

## ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

УДК 616.2-036-06-07-053.4  
DOI 10.11603/1681-276X.2016.1.6091

©К. Д. Дука, Н. В. Мишина, А. О. Єфанова, Н. Л. Пінаєва  
ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”

### ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ НА ФОНІ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ ТА УМОВИ ЇХ РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ НА ФОНІ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ ТА УМОВИ ЇХ РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ – На данному етапі захворювання органів дихання є провідною патологією у структурі захворюваності дітей. Клініка різних захворювань органів дихання має схожі риси. Саме тому необхідно враховувати дані анамнезу і наявність коморбідних станів у дітей, від яких в цілому залежить тяжкість та перебіг окремого захворювання. У структурі коморбідних станів слід звертати увагу на недоношеність, штучну вентиляцію легень в анамнезі, наявність перенатального ураження ЦНС та інше. Комплексний підхід до клінічного обстеження таких дітей має поліпшити ефективність терапевтичної тактики.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ И УСЛОВИЯ ИХ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ – На данном этапе заболевание органов дыхания является ведущей патологией в структуре заболеваемости детей. Клиника различных заболеваний органов дыхания имеет схожие черты. Именно поэтому необходимо учитывать данные анамнеза и наличие коморбидных состояний у детей, от которых в целом зависит тяжесть и течение отдельного заболевания. В структуре коморбидных состояний следует обращать внимание на недоношенность, искусственную вентиляцию легких в анамнезе, наличие перенатального поражения ЦНС и др. Комплексный подход к клиническому обследованию таких детей должен улучшить эффективность терапевтической тактики.

PECULIARITIES OF RESPIRATORY DISEASES YOUNG CHILDREN AGAINST THE BACKGROUND OF COMORBID CONDITIONS AND THEIR EARLY DIAGNOSIS – Respiratory diseases are still the actual medical and social problem, which is associated to their high frequency, severity of diagnosis and the risk of developing chronic respiratory disease which leads to disability. Thus, the complex of anamnestic data is considered for qualitative diagnosis of respiratory children's diseases with comorbid conditions, namely: the existence of prematurity, perinatal CNS lesions, staying in intensive care and neonatal intensive care, allergist heredity, mostly maternal, objective clinical and paraclinical data. The important criterion severity of pneumonia should also be considered the artificial feeding, especially from birth.

**Ключові слова:** діти, органи дихання, коморбідні стани.

**Ключевые слова:** дети, органы дыхания, коморбидные состояния.

**Key words:** children, respiratory system, comorbid conditions.

**ВСТУП** Захворювання органів дихання у дітей залишаються актуальною медико-соціальною проблемою, що пов'язано з їх високою частотою, тяжкістю діагностики та ризиком формування хронічної респіраторної патології, а це нерідко призводить до інвалідизації [1].

З того часу, як в Україні стали виходжувати немовлят з низькою та надто низькою масою при народженні, все частіше зустрічаються випадки складної діагностики та тяжкого перебігу захворювань органів дихання в дітей у ранньому віці. Однією із причин такої складності слід вва-

жати глибоку незрілість як самих анатомічних та морфологічних структур різних відділів респіраторної системи, так і нездатність до необхідного їх функціонування навіть у звичайному респіраторному режимі [2–5].

Одними з найбільш частих коморбідних станів, на нашу думку, можна вважати перинатальну патологію центральної нервової системи та стан органів дихання після проведення ряду інтенсивних дій щодо забезпечення їх життєдіяльності. Особливо це стосується передчасно народжених дітей та дітей з малою масою при народженні. Коморбідність може бути пов'язана з однією із причин або з єдиним механізмом патогенезу тих чи інших патологічних станів. Загострення основного захворювання на фоні коморбідного стану викликає підвищення ступеня тяжкості основного захворювання.

Провідними клінічними симптомами, які дозволяють запідозрити у дитини бронхолегеневу патологію, є: інтоксикація, лихоманка, кашель, утруднення дихання, ціаноз та типові фізикальні дані над легеньми [6, 7]. Але зазвичай, якщо такі класичні терміни не витримуються, виникає питання – чому? Слід пам'ятати, що окрім зміни терапевтичних заходів, необхідно звернути увагу на анамнез дитини в період новонародженості та перебіг попередніх захворювань.

Метою дослідження стало вивчення особливостей перебігу захворювань органів дихання у дітей раннього віку з коморбідними станами, що виникли в період новонародженості.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Дослідження проведено в педіатричному відділенні за період з 2011 до 2015 року. За цей період було проліковано 3139 дітей. У структурі захворюваності питома вага дітей із гострими респіраторними захворюваннями в середньому склала 36,5 % (гострі бронхіти – 33,4 %, гострі обструктивні бронхіти – 18,1 %, пневмонії – 12 % дітей).

До основної групи увійшли 124 дитини віком від 1 до 7 років. З них 85 % госпіталізовано вперше, а 15 % – повторно. Як правило, це діти перших 3 років життя. 30 % дітей було госпіталізовано у стаціонар на 1–2 добу захворювання, 48 % – на 3 добу, 22 % – через 1–2 тижні.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** Аналіз анамнестичних даних показав, що в 71,5 % випадків спостерігали ускладнений перебіг вагітності у матері, в основному за рахунок гестозів, загрози переривання вагітності та анемії. 3,5 % вагітних хворіли на гострі респіраторні захворювання, а у 7,5 % відмічали загострення хронічної патології.

У 82,5 % дітей в період новонародженості визначено перинатальне ураження ЦНС. Питома вага дітей із затримкою внутрішньоутробного розвитку склала 16,4 %, недоношених – 12,5 %, з асфіксією – 9,5 %. Виключно грудне вигодовування на першому році життя було лише у 57,5 % дітей. На частково грудному середнього рівня – 17,5 %, на штучному – 20,5 %, а 4,5 % дітей зовсім не отримували грудне молоко з народження в силу тяжкого стану та перебування на інтенсивній терапії.

У більшості дітей захворювання розпочиналось з підвищення температури тіла до фебрильних цифр, непродуктивного кашлю, утрудненням носового дихання та виділеннями з нього. Тривалість та характер лихоманки залежали в основному від нозології захворювання (рис. 1).

Підвищення температури до фебрильних цифр було у 65,5 % дітей із ГРЗ та пневмоніями, тривалість гарячкового періоду не завжди корелювала з тяжкістю перебігу захворювання. Діти з перинатальним ураженням ЦНС та недоношені (24,6 %) не давали відповідної температурної реакції на тяжкість стану. Субфебрильну лихоманку було діагностовано у 27,5 % дітей з переважним ураженням верхніх дихальних шляхів та бронхітами і зберігалась протягом 3 діб. Лише у 5,5 % дітей реєстрували піретичну лихоманку, тривалість якої складала не більше 2 діб. А у 1,5 % дітей з ураженнями органів дихання не було відмічено підвищення температури. Найбільш тяжкий перебіг захворювань органів дихання відмічали у дітей із перинатальним ураженням ЦНС та у глибоконедоношених, які перебували у відділеннях інтенсивної терапії та реанімації. Обтяжений алергологічний анамнез було виявлено більше ніж у половини дітей за рахунок наявності різних видів алергії у батьків. У кожній четвертій дитини на першому році життя відзначались алергічні реакції у вигляді шкірних висипів, свербіння. А у третини дітей – прояви дисбіозу кишечника.

Оцінка стану тяжкості показала, що у 22 дітей він був тяжким, а у 102 – середньої тяжкості в основному за рахунок дихальних розладів, інтоксикації та не завжди чітких фізикальних даних над легенями. Кашель спостерігали майже у 100 % дітей. Але він був малопродуктивним майже протягом першого тижня захворювання. Упродовж 10 діб він рідшав і через 2 тижні залишався у 22 % дітей. У 49,1% дітей діагностовано різні розлади дихання. Із них задишка експіраторного характеру – в

39 %, інспіраторна – у 42 %, змішана – в 19 % дітей. Причому інспіраторний характер задишки був в основному у дітей із перинатальною патологією ЦНС в анамнезі, а саме, у дітей із псевдобульбарними розладами, синдромом вегетативної дисфункції.

Специфічною була й аускультативна симптоматика. Так, фізикальні зміни над легенями характеризувались жорстким диханням із послаблення. На початку 3–5 доби від початку захворювання вислухувалась крепітація або поодинокі дрібнопухирчасті хрипи. При гострому бронхіті на фоні жорсткого дихання вислухувались сухі хрипи, які поступово ставали вологими. У 42,5 % дітей із бронхообструктивним синдромом типовою була наявність експіраторної задишки з довготривалістю до 7–9 днів.

У більшій половині дітей із гострими респіраторними захворюваннями при лабораторному обстеженні спостерігали лейкоцитоз, у третини – за рахунок підвищення кількості нейтрофілів, у інших – за рахунок лімфоцитів. І лише у 30 % дітей показники крові відповідали віковій нормі (рис. 2). У дітей із гострими бронхітами на фоні перинатального ураження ЦНС абсолютний нейтрофіліоз діагностовано у 42,5 %, абсолютний лімфоцитоз – у 35,5 %, прискорення ШОЕ – у 30,5 % дітей. Навіть при пневмонії тільки у половині хворих визначено абсолютний нейтрофіліоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, а у третини – прискорення ШОЕ.

**ВИСНОВКИ** Для якісної діагностики захворювань органів дихання у дітей із коморбідними станами слід враховувати комплекс анамнестичних даних, а саме: наявність недоношеності, перинатальних уражень ЦНС, перебування в палатах інтенсивної терапії та реанімації новонароджених, алергологічну спадковість, особливо по материнській лінії, об'єктивні клінічні та параклінічні дані. Важливим критерієм тяжкості перебігу пневмоній слід також вважати штучне вигодовування, особливо з самого народження.

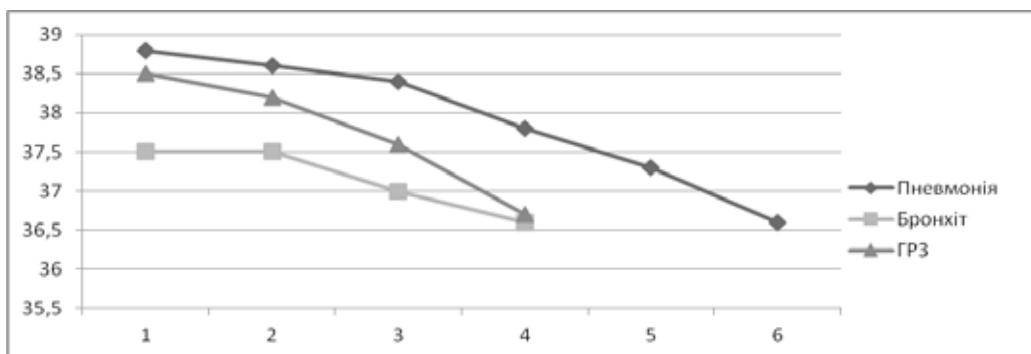


Рис. 1. Характер та тривалість лихоманки у дітей із патологією органів дихання. Примітка. На осі абсцис – тривалість лихоманки (кількість днів), на осі ординат – температура тіла дитини.

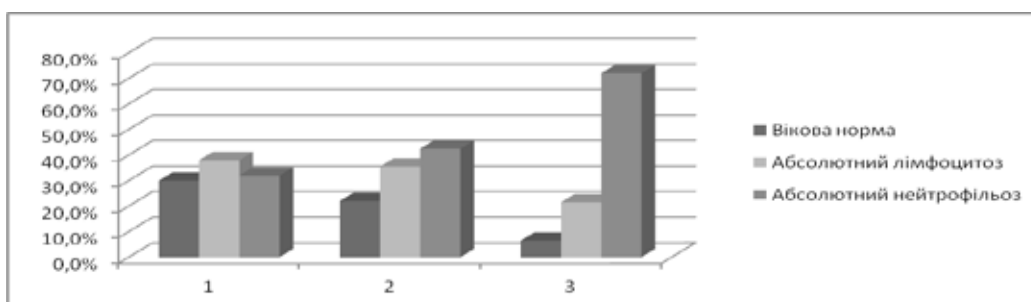


Рис. 2. Зміни в загальному аналізі крові дітей із захворюваннями органів дихання. Примітка. На осі абсцис – тип захворювання органів дихання: 1 – гостре респіраторне захворювання, 2 – бронхіт, 3 – пневмонія; на осі ординат – кількість дітей (%).

**Перспективи подальших досліджень** Вважаємо доцільним подальше вивчення впливу різних коморбідних станів, а саме, внутрішньоутробних інфекцій, малої маси при народженні, бронхолегеневої дисплазії тощо, на перебіг захворювань дихання у дітей раннього віку.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абатуров О. Є. Клінічні особливості перебігу та стан місцевого імунітету в дітей раннього віку, які хворіють на гострий обструктивний бронхіт / О. Є. Абатуров, О. О. Русакова // Перинатология и педиатрия. – 2012. – № 1 (49). – С. 106–108.
2. Безрукава Л. А. Предупреждение повторных бронхообструктивных состояний у детей, перенесших респираторно-синцитиальную и аденовирусную инфекции : автореф. дисс. на соискание научн. степени канд. мед. наук / Л. А. Безрукава. – Тюмень, 2009. – 21 с.
3. Заплатников А. Л. Внебольничные пневмонии у детей: принципы диагностики и этиотропной терапии / А. Л. Заплатников // Современная педиатрия. – 2010. – № 4(32). – С. 161–165.
4. Клименко В. А. Особенности перебігу гострого обструктивного бронхіту у дітей грудного віку з перинатальним ураженням центральної нервової системи / В. А. Клименко, О. В. Давиденко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2012. – № 2. – С. 19–21.
5. Мизерницкий Ю. Л. Дифференциальная диагностика и принципы дифференцированной терапии бронхообструктивного синдрома при ОРВИ у детей / Ю. Л. Мизерницкий // Здоровье ребенка. – 2009. – № 1.
6. Применение статистического анализа в изучении заболеваемости детей бронхолегочной патологией / А. Н. Полковниченко, В. Я. Гальченко, В. С. Гейвах, Ю. А. Черпахин // Укр. мед. альманах. – 2010. – Т. 13, № 2. – С. 17–19.
7. Таточенко В. К. Пневмония у детей: диагностика и лечение / В. К. Таточенко // Современная педиатрия. – 2009. – № 3 (25). – С. 10–11.

Отримано 02.02.16