

ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ ІЗ ПОЗАШПИТАЛЬНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ

Бабік І.В.

Львівський медичний національний університет імені Данила Галицького

Досліджено якість життя у дітей із позашпитальною пневмонією. Вік спостереження дітей 7 – 14 років. Крім загально відомих симптомів, таким дітям характерні порушення з боку вегетативної нервової системи. Такі зміни в організмі є причиною зниження якості життя школярів, що призводить до подовження відновного періоду адаптації після захворювання. Застосовані препарати зменшують відновний період та покращують реабілітацію у дітей.

Ключові слова: діти, позашпитальна пневмонія, якість життя, лікування.

Постановка проблеми. Вивчення якості життя у дітей після перенесеної позашпитальної пневмонії завжди привертало увагу дослідників. Оскільки процес реабілітації є важливим аспектом після кожного захворювання для всіх людей, незалежно від віку, статі та інших характеристик. Особливої уваги у дослідженні цього питання заслуговують декілька аспектів. По-перше, це психоемоційні бар'єри у поведінці дітей, які можуть завадити нормальному відновному періоду, по-друге, порушення фізичної праці, яке набуває особливого значення. Та, по-третє, значний вплив на соціальне оточення, в якому формується особистість дитини шкільного віку. Саме тому проблема якості життя після захворювання актуальна в наші дні.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Позашпитальна пневмонія залишається однією з широко поширених і серйозних захворювань. Симптоми, що вказують на пневмонію включають лихоманку в поєднанні з респіраторними проявами, переважанням астеничного синдрому і порушень вегетативної нервової системи. Незважаючи на значні успіхи у виявленні нових патогенних мікроорганізмів і протимікробних агентів, суперечки залишаються по діагностиці та терапевтичному рішенні.

Якщо вести здоровий спосіб життя, загартовуватися, займатися фізкультурою, правильно харчуватися, приймати вітаміни, запалення легенів можна уникнути або ж скоротити відновний період. При цьому дуже важливо, щоб у домі не було курців: Вже доведено, що серед них та їхніх близьких, яким доводиться жити в сигаретному димі, кількість респіраторних захворювань збільшується.

Вивченням та дослідженням питання захворювань органів дихання у дітей займаються Больбот Ю.К., Тяжка О.В., Майданник В.Г., Антипкін Ю.Г., Лапшин В.Ф., Лембрик І.С., Чернишева О.Е.. Однак, як свідчить аналіз результатів їх наукових досліджень, поза увагою залишаються питання реабілітації дітей після перенесеної позашпитальної пневмонії.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. На даний момент раніше вивчалися лише вплив стимуляторів імунітету та фізіотерапія. Інші застосування різних препаратів груп використовувались у реабілітаційний період, проте не вивчалися.

Мета статті. Метою досліджень є аналіз якості життя у дітей шкільного віку після перенесеної позашпитальної пневмонії та її прогноз.

Виклад основного матеріалу. Хвороби органів дихання займають одне з провідних місць у захворюваності дітей різного віку. Однією з частих форм ураження органів дихання є пневмонія, яка і в ХХІ сторіччі залишається важливою медико-соціальною проблемою [3, с. 1].

Останніми роками спостерігається зростання захворюваності пневмонією серед дітей, особливо серед тих, що проживають у великих містах. На думку вчених це пов'язано з тим, що організм ди-

тини більш чутливий до зростаючого навантаження різними ксенобіотиками, алергенами, мікрофлорою та іншими агресивними факторами несприятливого екологічного середовища мегаполісу, та його імунна система може бути ще недостатньо сформованою [6, с. 98]. Висока частота пневмоній у дитячому віці пояснюється особливостями імунного захисту та частим контактом з вірусними та бактеріальними збудниками. Незважаючи на великий арсенал лікарських засобів, терапія пневмоній у дітей не завжди є оптимальною [2, с. 28].

На теперішній час науковцями доведена певна небезпека проведення імуностимуляції у дітей після перенесених пневмоній за допомогою специфічних імуномодуляторів, стимуляторів інтерферогенезу у зв'язку з високим ризиком розвитку побічних реакцій і перенапруження імунітету. Окрім цього, проведення специфічної імуностимуляції вимагає ретельного дослідження імунологічного статусу та інших інвазивних методів діагностики, які потребують специфічних показань [7, с. 45]. З цієї точки зору, для покращення ефективності ранньої реабілітації дітей після перенесеної позалікарняної пневмонії та корекції вище перерахованих розладів найбільш перспективним є застосування адаптогенів і метаболічних препаратів [4, с. 56].

У дітей із захворюванням позашпитальна пневмонія значно виражений токсичний синдром, що розвивається в результаті накопичення в організмі бактеріальних токсинів, продуктів порушення обміну речовин, розпаду клітин, виділення медіаторів запалення, клітинних ферментів, біологічно активних речовин та інших. Він супроводжується гемодинамічними мікроциркуляторними порушеннями, поліорганною недостатністю та ураженням центральної нервової системи. Поєднання токсикозу і гіпоксії, при властивій дитині високій гідрофільності тканин головного мозку, призводить до його набряку та проявляються менінгеальними симптомами, судомами і порушенням свідомості [9, с. 185].

Також дітям притаманні порушення кислотно-основного стану – найбільш частий синдром важкої пневмонії. Гіпоксія тканин призводить до зміни дихального ацидозу на переважно метаболічний: виникають гіпертермія, блідість і ціаноз шкіри з мармуровим малюнком, з'являються патологічні типи дихання, артеріальна гіпотензія, гіповолемія, екстрасистоля, олігурія. У той же час, більш ніж у половини дітей розвивається алкалоз внаслідок гіпервентиляції (пов'язаної зі задишкою), повторної блювоти. Алкалоз супроводжується ще більш значними розладами мікроциркуляції, судинними стазом, м'язовою гіпотонією, адинамією, порушенням ритму серця, блювотою, парезом кишечника. Розмежувати клінічні симптоми ацидозу і алкалозу не завжди можливо. Для діагностики необхідно дослідження газового складу крові і показників кислотно-основного стану [1, с. 63].

За методикою представлено клінічне дослідження було відкритим одноцентровим, у якому взяли участь діти обидвох статей у віці 7–14 років із діагнозом позашпитальної пневмонії. Діагноз пневмонії встановлювався на основі рекомендацій ВООЗ та протоколу МОЗ України, як захворювання нижніх відділів дихальних шляхів, що проявляється лихоманкою і/або задишкою із наявністю вогнищового інфільтрату при рентгенографії грудної клітки.

Всього у дослідженні взяло участь 80 дітей (середній вік – 10.4±2,1 р). Пацієнти отримували стандартне лікування згідно наказу МОЗ України № 18 «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям».

Всі діти, які були включені в дослідження, на стаціонарне лікування попадали на 2-4 день захворювання, у розпалі клінічної симптоматики позашпитальної пневмонії. Загальний стан дітей під час госпіталізації можна було розцінювати, як середньої важкості. Критеріями включення були: позалкарняна (негоспітальна) пневмонія, яка підтверджена рентгенологічно; вік від 7 до 14 років; згода дитина і її батьків на додаткове обстеження. Критеріями виключення – відмова від додаткового обстеження; важкі супутні гострі та хронічні захворювання, недотримання умов протоколу.

Діти були розподілені на дві групи. Перша (основна) – 40 дітей, яким до стандартного лікування додатково призначались препарати комбінації L-цитруліну та малату та симбіотичний препарат (ліофілізовані штами бактерій *Lactobacillus acidophilus* LA-5 (1Ч109 КУО), *Lactobacillus rhamnosus* GG (1Ч109 КУО), *Bifidobacterium* BB-12 (1Ч109 КУО), інулін). Друга група (контрольна) 40 дітей – отримувала стандартне лікування.

Через місяць дітям був наданий опитувальник якості життя. Для цього застосовували неспецифічний опитувальник Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-36) [5, с. 24], при цьому найкращий показник якості життя за кожною шкалою – 100 балів, найгірший – 0 балів.

«SF-36 Health Status Survey» 1 (SF-36) відноситься до неспецифічних опитувальників для оцінки якості життя, він широко поширений в США і країнах Європи. У цих країнах були проведені дослідження окремих популяцій і отримані результати за нормами для здорового населення і для груп хворих з різними хронічними захворюваннями (з виділенням груп за статтю і віком). Опитувальник складається з 36 пунктів, згрупування в 8 шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесна біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали варіюють між 0 і 100, де 100 являється повне здоров'я.

Кількісно оцінюються такі показники:

1. Фізичне функціонування (Physical Functioning – PF), що відображає ступінь наскільки фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення ваги і т.п.). Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що фізична активність пацієнта значно обмежується станом його здоров'я.

2. Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning – RP), – вплив фізичного стану на повсякденну рольову діяльність (робота, виконання повсякденних обов'язків). Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що повсякденна діяльність значно обмежена фізичним станом пацієнта.

3. Інтенсивність болю (Bodily pain – BP) та його вплив на здатність виконувати повсякденну ді-

яльність, включаючи роботу по дому і поза домом. Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта.

4. Загальний стан здоров'я (General Health – GH) – оцінка хворим свого стану здоров'я зараз і перспектив лікування. Чим нижче бал за цією шкалою, тим нижче оцінка стану здоров'я.

5. Життєва активність (Vitality – VT) – відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленним. Низькі бали свідчать про втому пацієнта, зниженні життєвої активності.

6. Соціальне функціонування (Social Functioning – SF) визначається ступенем, в якому фізичний або емоційний стан обмежується соціальною активністю (спілкуванням). Низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниженні рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного стану.

7. Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (Role-Emotional – RE), передбачає оцінку ступеня, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншій повсякденній діяльності (включаючи великі витрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості тощо). Низькі показники за цією шкалою інтерпретуються як обмеження у виконанні повсякденної роботи, обумовлене погіршенням емоційного стану.

8. Психічне здоров'я (Mental Health – MH) характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій. Низькі показники свідчать про наявність депресивних, тривожних переживань, психічного неблагополуччя [8, с. 575].

Отже, провівши відповідне оцінювання ми отримали наступні показники у дітей основної групи: PF – 80,2 балів, це означає, що фізичне активність дітей у період реабілітації практично не обмежує стан їхнього здоров'я; RF – 55,8 балів, це свідчить, що повсякденна діяльність дещо обмежена фізичним станом дітей; BP – 94,6 балів, біль не обмежує активність пацієнта; GH – 87,2 балів, стан здоров'я діти оцінюють на добре; VT – 55,7 балів, втому пацієнта, зниження життєвої активності; SF – 67,5 балів, деяке обмеження соціальних контактів та емоційного стану; RE – 73,3 балів, незначне обмеження у виконанні повсякденної роботи, обумовлене погіршенням емоційного стану; MH – 85,2 балів, свідчать про незначні прояви депресії та тривожності.

У контрольній групі ми отримали наступні показники: PF – 40,2 балів, це означає, що фізичне активність дітей у період реабілітації значно обмежується станом їхнього здоров'я; RF – 25,8 балів, це свідчить, що повсякденна діяльність значно обмежена фізичним станом дітей; BP – 54,6 балів, біль значно обмежує активність пацієнта; GH – 77,2 балів, стан здоров'я діти оцінюють на добре; VT – 25,7 балів, втому пацієнта, зниження життєвої активності; SF – 37,5 балів, значне обмеження соціальних контактів, зниження рівнів спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного стану; RE – 33,3 балів, обмеження у виконанні повсякденної роботи, обумовлене погіршенням емоційного стану; MH – 65,2 балів, свідчать про депресію, тривожність переживання, психічне неблагополуччя, проте у дітей воно не значно порушене (див. табл. 1).

Отже, при оцінці стану якості життя у хворих із перенесеною позашпитальною пневмонією виявлено її значне зниження у дітей контрольної групи. Низькими були фізичне та рольове функціонування, життєздатність, соціальне функціонування. На проміжному рівні був такий показник, як інтенсивність фізичного болю. Загальний стан здоров'я та

психічне здоров'я діти оцінювали як добре. Проте у дітей основної групи на фоні отриманого лікування показники були значно кращими.

Таблиця 1

Результати оцінки якості життя у дітей із перенесеною позагоспітальною пневмонією, за допомогою опитувальника MOS SF-36 (в балах)

Показники якості життя	Основна група, (n=40)	Контрольна група (n=40)
	(M±m), балів	
Показники фізичного компоненту здоров'я		
PF – фізичне функціонування	80,2±2,5	40,2±2,3*
RF – рольове функціонування	55,8±1,5	25,8±2,5*
BP – інтенсивність фізичного болю	94,6±2,3	54,6±2,6*
GH – загальний стан здоров'я	87,2±1,7	77,2±1,8*
Середній показник	79,5±2,1	49,5±1,9*
Показники психічного компоненту здоров'я		
VT – життєздатність	55,7±1,9	25,7±1,8*
SF – соціальне функціонування	67,5±1,4	37,5±1,6*
RE – рольове функціонування	73,3±1,6	33,3±1,8*
MH – психічне здоров'я	85,2±1,8	65,2±2,2*
Середній показник	70,4±1,7	40,4±1,6*

Примітки: * – $p < 0,05$, дані вірогідні порівняно з першою групою

Висновки та пропозиції. У дітей після перенесеного захворювання позагоспітальною пневмонією зустрічалися фізичні та психоемоційні порушення при оцінці загального стану. Це проявляється інтоксика-

цією і астеничним синдромом, лихоманкою, нездужання, зниження працездатності, порушенням сну, головним болем, емоційною лабільністю, втратою апетиту і дисфункцією вегетативної нервової системи.

Оцінюючи їх стан за допомогою опитувальника Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-36), якість життя у пацієнтів-реконвалесцентів була значно порушеною у контрольній групі. Показники якості життя були наступними: PF – 40,2 балів, RF – 25,8 балів, BP – 54,6 балів, GH – 77,2 балів, VT – 25,7 балів, SF – 37,5 балів, RE – 33,3 балів, MH – 65,2 балів. Низькими були фізичне та рольове функціонування, життєздатність, соціальне функціонування. На проміжному рівні був такий показник, як інтенсивність фізичного болю. Загальний стан здоров'я та психічне здоров'я діти оцінювали як добре. Проте, у дітей основної групи на фоні прийому препаратів комбінації L-цитруліну та малату та симбіотичного препарату (ліофілізовані штами бактерій *Lactobacillus acidophilus* LA-5 (1Ч109 КУО), *Lactobacillus rhamnosus* GG (1Ч109 КУО), *Bifidobacterium* BB-12 (1Ч109 КУО), інулін) розрахунки були значно вищими, а отже і кращими. Показники якості життя були наступними: PF – 80,2 балів, RF – 55,8 балів, BP – 94,6 балів, GH – 87,2 балів, VT – 55,7 балів, SF – 67,5 балів, RE – 73,3 балів, MH – 85,2 балів.

Обмеження фізичної працездатності та психологічної діяльності у дітей контрольної групи завдавало їм найбільшого дискомфорту і знижувало якість життя. Все це необхідно враховувати при розробці лікувальних програм і диференційному підході до реабілітації таких хворих. Оскільки такі діти навчаються у школах, у них значно подовжується відновний (реабілітаційний) період, знижується повсякденна діяльність та ефективність навчального процесу. Запропонований комплекс значно покращує якість життя, а отже може бути рекомендований для роботи практикуючому лікарю.

Список літератури:

1. Антипкін Ю. Г. Довідник з дитячої пульмонології: довідник лікаря / Ю. Г. Антипкін, В. Ф. Лапшин, Т. Р. Уманець. – К., 2011. – С. 49-118.
2. Більбот Ю. К. Нові можливості реабілітації дітей з гострою пневмонією / Ю. К. Більбот, Т. А. Бордій // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2007. – № 3. – С. 27-31.
3. ВООЗ. Інформаційний бюлетень. – 2014. – № 331. – 5 с.
4. Лембрик І. С. Особливості астеничного синдрому при хронічних соматичних захворюваннях в умовах навчальної діяльності / І. С. Лембрик // Здоров'я ребенка. – 2009. – № 1. – С. 52-56.
5. Новик А. А. Исследование качества жизни в педиатрии / А. А. Новик, Т. И. Ионова // Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: РАЕН, 2008. – 108 с.
6. Особенности клиники, диагностики, лечения пневмонии у детей / Е. И. Юлищ, О. Е. Чернышева, А. А. Коношевская, А. К. Талалаенко // журнал «Здоровье ребенка». – 2014. – № 1(52). – С. 97-102.
7. The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: clinical practice guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America / J. S. Bradley, C. L. Byington, S. S. Shah [et al.] // Clin. Infect. Dis. – 2011. – Vol. 36. – P. 1-52.
8. Wallander H. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications / H. Wallander, M. Schmitt, H. M. Koot // J Clin Psychol. – 2001. – Vol. 57. – P. 571-585.
9. Wojsyk-Banaszak I. Pneumonia in Children / I. Wojsyk-Banaszak, A. Bręborowicz // Respiratory Disease and Infection. – 2013. – Vol. 6. – P. 180-200.

Бабик И.В.Львовский медицинский национальный университет
имени Данила Галицкого**ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ
С НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ****Аннотация**

Исследовано качество жизни у детей с внегоспитальной пневмонией. Возраст наблюдения детей 7 – 14 лет. Кроме общеизвестных симптомов, таким детям характерны нарушения со стороны вегетативной нервной системы. Такие изменения в организме является причиной снижения качества жизни школьников, что приводит к увеличению восстановительного периода адаптации после заболевания. Применены препараты уменьшают восстановительный период и улучшают реабилитацию у детей.

Ключевые слова: дети, внебольничная пневмония, качество жизни, лечение.

Babik I.V.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA**Summary**

Quality of life of children with community-acquired pneumonia was investigated. Age of children involved in investigation was 7-14 years. In addition to generally known symptoms, children suffered from autonomic nervous system disorder. Disorder of the autonomic nervous system is the cause of reduced quality of life of schoolchildren. These changes expand the period of rehabilitation and adaptation. Applied drugs reduce recovery time and improve rehabilitation in children.

Keywords: children, community-acquired pneumonia, quality of life, treatment.

УДК 616.124.2:616.12-008.46-036.1]-056.257-073.432.19

**ВПЛИВ ФРАКЦІЇ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА
НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ СЕРЦЯ
ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ НА ТЛІ ЗАЙВОЇ ВАГИ****Бідзіля П.П.**

Запорізький державний медичний університет

Вивчено вплив фракції викиду лівого шлуночка на структурно-функціональні зміни серця при хронічній серцевій недостатності II-III функціонального класу на тлі зайвої ваги. Встановлено, що зі зменшенням скоротливої здатності лівого шлуночка відбувається збільшення розміру аорти та ступеня дилатації всіх камер серця, що є максимальними при значному зниженні фракції викиду. Ступінь концентричної гіпертрофії міокарда наростає при збереженій, відносно збереженій та зниженій фракції викиду, а при значному її зниженні гіпертрофія лівого шлуночка носить ексцентричний характер. Достовірних відмінностей за показниками діастолічної функції міокарда залежно від фракції викиду лівого шлуночка не спостерігалось.

Ключові слова: Фракція викиду лівого шлуночка, структурно-функціональні зміни серця, хронічна серцева недостатність, зайва вага.

Актуальність. Хронічна серцева недостатність (ХСН) є поширеним, інвалідизуючим, прогресуючим захворюванням, що часто може спричинити летальні наслідки. Вірогідність виникнення ХСН впродовж життя є в кожній п'ятій людини [1]. Згідно даних дослідження EPISERVE етіологічним чинником більше 80% випадків ХСН є артеріальна гіпертензія (АГ) та ішемічна хвороба серця (ІХС) [2]. Не дивлячись на суттєвий прогрес у поліпшенні клінічного статусу та якості життя пацієнтів з ХСН, п'ятирічна виживаність в цій когорті лишається невисокою [3].

В основі патогенезу ХСН та її прогресування лежить порушення систолічної та діастолічної функції ЛШ, ремоделювання міокарда, інтра та екстракардіальні нейрогуморальні зміни. Фунда-

ментальною характеристикою систолічної дисфункції ЛШ є ремоделювання міокарда, типовими ознаками котрого являється гіпертрофія (компенсаторна – при первинному пошкодженні міокарда, та передіснуюча – при АГ), дилатація та сферизація (наближення форми порожнини серця до кулеподібної) [4].

Тривалий час питанням численних досліджень при ХСН були саме механізми систолічної дисфункції міокарда, яку традиційно асоціювали з важкістю захворювання. В останні десятиліття лікарі стикалися зі зростанням кількості пацієнтів, що мали ознаки та симптоми ХСН, з відсутньою або мінімально порушеною насосною функцією серця [5]. Діастолічна ХСН зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (ФВЛШ) (>45%) частіше