

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕГОСПІТАЛЬНО ПНЕВМОНІ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕГОСПІТАЛЬНО ПНЕВМОНІ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ – Досліджено клінічні особливості негоспітальних пневмоній (НП) у дітей раннього віку, жителів міста Суми. Хворі переважно перебували на штучному вигодовуванні з перших днів життя. Захворюваність зростала у зимовий період. За допомогою у медичні заклади батьки цих дітей звертались у середньому на 3-5 добу з моменту маніфестації захворювання. За об'ємом ураження привалювало одностороннє, частіше нижньочасткове ураження легень. Урахування клініцистами наведених даних може сприяти своєчасній діагностиці, запобіганню негативних наслідків та зниженню дитячої смертності від негоспітальних пневмоній.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ – Исследованы клинические особенности внегоспитальных пневмоний (ВП) у детей раннего возраста, жителей города Сумы. Больные преимущественно находились на искусственном вскармливании с первых дней жизни. Заболеваемость возростала в зимний период. За помощью в медицинские учреждения родители данных детей обращались в среднем на 3-5 сутки с момента манифестации заболевания. По объему поражения превалировало одностороннее, чаще нижнедолевое поражение легких. Учет клиницистами приведенных данных может способствовать своевременной диагностике, предотвращению негативных последствий и снижению детской смертности от внегоспитальных пневмоний.

THE CLINICAL FEATURES OF UNHOSPITAL PNEUMONIA IN CHILDREN OF EARLY AGE AT PRESENT STAGE NOWADAYS – The clinical features of unhospital pneumonia (UP) in young children living in Sumy region are investigated in the article. The patients were mainly artificially fed from the first days of life. Disease incidence of the illness increased in the winter. The parents of those ill children advised the doctors in 3-5 days after the illness had manifested itself. By the volume, unilateral lesion and lower proportion of lung lesion prevailed. Taking into consideration by clinicians the above facts may promote in-time diagnosis, prevention of adverse effects and reducing child mortality from unhospital pneumonia.

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

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

**Key words:** children of early ages, unhospital pneumonia.

**ВСТУП** Патологія органів дихання продовжує займати провідне місце у структурі захворюваності дорослого і дитячого населення. Найбільш серйозним захворюванням респіраторно системи є негоспітальна пневмонія у дітей раннього віку, одна із найактуальніших проблем педіатрії з огляду на значну поширеність та тяжкість перебігу захворювання.

Варто відмітити, що і на сьогодні летальність від пневмонії продовжує залишатися на доволі високому рівні. Дитяча смертність від цієї патології займає третє місце в Україні та Росії. За даними UNICEF (2006), від пневмонії щороку помирає 2 млн дітей у віці до 5 років. Серед причин смерті дітей раннього віку, котрі померли вдома, хвороби органів дихання займають

четверте місце після травм, синдрому раптової смерті новонароджених та вроджених аномалій розвитку.

Клінічні прояви пневмонії значно варіюють залежно від віку дитини, виду збудника та стану імунної системи хворого. Тому дуже важливим є питання вивчення клінічних особливостей негоспітальних пневмоній та чинників ризику х несприятливого перебігу у дітей раннього віку, своєчасна та правильна постановка діагнозу, адекватне призначення лікування, що зменшить кількість ускладнень та смертність від даної патології.

Метою нашої роботи стало вивчення особливостей клінічного перебігу НП на догоспітальному етапі у дітей від одного місяця до трьох років життя.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Для з'ясування поставлених завдань було проведено детальний збір анамнезу та об'єктивні дослідження 138 дітей, віком від 1-го місяця до 3-х років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні №1 та відділенні анестезіології та інтенсивно терапії (АІТ) Комунально установи "Сумська міська дитяча клінічна лікарня" (КУ "СМДКЛ") з приводу негоспітальної пневмонії.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою стандартно статистично комп'ютерно системи "Microsoft Excel", адаптовано для медико-біологічних досліджень шляхом обчислення середнього арифметичного значення та його похибки ( $M \pm m$ ), критерію Стюдента ( $t$ ), рівня значимості ( $p$ ). При  $t = 1,96$ ,  $p < 0,05$  – різницю між показниками вважали значущою.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** У результаті проведених досліджень було встановлено, що 104 (75,4 $\pm$ 3,68)% із обстежених дітей проживали у місті та 34 (24,6 $\pm$ 3,68)% були мешканцями сіл. Хлопчиків було 83 (60,1 $\pm$ 4,18)%, що достовірно більше, ніж дівчаток – 55 (39,9 $\pm$ 4,18)% ( $p < 0,001$ ). Середній вік пацієнтів складав (15,7 $\pm$ 0,95) місяців.

Було також встановлено, що захворюваність дітей раннього віку на НП достовірно збільшувалась у зимовий період порівняно з іншими порами року (46,4 $\pm$ 4,26)%,  $p < 0,001$ ).

При аналізі преморбідного фону було встановлено, що у (26,8 $\pm$ 3,78)% матерів вагітність перебігала на тлі загрози переривання, у (13,0 $\pm$ 2,88)% – дефіцитно анемія, у (20,3 $\pm$ 3,44)% – вона ускладнилась токсікозом 1-ї половини, у (10,1 $\pm$ 2,58)% – токсікозом 2-ї половини вагітності. (17,4 $\pm$ 3,24)% жінок народили шляхом кесаревого розтину. У (49,3 $\pm$ 4,27)% матерів вагітність перебігала без ускладнень.

Серед усіх спостережуваних 16 (11,6 $\pm$ 2,74)% дітей народились недоношеними, (10,1 $\pm$ 2,58)% дітей – в асфіксії. Середня маса тіла хворих на пневмонію дітей при народженні складала (3316,94 $\pm$ 44,823) г.

При аналізі вигодовування даних дітей у перші 6 місяців життя встановили, що серед всіх вікових груп,

які захворіли на НП, майже 3/4 (73,2±3,78)% знаходились на штучному вигодовуванні. До того ж, (29,0±3,88)% хворих отримували суміші з народження.

Лікарями швидко допомоги, дільничними педіатрами, сімейними лікарями з попереднім діагнозом негоспітально пневмонії до стаціонару було направлено (45,7±4,26)% дітей, з діагнозом бронхіту – (32,6±4,01)% хворих, з діагнозом ГРЗ/ГРВІ – (21,7±3,52)% дітей.

Найчастіше у дітей з НП зустрічалась дефіцитна анемія, гіперплазія тимуса та серцева патологія.

У початковому періоді хвороби (перші 1-2 дні) до стаціонару госпіталізували 20 (14,5±3,01)% хворих дітей раннього віку, у розпал захворювання – на 3-5 добу прийнято більшість – 74 ((53,6±4,26)%,  $p < 0,001$ ) дитини, на 6-9 день від появи перших симптомів хвороби – 20 пацієнтів (14,5±3,01)%, 13 (9,4±2,50)% дітей були госпіталізовані на 10-14 добу та 11 (8,0±2,31)% після 14 дня хвороби. Причиною пізнього звернення до медичних закладів було самостійне лікування або лікуванням з приводу ГРВІ в амбулаторних умовах.

При аналізі чинників, які призвели до розвитку пневмонії, було встановлено, що матері 43 дітей (31,2±3,96)% відмічали те, що захворюванню передувало переохолодження, а у 55 дітей (39,9±4,18)% пневмонія з'явилась на тлі гостро респіраторно вірусно інфекції. В інших пацієнтів не вдалося ідентифікувати причину захворювання.

У 83 хворих (60,1±4,18)% відмічали в анамнезі пасивне куріння, причому у (44,6±5,49)% дітей курили обоє батьків, у (33,7±5,22)% – тільки батько, а у (10,8±3,43)% – тільки мати.

При детальному аналізі анамнезу життя дітей раннього віку було встановлено, що майже третина пацієнтів (29,7±3,9)% до сьогодні вже хворіли на НП (18 (13,0±2,88)% дітей) або бронхіт (23 дитини (16,7±3,18)%). В той же час, 6 пацієнтів (4,35±1,74)% захворіли на пневмонію втретє. У 40 (29,0±3,88)% з обстежених дітей в анамнезі були ГРЗ/ГРВІ, причому повторні випадки захворювань зустрічались у 34 (24,6±3,68)% із них.

Діагноз негоспітально пневмонії було верифіковано на підставі аналізу анамнезу захворювання, скарг, даних об'єктивного обстеження. Основними критеріями були: гострий початок захворювання з лихоманкою, кашель, скорочення перкуторного звуку і поява аускультативних ознак над ураженою ділянкою легень – послабленого дихання, дрібноміхурцевих хрипів, крепітації.

З лабораторних даних враховували наявність лейкоцитозу або (рідше) лейкопенії з нейтрофільним зрушенням, прискорення ШОЕ, а при рентгенологічному дослідженні – інфільтрат у легенях, що раніше не визначався.

При госпіталізації загальний стан 118 (85,5±3,01)% дітей був середньотяжким та тяжким й не потребував реанімаційних заходів і вони були направлені до інфекційного відділення №1. З іншого боку, (69,0±8,74)% пацієнтів раннього віку в зв'язку з розвитком ускладнень НП були госпіталізовані до відділення АІТ.

При ускладнених формах негоспітальних пневмоній найчастіше зустрічалися наступні клінічні синдроми: гостро дихально недостатності – у 29

(21,0±3,48)% дітей, інтестинальний – у 20 (14,5±3,01)% пацієнтів, серцево-судинний у 11 (7,97±2,31)% хворих та нейротоксичний – у 10 (7,25±2,21)% дітей. Причому на висоті захворювання у більшості дітей спостерігались прояви 2-3 синдромів одночасно.

Клінічна картина негоспітально пневмонії у дітей раннього віку при госпіталізації характеризувалась наступними симптомами: гіпертермія – (68,8±3,96)%, нежить – (62,3±4,14)%, вологий кашель, який зустрічався частіше, ніж сухий ((65,9±4,05)% та (29,0±3,88)%,  $p < 0,001$ ), а у (9,42±2,5)% дітей – блювання, задишка (27,5±3,82)%, в'ялість, слабкість (20,3 ±3,44)%, зниження апетиту (17,4±3,24)% та ціаноз (14,5±3,01)%.

При огляді звертала на себе увагу блідість шкірних покривів – у (85,5±3,01)% дітей, персорбітальні тіні – у 1/3 хворих. У 45 дітей (32,6±4,01)% відмічався нормальний колір слизових оболонок, у 93 хворих (67,4±4,01)% – помірна х гіперемія.

При об'єктивному дослідженні над легенями відмічали локальні фізикальні зміни: ділянки скорочення легеневого звуку чергувалися з ділянками коробкоподібного відтінку звуку, у тому числі в 83 дітей (60,1±4,18)% визначалося скорочення перкуторного звуку під кутом (кутами) лопатки, у 12 дітей (8,7±2,41)% скорочення перкуторного звуку виявлено в аксиллярній ділянці, у інших дітей не було виявлено при перкусії жодних патологічних змін. Аускультативно в легенях у всіх дітей вислуховували жорстке дихання над усією поверхнею легень, при цьому ослаблене під кутом (кутами) лопатки, або в аксиллярній ділянці у 72 дітей (52,2±4,27)%, дихання з бронхіальним відтінком в місці скорочення перкуторного звуку у 4 дітей (2,9±1,43)%. Аускультативно локально визначались вологі дрібнопухирчасті хрипи та крепітація у 24 дітей (17,4±3,24)%; у 63 хворих (45,7±4,26)% визначали локальне поєднання вологих дрібнопухирчастих хрипів та сухих розсіяних хрипів з обох сторін. У майже третини хворих дітей були відсутні типові фізикальні ознаки пневмонії.

З боку серцево-судинної системи виявлено наступні зміни: прискорення серцевих тонів в середньому на 15-20 за одну хвилину на тлі підвищеної температури тіла виявлено у 83 дітей (60,1±4,18)%, функціональний систолічний шум у ІV - V міжребер'ї біля лівого краю груднини – у 8 дітей (5,8±2,00)%.

З боку шлунково-кишкового тракту отримано наступні дані: у 16 дітей (11,6±2,74)% було виявлено диспепсичний синдром у вигляді частих зригувань, здуття живота, метеоризму, рідкого випорожнення; у 4 дітей (2,9±1,43)% був наявний больовий синдром.

У загальному аналізі крові в більшості випадків відмічали лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво за рахунок паличкоядерних нейтрофілів, прискорення ШОЕ. У 27,7% дітей дані клінічного аналізу крові відповідали віковій нормі даних дітей.

При рентгенологічному обстеженні у дітей, хворих на негоспітальну пневмонію, вогнищеві ураження легень відмічали у 23 (16,7±3,18)% дітей, вогнищезливні – у 106 (76,8±3,61)% ( $p < 0,001$ ), сегментарні та полісегментарні – у 7 (5,07±1,87)%, інтерстиціальні – у 2 (1,45±1,02)%. Значну кількість вогнищезливних форм можна пояснити незавершеним розвитком та диференціацією легеневої тканини у дітей до 3-х років.

Патологічний процес у дітей всіх вікових груп достовірно частіше ( $p < 0,001$ ) локалізувався у правій легені – у 84 ( $60,9 \pm 4,17$ )% хворих, ніж у лівій – у 42 ( $30,4 \pm 3,93$ )% дитини. Двобічні ураження легень зустрічались у 12 ( $8,7 \pm 2,41$ )% дітей, що достовірно менше, ніж у лівій та правій легенях ( $p < 0,001$ ). Нижня частка легень, незалежно від віку дітей уражалась частіше ( $68,0 \pm 3,82$ )%, ніж верхня ( $22,7 \pm 3,48$ )% та середня ( $9,33 \pm 2,38$ )% ( $p < 0,001$ ).

Стационарне лікування дітей з НП проводили із урахуванням тяжкості стану і наявності ускладнень згідно з рекомендаціями протокольного лікування негоспітальних пневмоній, затвердженого МОЗ України № 18 від 13.01.2005 р.

Базисним лікуванням усіх хворих була антибактеріальна терапія. Найчастіше застосовували антибіотики цефалоспоринового ряду (цефазолін, цефотаксим, цефтріаксон, цефодокс, цефутил, цефікс), а також напівсинтетичні пеніциліни (ампіокс, ампіцилін, амоксицилін, аугментин, амоксиклав), макроліди (сумамед, макропен, рулід), лінкосаміди (лінкоміцин).

У зв'язку з посиленням слизоутворенням у бронхах і розвитком обструкції дихальних шляхів та появою кашлю при ураженні дихальних шляхів, всім хворим призначали санаційну терапію, яка включала муколітичні, відхаркувальні, бронхолітичні засоби.

При тяжких та ускладнених формах НП тривалість лікування у відділенні АІТ складала у дітей першого року життя ( $5,2 \pm 0,15$ ) днів ( $p < 0,001$ ), що достовірно вище за аналогічний показник у дітей від 1 до 2 років ( $2,3 \pm 0,48$ ) дні та в дітей у віці від 2 до 3 років – ( $1,6 \pm 0,11$ ) дні.

Середній ліжко-день у стаціонарі не залежав від віку хворих та дорівнював ( $12,7 \pm 0,38$ ) днів.

**ВИСНОВКИ** 1. Чинниками ризику розвитку пневмоній у дітей раннього віку є вказівки в анамнезі на патологічний перебіг вагітності у матерів, пасивне куріння, штучне вигодовування, переважно з перших днів після народження, наявність фоново патології, особливо, дефіцитно анемії, пізні звернення за медичною допомогою у лікувальні установи.

2. Клінічна картина негоспітально пневмонії у дітей раннього віку при госпіталізації стаціонару характеризувалась гіпертермією, вологим чи сухим кашлем, нежитем, задишкою, в'ялістю та слабкістю, зниженням апетиту. При об'єктивному обстеженні спостерігалась блідість шкірних покривів, акроціаноз. Перкуторно ділянки скорочення легеневого звуку чергувалися з ділянками коробкового відтінку звуку. Аускультативно у всіх дітей вислуховували жорстке дихання над усією поверхнею легень, послаблене під

кутом лопатки, або в аксиллярній ділянці, рідше дихання з бронхіальним відтінком у місці скорочення перкуторного звуку. Крім того, локально визначали вологі дрібнопухирчасті хрипи та крепітацію чи локальне поєднання вологих дрібнопухирчастих хрипів із сухими розсіяними хрипами з обох боків. У третини дітей були відсутні типові аускультативні та перкуторні ознаки пневмонії. Патологічний процес у дітей всіх вікових груп достовірно частіше локалізувався у нижній частці право легені.

3. У загальному аналізі крові в більшості випадків відмічали лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарно формули вліво, прискорення ШОЕ. Майже у 30 % хворих дані клінічного аналізу крові відповідали віковій нормі даних дітей. При рентгенологічному обстеженні хворих найчастіше відмічались вогнищево-зливні ураження легень ( $76,8 \pm 3,61$ )%.

4. Антибактеріальна терапія негоспітальних пневмоній включала призначення переважно препаратів цефалоспоринового ряду II та III поколінь.

5. Урахування клініцистами наведених даних може сприяти своєчасній діагностиці, запобіганню негативних наслідків та зниженню дитячої смертності від негоспітальних пневмоній.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Георгиянц М.А., Корсунов В.А., Пороша Н.С. Проблемы диагностики, лечебной тактики и рациональной антибиотикотерапии внебольничных пневмоний тяжелой степени у детей // Клиническая антибиотикотерапия. – 2005. – № 6 (38). – С. 5-8.
2. Заплатников А.Л., Иванов В.А., Леписева И.В. Внебольничные пневмонии в амбулаторной практике врача-педиатра // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т.13, № 17. – С. 1179-1187.
3. Каганов С.Ю. Современные проблемы пульмонологии детского возраста // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2003. – №3. – С. 9-16.
4. Никитина Н.А., Бабий И.Л. Актуальные вопросы заболеваний органов дыхания у детей и тактика антибактериальной терапии // Современная педиатрия. – 2005. – № 4 (9). – С. 51-53.
5. Новиков Ю.К. Этиология, степень тяжести и лечение внебольничной пневмонии // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т.14, №7. – С. 537-543.
6. Пневмония у детей Педиатрия / Под ред. А.А. Баранова. – Москва: Издательская группа "ГОТАР - Медиа", 2005. – 25 с.
7. Самсыгина Г.А., Дудина Т.А., Таталаев А.Г., Корнюшин М.А. Тяжелые внебольничные пневмонии у детей // Педиатрия. – 2005. – №4. – С. 87-94.
8. Prober C.G. Pneumonia. In: Textbook of Pediatrics. Behrman R.E., Kliegman R.M., Jenson H.B., eds. W.B. Saunders Company, Philadelphia – Tokyo, 2000. – P. 761-764; 992-993.

Отримано 01.06.10