного лобита остаётся умеренной с очаговыми изменениями в других отделах лёгкого. У 29 больных (57%) имелось метастазирование с гнойно-некротической и буллезной деструкцией лёгких. Этот вариант лёгочных поражений был характерным для стафилококкового сепсиса при остеомиелите.

На рентгенограммах в 2/3 случаев в лёгких выявлялись двусторонние асимметрично расположенные множественные (5 и более) тонкостенные абсцессы с уровнем жидкости в них в сочетании с воздушными кольцевидными тенями аналогичной величины с диаметром этих полостей до 4 см. Характерна динамика этой рентгенологической картины с возникновением новых фокусов инфильтрации, слиянием мелких полостей с формированием крупных полостей величиной 6 - 8 см. Одиночные абсцессы лёгких наблюдались у 4 больных. Буллезная деструкция лёгких определялась в виде округлых и овальных тонкостенных полостей на фоне неизменённого лёгочного рисунка.

При затяжном течении сепсиса у 4 больных возникли бронхопневмонии ателектатически-аспирационного генеза. У 6 больных развились плевральные осложнения - пиопневмоторакс, чаще двусторонний.

Таким образом, изменения в лёгких при сепсисе у детей многообразны и отражают глубокие нарушения сосудистых и бронхиальных структур с присоединением некрозов паренхимы и исходом в нагноение.

**Заключение.** 1. В половине случаев поражения лёгких у детей с сепсисом выявляются поздно, в стадии формирования гнойничков, эмпиемы плевры. 2. Распознавание клинико-рентгенологической стадии септического поражения лёгких, осложнений и распространенности процесса является важным для раннего патогенетически обоснованного лечения.

### Список литературы/References

1. Аверьянов А.В. Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии тяжелого течения // CONSILIUM MEDICUM. – 2008. – Экстра-выпуск. – С. 14-18.
2. Аристов А.И., Шестовицкий В.А., Топольская Н.В. Пневмонии: методические рекомендации для врачей. – Красноярск, 2009. – С. 40.
3. Белобородов Н.В., Попов Д.А. Тест на прокальцитонин, алгоритмы применения и новые возможности: пособие для врачей. – М., 2008. – С. 75.
4. Исаков Ю. Ф., И. В. Белобородова. Сепсис у детей Текст. / — М.: Издатель Мокеев. 2001. — 369 с.
5. Руднов В.А. Современные алгоритмы антибактериальной терапии сепсиса // РМЖ. – 2004. – 12, (24). – С. 3-7.
6. Синопальников А.И., Козлов Р.С. Внебольничные инфекции дыхательных путей. – М., 2007. – С. 352.
7. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Яковлев С.В. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. – М., 2006. – 75.
8. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Архипов В.В. и др. Пневмония // Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания. – М., 2004. – С. 302-324.
9. Шестовицкий В.А., Топольская Н.В., Черкашина И.И. и др. Острые и неотложные состояния в пульмонологии / под ред. Ю.И. Гринштейна. – Красноярск, 2006. – С. 88.
10. Houck P. M., Bratzler D.W., Nsa W., et al. Timing of antibiotic administration and outcomes for Medicare patients hospitalized with community-acquired pneumonia. – Arch. Intern. Med. – 2004. – Vol. 164. – P. 637-44.
11. Renaud B. et al. Outcomes of primary and catheter-related bacteremia. A cohort and case-control study in critically ill patients // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2001. – Vol. 163. – P. 1584-1590.

**Часть III**  
**ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ**

|  |    |
|--|----|
| <b>Толченникова Е.Н.</b><br>ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА И ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ЕГО КОРРЕКЦИИ ПРИ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ С ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ                    | 2  |
| <b>Турдиева Ш.Т., Насирова Г.Р.</b><br>ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТА МИНДАЛИН У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ  | 7  |
| <b>Тухтаева М.М., Сирожиддинова Х.Н., Олтибаев У.Г., Абдухалик-Заде Г.А., Набиева Ш.М., Усманова М.Ф.</b><br>ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ГИПОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ | 10 |
| <b>Умарова С.С., Мухаммадиева Л.А., Рузметова С.У., Кулдашев С.Ф.</b><br>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ  | 15 |
| <b>Уралов Ш.М., Рустамов М.Р., Халиков К.М.</b><br>ИЗУЧЕНИЕ ГЛЮКОНЕОГЕННОЙ И МОЧЕВИНООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ  | 18 |
| <b>Фейзуллаева Н.Н., Юлдашев Б.А., Муродова М.Д., Юлдашева Д.А.</b><br>СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ   | 21 |
| <b>Хайдарова С.Х., Жалилов А.Х., Шадиева Х.Н., Мамутова Э.С.</b><br>РОЛЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В РЕАЛИЗАЦИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ  | 27 |
| <b>Хайитов У.Х., Ахмедов Ю.М., Бегнаева М.У.</b><br>КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЕПТИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ   | 35 |
| <b>ХЧелпан Л.Л.</b><br>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ И ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ ДОНБАССКОГО РЕГИОНА                       | 37 |
| <b>Черезова И.Н., Габитова Н.Х., Осипова И.В.</b><br>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕПАТОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА   | 41 |
| <b>Шавази Н.М., Ибрагимова М.Ф., Лим М.В., Атаева М.С.</b><br>СТУПЕНЧАТАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ С АТИПИЧНОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ У ДЕТЕЙ   | 45 |
| <b>Шавази Н.М., Рустамов М. Р., Закирова Б. И Лим М.В., Атаева М.С., Мамаризаев И. К.</b><br>ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ТЕЧЕНИ.Е АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ   | 48 |
| <b>Шадиева Х.Н., Хайдарова С.Х., Мамутова Э.С.</b><br>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ОСЛОЖНЁННОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ И ТРОМБОМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА   | 51 |
| <b>Шавази Н.Н., Халилова Д.Р.</b><br>МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ  | 56 |