

## КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ В МІСТІ СУМИ

*Плахута В.А., аспірант, Бугаєнко В.О., лікар., Куропятник Н.П., лікар,*

*Чижик О.Е., лікар, Хрін Н.В., лікар*

*Науковий керівник – д. мед. н., проф. Сміян О.І.*

*СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ІІІ і ДІ,*

*КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди»*

Рівень захворюваності на бронхіти серед дитячого населення, за даними різних авторів, коливається від 15 до 50% і значно зростає (до 50-90%) у дітей, які часто хворіють на гострі респіраторні захворювання. Зокрема захворюваність на обструктивні бронхіти переважає у віці від 1 до 3 років і становить 75-250 на 1000 дітей на рік залежно від епідеміологічної ситуації.

Метою нашого дослідження було визначення основних клініко-анамнестичних особливостей перебігу обструктивного бронхіту в дітей раннього віку.

Для визначення особливостей перебігу гострих обструктивних бронхітів у дітей раннього віку нами було обстежено 132 дітей до 3-х років, що перебували на лікуванні в І інфекційному відділенні Сумської Дитячої Клінічної Лікарні Св. Зінаїди, з них до 6 міс – 49 пацієнтів (37,12%), з 6 міс. до 1 року – 43 дитини (32,58%), з 1 до 3 років – 40 хворих (30,3%). Більшість дітей були госпіталізовані взимку (79 чол. – 59,8%), пацієнтів, що хворіли восени було 26 (19,7%), навесні – 17 (12,9%), влітку – 10 хворих (7,6%). Під час збору анамнестичних даних було виявлено, що у 78 дітей (59,1%) мали місце ускладнення вагітності та пологів (токсикози, еклампсії, ускладнення екстагенітальної патології, кесарів розтин), 22 дитини (16,7%) мали обтяжений алергічний анамнез (реакція на медикаменти, харчові, побутові алергени, алергічні реакції у батьків), у 89 дітей (67,6%) в анамнезі була анемія різного ступеню, у 49 (37,1%) - тимомегалії, у 13 (9,8%) - дерматити.

На момент обстеження 119 дітей (90,15%) перебували на штучному вигодовуванні, при чому 98 респондентів (74,3%) були переведені на штучне вигодовування до 3-х місяців.

Майже кожна дитина (127 – 96,2%) поступала в стаціонар після неефективного лікування вдома в перші 3 дні – 100 дітей (76%), в перші 5 днів – 24 дитини (18%), протягом тижня – 8 пацієнтів (6%).

У переважній більшості випадків (у 111 пацієнтів – 84%) захворювання починалося з сухого надсадного нічного кашлю, нежитю, в'ялості, слабкості, неспокою, зниження апетиту. У 56 дітей (42,4%) захворювання перебігало на фоні нормальної температури, підйом температури до субфібрильних цифр відмічався у 55 дітей (42,2%), та 20 пацієнтів (15,4%) мали фібрильну та гектичну температуру.

Клінічний перебіг у всіх дітей характеризувався ознаками обструктивного синдрому, при чому більш виражені ознаки обструкції відмічалися серед дітей до року (роздування крил носа, блідість шкірних покривів, відмова від грудей). Шумний свистячий видих, участь допоміжної мускулатури (ознак експіраторної задишки) були виявлені у 72 дітей (54,4%). Під час перкусії визначався дифузний коробковий звук у 128 пацієнтів (97%), аскультативно вислуховувалося жорстке дихання над всією поверхнею легень з подовженим видихом та крупно-, середньоміхурцевими вологими хрипами у 24 дітей (18,3%) та поєднання крупно-, середньоміхурцевих вологих та сухих розсіяних хрипів з обох боків у 101 дитини (75,9%).

В середньому діти перебували на лікуванні 8-10 днів, хоча кількість ліжок днів залежала від строку госпіталізації з моменту початку захворювання та наявності супутньої патології.

Таким чином, гострий обструктивний бронхіт частіше зустрічається у дітей до року, більшість пацієнтів були госпіталізовані взимку, захворювання перебігало на фоні нормальної чи субфібрильної температури, дебютом хвороби був сухий кашель, задишка експіраторного характеру, перкуторно визначався дифузний коробковий звук, аускультативно – жорстке дихання з подовженим видихом та сухими розсіяними хрипами з обох боків.