

© Гарлінська Ю.В.

УДК: 616.24-002-053.4

Гарлінська Ю.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова кафедра педіатрії № 1 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21000), Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня (Хмельницьке шосе, 108, Вінниця, Україна, 21029)

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЗАГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

**Резюме.** Під наглядом знаходились 40 хворих на позагоспітальну пневмонію, дітей віком від 1 місяця до 3 років. Оцінка ступеню тяжкості пневмонії проводилась за бальною шкалою, розробленою за матеріалами 12 з'їзду педіатрів України в 2010р.

**Ключові слова:** позагоспітальна пневмонія, діти раннього віку.

### Вступ

Пневмонія - гостре інфекційне запалення паренхіми легень, що діагностується на основі характерних клінічних та рентгенологічних ознак [Короиди і др., 2012].

На сьогоднішній день пневмонія є одним із найчастіших захворювань легень у дітей. Дана патологія в переважній більшості випадків потребує стаціонарного лікування, оскільки часто супроводжується виникненням ускладнень та затяжним перебігом [Абатуров і др., 2011].

Проблема пневмонії особливо актуальна в країнах з низьким соціально-економічним рівнем, де летальність від даної хвороби залишається високою. Так у дітей перших п'яти років летальність досягає майже 10%. Тому спеціалістами ЮНІСЕФ та ВООЗ пневмонія навіть об'явлена основною причиною смерті дітей до п'яти років та в зв'язку з цим запроваджений "Глобальний план дій по профілактиці пневмонії і боротьбі з нею (GAPP)" [Bulletin of the WHO, 2008].

В Україні захворюваність на дану патологію складає від 4 до 20 випадків на 1000 дітей у віці від 1 місяця до 15 років [Майданник та ін., 2009]. Летальність від пневмонії становить від 1,5 до 6 на 10000 дітей, а в структурі смертності дітей першого року життя захворювання органів дихання становлять 3-5% [Закиров, Сафіна, 2012].

Успіх лікування пневмонії напряму залежить від ранньої діагностики, своєчасного лікування та адекватного вибору стартової антибактеріальної терапії.

До 2010р., коли за матеріалами 12 з'їзду педіатрів України в м. Києві була розроблена шкала оцінки тяжкості пневмонії, ступінь тяжкості визначали традиційно. Важкість пневмонії була обумовлена наявністю серцево-легеневої недостатності, проявами токсикозу в цілому та появою ускладнень [Баранов і др., 2007].

Проте, клінічні симптоми захворювання - лихоманка, задишка, кашель не є специфічними, оскільки спостерігаються при ГРВІ, бронхітах.

Аускультативні дані - вкорочення перкуторного звуку, наявність вологих дрібнопухирцевих хрипів - виникають лише в 50-70% хворих.

Основною діагностичною ознакою пневмонії вважається рентгенологічне підтвердження наявності інфільтрату в легенях. Але чутливість рентгенографічного метода, за даними різних авторів, коливається від

60% до 87%). Рентген-негативні пневмонії на ранній стадії розвитку складають до 20% [Rigsby et al., 2004].

Розроблена бальна шкала оцінки ступеню тяжкості пневмонії дозволяє більш об'єктивно оцінити стан хворого, а також визначити необхідність стаціонарного лікування пацієнту.

При огляді та обстеженні хворої на позагоспітальну пневмонію дитини аналізуються наступні показники. Враховується гіпертермія вище 39°C або температура тіла нижче 36°C, наявність задишки, тахікардії, порушення свідомості. Серед лабораторних критеріїв визначають лейкоцитоз, рН крові (<7,35), залишковий азот сечовини (<11 ммоль/л), гематокрит (<30%), а також визначають сатурацію кисню в крові (SaO<sub>2</sub><90%).

Крім того, кількість балів залежить від віку хворого (менше 6 міс, 6 міс-3р., старше 3 років), враховується наявність супутньої патології а також ускладнень (з боку легень, серцево-судинної системи, нервової системи).

Сумарна бальна оцінка вищеперерахованих клінічних та лабораторних параметрів дає можливість досить точно спрогнозувати ризик летальності хворої дитини [Майданник, 2009]. В залежності від меншої або більшої вірогідності летальності у хворого з пневмонією, виділені 5 класів ризику. Хворі, що відносяться до 1 і 2 класу, характеризуються низьким ризиком летальності і тому можуть лікуватися амбулаторно. Хворі, що відносяться до 3 класу ризику, потребують нетривалого стаціонарного лікування. Ті ж, у кого сумарна бальна оцінка складає 4 і 5 класи, безумовно потребують госпіталізації, а за показами і в реанімаційне відділення.

Метою нашого дослідження була оцінка ступеню тяжкості пневмонії за бальною шкалою та встановлення клінічних особливостей перебігу позагоспітальної пневмонії у дітей раннього віку.

### Матеріали та методи

Дослідження проводилось на базі відділення для дітей раннього віку Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. Під наглядом знаходились 40 дітей, хворих на позагоспітальну пневмонію, віком від 1 місяця до 3 років.

Всім дітям проводилось обстеження згідно наказу МОЗ України №18 від 13.01.2005р. "Протокол лікування дітей з пневмоніями".

## Результати. Обговорення

Отримані нами клінічні дані свідчать, що серед обстежених та пролікованих хворих переважали було хлопчики - 73% (29 дітей). Відповідно 27% (11 дітей) становили дівчатка. З усієї кількості переважали діти віком до 1 року - 60%, причому 40% серед них склали діти до 6 місяців. Відповідно 40% становили діти становили діти у віці від 1 до 3 років.

В дослідженні переважали хворі діти з пневмонією III ступеня важкості - 27 (67,5%), тоді як пневмонію IV ступеня тяжкості діагностовано у 32,5% (13) пацієнтів.

Супутні захворювання виявлені у 65% дітей. За бальною шкалою оцінюють наявність гіпотрофії та вродженої вади серця. В нашому дослідженні кількість хворих з даними хворобами склала відповідно 8% та 4%. Серед іншої супутньої патології, яка не оцінювалась за бальною шкалою, проте переважала у даної категорії хворих, 35% становив дисбіоз кишечника, 30% - патологія нервової системи, 23% - атонічний дерматит, по 11,5% патологія очей, дисплазія кульшових суглобів та рахіт та по 8% - внутрішньоутробна інфекція і бронхіальна астма.

Серед об'єктивних ознак в 100% випадків відмічалась задишка, причому ДН1ст. у 40% хворих, ДН2ст. - відповідно у 60%). Такікардія визначена у 62,5% дітей. Температура тіла була підвищена у 27 з 40 госпіталізованих дітей. Серед них субфебрильна температура відмічена в 52% випадків, хоча за бальною шкалою даний показник не враховується. У 48% хворих температура досягала фебрильних цифр. Порушення свідомості спостерігалось у 1 хворої дитини, що становить 2,5%.

Наступною групою параметрів, що були оцінені згідно бальної шкали, є лабораторні та інструментальні показники. За даними нашого обстеження лейкоцитоз визначався у 67,5% хворих, лейкопенія - у 2,5%. Гематокрит <30% встановлений в 22,5% випадках. Сатурація кисню в крові <90% визначена у 17,5% дітей.

Ускладнений перебіг пневмонії відмічався у 19 (47,5%) хворих дітей. Серед ускладнень найчастіше виникали кардіоваскулярні порушення - 10 (53%) ви-

падків, токсична енцефалопатія була діагностована у 3 (15%) дітей. Ускладнення з боку легень (фібринотоксикоз, субателектаз, ексудативний плеврит) спостерігались у 6 (32%) хворих.

Серед всіх пролікованих хворих 11 (27,5%) були недоношені діти. В цій категорії дітей частіше діагностовано пневмонію IV ступеня тяжкості - у 7 з 11, що становить 64%.

Цікавим є той факт, що 10 (25%) дітей відносились до категорії "соціально-неблагополучні родини", серед них 7 дітей (70%) мали пневмонію IV ступеня тяжкості.

Слід зазначити, що клінічні прояви захворювання не завжди відповідали лабораторній картині. Так, у 17,5% хворих на фоні нормальної або субфебрильної температури тіла відмічався лейкоцитоз. При чому переважно це були діти віком до 6 місяців (85%). Крім того, в цій віковій категорії пневмонія IV ступеня тяжкості була зумовлена переважно наявністю супутньої патології та ускладнень у вигляді серцево-судинних порушень, що зумовлювало ряд клінічних та лабораторних проявів.

## Висновки та перспективи подальших розробок

1. За даними нашого дослідження, позагоспітальна пневмонія переважала серед хлопчиків (73%), у віковій категорії до 1 року життя (60%).

2. Пневмонію III ступеня важкості діагностовано в 67,5%, в 32,5% випадків встановлена пневмонія IV ступеня тяжкості.

3. Супутні захворювання виявлені у 65% дітей. Серед усієї патології захворювання, що оцінювались за бальною шкалою, склали: 8% - гіпотрофія та 4% - вроджена вада серця.

4. Найчастіший прояв позагоспітальної пневмонії - задишка, ДН1ст. відмічалась у 40% хворих, ДН2ст. відповідно у 60%.

За даними лабораторного обстеження лейкоцитоз визначався у 67,5% хворих. У одної дитини (2,5%) відмічена лейкопенія.

6. Серед ускладнень найчастіше виникали кардіоваскулярні порушення - 53% випадків.

## Список літератури

- Абатуров А.Е. Стартовая антибактериальная терапия внебольничных форм пневмонии у детей / А.Е. Абатуров, Е.А. Агафонова, О.М. Герасименко // Новости медицины и фармации. - 2011. - № 16 - с. 37.
- Баранов А. А. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний / А. А. Баранов, Н.Н. Володин, Г.А. Самсыгина. - 2007 - Т.1 - С. 452-455.
- Закиров И.И. Критерии диагностики и лечения негоспитальной пневмонии у детей / И.И. Закиров, А.И. Сафина // Педиатрия. - 2012. - № 62. - С. 32-37.
- Короид Н.В. Внебольничные пневмонии у детей: диагностика и лечение / Н.В. Короид, А.Л. Заплатников, Г.А. Мингалимова // Трудный пациент. - 2012. - № 8-9. - С. 20-25.
- Майданник В.Г. Внебольничная пневмония у детей: какой должна быть тактика врача? // Здоров'я України. - 2009. - №.12. - С. 19-20.
- Майданник В.Г. Пневмонії у дітей: клінічні варіанти перебігу, діагностика та лікування / В.Г. Майданник, О.І. Сміян, Т.П. Бинда. - 2009 - С. 8-9.
- Bulletin of the World Health Organization. - 2008. - Vol. 86. - P. 408-416.
- Rigsby C, Strife J., Johnson N., Atherton H. Is the frontal radiograph alone sufficient to evaluate for pneumonia in children? / *Pediatr Radiol.* - 2004. - Vol. 22. - P. 45-47.

Гарлинская Ю.В.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Резюме.** Под наблюдением находились 40 больных внебольничной пневмонией детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет. Оценка степени тяжести пневмонии проводилась по бальной шкале, разработанной по материалам 12 съезда педиатров

України в 2010р.

**Ключевые слова:** внебольничная пневмония, дети раннего возраста.

**Garlinska Y. V.**

### CLINICAL FEATURES OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN YOUNG CHILDREN

**Summary.** Under supervision there were 40 children with community-acquired pneumonia, aged 1 month to 3 years. Assessment of the severity of pneumonia was performed by point scale developed by the materials of the 12th Congress of Pediatricians of Ukraine in 2010.

**Key words:** community-acquired pneumonia, children of early age.

Стаття надійшла до редакції 19.11.2013р.

Гарлінська Ю.В. - Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова кафедра педіатрії № 1, Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня.

---

© Гребенюк Д.І.

УДК: 616.34-005.1

**Гребенюк Д.І.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії № 1 з курсом ендоскопічної та лазерної хірургії (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

## ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ КРОВОТЕЧІ ВИРАЗКОВОГО ҐЕНЕЗУ

---

**Резюме.** Прогнозування рецидиву кровотечі є важливим фактором для обрання правильної лікувальної тактики, а отже, і для перебігу захворювання загалом.

**Ключові слова:** виразка шлунку, виразка дванадцятипалої кишки, гастродуоденальна кровотеча, рецидив кровотечі.

---

### Вступ

Кровотеча являється найбільш важким ускладненням виразки шлунку та дванадцятипалої кишки. Причиною даного ускладнення є ерозія судини (вени або артерії) у виразковому кратері агресивним шлунковим або дуоденальним вмістом.

Пацієнти з даною патологією складають 18-23% серед хворими з усіма формами "гострого живота" і займають третє місце в їх структурі. У структурі кровотеч із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, кровотечі виразкового ґенезу складають 46-61%. Крім того, виразкові кровотечі складають 18-23% серед усієї ургентної патології органів черевної порожнини [Багненко і др., 2006].

Розвиток рецидиву виразкової кровотечі є найбільш драматичним моментом, що значно звужує можливості вибору лікувальної тактики. У разі відсутності ендоскопічних методів контролю та гемостазу перевага завжди надається хірургічному втручання, що спирається на неможливість прогнозування подальшого перебігу захворювання та обмежені можливості консервативної терапії. Ризик розвитку рецидиву кровотечі присутній завжди, не залежно від обраної лікувальної тактики [Голуб і др., 2006].

Говорячи про рецидив кровотечі, мають на увазі повторну кровотечу, після спонтанної зупинки, ендоскопічного гемостазу або хірургічного втручання протягом однієї госпіталізації. З метою прогнозування рецидиву кровотечі нами було ретельно проаналізовано значимість різних факторів в ґенезі рецидиву кровотечі. При аналізі були врахованими наступні фактори: стать і вік хворого, тяжкість крововтрати, ступінь

активності кровотечі за Forrest, локалізація, розмір виразкового дефекту, а також вибір лікарської тактики, в тому числі і антисекреторної терапії [James et al., 2005; Chiu et al., 2006].

Прогнозування рецидиву кровотечі є важливим фактором для обрання правильної лікувальної тактики, а отже, і для перебігу захворювання загалом.

Метою нашого дослідження було встановити фактори ризику розвитку рецидиву гастродуоденальної кровотечі виразкового ґенезу у обстежуваному контингенті.

### Матеріали та методи

В основу роботи покладено проспективне дослідження, яке включало 204 пацієнти, що страждали на гастродуоденальні кровотечі виразкової етіології. Вказаний контингент пацієнтів проходив лікування у клініці кафедри хірургії №1 з курсом ендоскопічної та лазерної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова на базі хірургічного відділення, центру кровотеч та реанімаційного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова в період з 1 січня 2011 року до 30 червня 2012 року.

Серед обстежених пацієнтів особи чоловічої статі склали 136 (66,7%), жіночої - 68 (33,3%). Середній вік обстежуваного контингенту складав 56,6±17 років. Середній вік для чоловіків складав 53,9±17,6, для жінок - 61,9±14,1.

Більшість виразкових дефектів була локалізована в дванадцятипалій кишці - 127 (62,3%). Локалізація в шлунку була суттєво рідшою - 68 (33,3%). Гастроєю-