

Г.М. Драннік, Н.А. Калініна, Т.В. Порошина, Д.А. Сеймівський, В.Ф. Петербургський, О.А. Каліщук // Імунологія та алергологія: наука і практика. – 2009. – № 4. – С. 77–83.

11. Тетерина Т.А. Роль маркеров воспаления и пролиферации в диагностике резистентного гиперактивного мочевого пузыря / Т.А. Тетерина, И.А. Аполихина, П.В. Глыбочко, Л.В. Безнощенко, О.С. Кречетова, Я.Б. Миркин // Эксперим. и клиническая урология. – 2014. – N. 1. – С. 92–96.
12. Fry C. H. What is the role for biomarkers for lower urinary tract disorders? / C.H. Fry, A. Sahai, B. Vahabi, A.J. Kanai, L.A. Birder // Neurourol Urodyn. – 2014. – Vol. 33, N. 5. – P. 602–605.

Пікуль К. В., кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри ендокринології
з дитячими інфекційними хворобами

Прилуцький К. Ю., кандидат медичних наук,
асистент кафедри ендокринології
з дитячими інфекційними хворобами

Сизова Л. М., кандидат медичних наук,
асистент кафедри інфекційних хвороб

Українська медична стоматологічна академія

Войтенко Л. Л., експерт-інфекціоніст
*Департамент охорони здоров'я
Полтавської обласної державної адміністрації
в Полтавській області*

Сосновська Н. М., завідувач дитячим відділенням ОКІЛ
*Полтавська обласна клінічна інфекційна лікарня
м. Полтава, України*

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ГРВІ НА ТЕРИТОРІЇ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Гострі респіраторні вірусні захворювання – це група вірусних хвороб, які об'єднані загальними ознаками: повітряно-краплинний механізм передачі, ураження органів дихання та інфекційна інтоксикація.

Актуальність даної теми обумовлена активністю в холодну пору року серед вірусних захворювань, але занепокоєність викликає тенденція до ускладнень, особливо у дитячому віці, що має бути під прицілом уваги сімейних лікарів.

Відповідно до інформації державної установи „Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України” попередній епідемічний сезон грипу та ГРВІ (2017/18 року) в Україні характеризувався регіональною активністю, середньою інтенсивністю та домінуванням у циркуляції вірусів грипу типу В.

З 1 жовтня 2018 року до 27 січня 2019 року в Україні перехворіло 7,7% населення; інтенсивний показник захворюваності в поточний епідсезон на 7,5% більше рівня аналогічного періоду минулого сезону 2017–2018; госпіталізовано 3,2% від захворілих, із них 74,4% становлять діти віком до 17 років; зареєстровано 28 летальних випадків, із них 4 – діти віком до 17 років;

Методом ПЛР досліджено 1 745 зразків матеріалів, із них 33,2% позитивних результатів із домінуванням вірусів грипу типу А(Н3). З початку епідемічного сезону проти грипу вакциновано 0,4 % від загальної кількості населення країни.

В області за зимовий сезон 2017/18 року перехворіло на грип та ГРВІ 165698 тисяч населення області, з них 58% – діти до 17 років. Показник захворюваності складає 11677,2 на 100 тис. населення. Спостерігався поступовий сезонний підйом захворюваності з досягненням максимуму в кінці лютого 2018 року, після чого відмічалось стабільне зниження захворюваності до кінця епідемічного сезону. Протягом 2018 року в області на гострі респіраторні інфекції та грип перехворіло 225264 особи, 137274 (діти). Рівень захворюваності у 2016 р. – був 76096,4 проти 58611,5 у 2018 р.(діти). Отже, за порівнювальний період ми відмітили тенденцію до зниження рівня захворюваності серед дитячого населення. Проте на базі відділення ВАРІТ інфекційної лікарні ГРВІ з обструктивним синдромом, тяжким перебігом проліковано за минулий рік 32 особи, а ГРВІ з гострим ларинготрахеїтом, тяжкий перебіг – 5 осіб (це переважно діти грудного віку), ГРЗ, гострий тонзиліт, тяжкий перебіг – 280 осіб. В області продовжується вакцинація населення проти грипу. На сьогодні в області щеплено 6353 особи, або 0,44% населення області. Ця робота проводиться вкрай поволі [5].

Серед вказаної статистики серед хворих на ГРВІ у дитячому віці, мали явища обструкції та ГСЛТ, які були госпіталізовані відділення ВАРІТ

ПОКІЛ. Гострий стенозуючий ларинготрахеїт (ГСЛТ) зустрічається тільки в дитячому віці, переважно в дітей до 3 років, а потім частота його зменшується від 3 до 6 років та від 7 до 14 рр. В дітей до 6-місячного віку цей стан не зустрічається. Хлопчики хворіють у тричі частіше, ніж дівчатка [2].

Основною причиною ГСЛТ є: віруси – 20%, вірус у поєднанні з бактерією – 45%, мікоплазма – 15%, хламідія – 7%. Серед вірусів перше місце займає парагрип (45%), друге – грип (18%), аденовірус – (13,6%), респіраторно-синцитіальний – 3%., також існує бокавірус, який у дітей до 3 років викликає ГСЛТ, що поєднується з дисфункцією кишечника (блювання, діарея). Причиною гострого стенозувального ларинготрахеїту є також дитячі інфекційні захворювання скарлатина, коклюш та інші. У дітей від 3 до 7 років ГСЛТ може викликати також нещодавно відкритий метапневмовірус, який поєднує в клініці синдром крупу та інспіраторну задишку.

Всі віруси володіють тропністю до епітелію, але за можливістю спричинувати патологічний процес поділяються на 2 групи: 1) із специфічною епітеліотропністю (парагрип, грип, риновірус, респіраторно-синцитіальний вірус, бокавірус), що викликають патологічний процес із деструкцією епітеліальних клітин та спричиняють грубі морфологічні зміни; 2) віруси для яких епітеліальні клітини це первинне вогнище інфекції в місці вхідних воріт (аденовірус, кір, краснуха, герпес) [3, 4].

Основні клінічні прояви, що спостерігали у дітей: грубий “гавкаючий” кашель, шумне, стенотичне дихання, дисфонія та осиплість голосу.

Перебіг ГСЛТ стадійний. Захворювання наставало раптово, серед ночі, коли з'являються утруднення дихання і сухий дзвінкий (гавкаючий) кашель. Відбувається загальне збудження, діти стають неспокійними, погано сплять, відмовляються від їжі, але наприкінці ночі явища стенозу в гортані зникають, і з'являються приступи задишки знову серед ночі і тривають декілька днів підряд. Проте траплялося, що вдень явища стенозу гортані наростали і послідовно з'являються стадії стенозу гортані. Поява приступів утрудненого дихання вночі пояснюється, можливо, тим, що внаслідок горизонтального положення дитини в підголосниковому просторі посилюється набряк слизової оболонки і відбувається скупчення патологічного вмісту в гортані, що сприяє ларингоспазму.

За компенсованої стадії дитина неспокійна, плаче, погано спить. Дихання шумне, спостерігається інспіраторна задишка, подовжується

вдих, випадає або вкорочується пауза між вдихом і видихом у разі неспокійної поведінки дитини. У спокійному стані інспіраторної задишки немає, відмічається посилення серцевої діяльності як реакція на інспіраторну задишку. У цій стадії акт дихання перебудовується, забезпечуючи організм киснем. Важливу роль у цьому відіграє подразнення дихального центру вуглекислою. За субкомпенсованої стадії наростає утруднення дихання, інспіраторна задишка спостерігається в стадії спокою, а якщо дитина неспокійна, в акті дихання бере участь допоміжна мускулатура, що проявляється втягненням яремної та підключичної ямок, міжреберних проміжків. Наростають явища серцевої недостатності. На рентгенограмі органів грудної клітки відмічається посилення легеневого малюнка, що вказує на порушення кровообігу в малому колі. Декомпенсована стадія характеризується різко утрудненим шумним диханням. У вдиху бере участь мускулатура не тільки грудної клітки, але й черевного пресу, тому значно втягується епігастральна ділянка. Унаслідок посиленої роботи дихальної мускулатури збільшується дефіцит кисню, розвивається глибокий ацидоз, порушуються окисно-відновні процеси. Недоокислені продукти обміну речовин блокують ферментні системи, внаслідок чого утруднюється утилізація кисню. Тому наростає ціаноз видимих слизових оболонок, шкіра набуває мармурового вигляду – це грізна ознака судинної недостатності. Артеріальний тиск різко знижується, пульс стає слабким. У разі аускультативного дихання в легенях ослаблене, інколи навіть не прослуховується, що зумовлено пригніченням дихального центру. Стадія передасфіксії характеризується поверхневим диханням, по типу Чейна-Стокса, податливі місця грудної клітки і епігастральна ділянка не втягується, не чути шумного дихання. *Відсутність кашлю.* Тони серця глухі, пульс майже відсутній, артеріальний тиск не визначається. Ціаноз змінюється різкою блідістю, хворий непритомніє, зіниці розширюються, спостерігається енофтальм, мимовільне сечовипускання і дефекація. Якщо не забезпечити своєчасну допомогу, то настає смерть унаслідок порушення тканинного дихання, зумовленого гіперкапнією, інтоксикацією [1]. На сьогодні таких дітей у Полтавській області не спостерігали.

Клінічні форми несправжнього крупу: набрякова – характеризується поступовим наростанням тяжкості, кашель сухий, “гавкаючий,” непродуктивний, спостерігається зниження висоти голосу. У дітей старших 2 років вимушене положення тіла, аускультативно – ослаблене дихання; спазматична – голос помірно порушений, кашель “каркаючий”.

Під час сну дихання рівне, спокійне, при просипанні голос зникає, аускультативних змін мало або і зовсім немає; гіперсекреторна – відмічається кашель з в'язкою мокротою, стан погіршується під час сну через обтурацію, що провокує лярингоспазм. **Ступінь ГСЛТ за клінічними проявами та на що мають звертати сімейні лікарі та педіатри.** Ознаки $\underline{ДН}_1$ – втягування яремної ямки, насичення киснем крові (сатурація) складає 90%; пероральний ціаноз, при $\underline{ДН}_2$. – ЧД збільшена до 25% вище вікової норми, втягування міжреберних проміжків, сатурація – 90%–70%. Така дитина потребує інтенсивної терапії. акроціаноз, втягування діафрагми. $\underline{ДН}_3$. – ЧД збільшена до 50% вище вікової норми, сатурація – менше 70%. Необхідно хворого переводити у відділення реанімації. Термінальний стан – асфіксія, тотальний ціаноз, аритмічне дихання, набухання шийних вен, ЧД збільшена до 70% вище вікової норми, сатурація – менше 50% [6].

Отже, сімейні лікарі мають запобігати можливості ускладнень у вигляді обструкції та гострого стенозуючого ларинготрахеїту, особливо у дітей раннього віку.

Література:

1. Комаровский Е.О. / Вирусный круп у детей / Комаровский Е.О. – Харьков. – Фолио. – 1993. – 398 с.
2. Крамарев С.О. Інфекційні хвороби у дітей (клінічні лекції). – Крамарев С.О. – К. – Моріон. – 2006. – 479 с.
3. Крамаєв С.О. Протоколи діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей. / Крамаєв С.О., Литвиненко Н.Г., Богадельников І.В., Мостюк А.І. та співавтори. // Современная педиатрия. – 2005. – № 1 (6). – С. 8–17.
4. Мизерницкий Ю.Л. / Дифференциальная диагностика и принципы дифференциальной терапии бронхообструктивного синдрома. // Здоровье ребенка. – 2009. – №1 (16).
5. Медична статистична документація ПОКІЛ та ОДА м. Полтава.
6. Пікуль К.В. Круп у дітей. / Світ медицини та біології. – 2013. – № 4 (41). – С. 119–123.