

УДК: 616.233-002-036.1-008-053.6/.83

С.І. Ільченко, В.І. Чергінець, А.О. Фіалковська

Клініко-функціональні особливості хронічного бронхіту у підлітків-курців

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2017.3(83):112-116; doi 10.15574/SP.2017.83.112

Мета — вивчити клінічні та функціональні особливості перебігу хронічного бронхіту (ХБ) у підлітків-курців.

Пацієнти та методи. Обстежено 66 підлітків віком від 14 до 18 років (середній вік — $16,3 \pm 0,2$ року). Групу 1 склали 15 підлітків-курців з ХБ, групу 2 — 14 підлітків-некурців з ХБ, групу порівняння — 25 підлітків-курців без респіраторних симптомів. Дослідження включало збір анамнезу та об'єктивне обстеження. У курців вивчався статус тютюнокуріння як фактор ризику розвитку захворювання з розрахунком індексу курця та показника «пачка/роки». Усім пацієнтам проводили спірометричні вимірювання. Силу дихальних м'язів визначали за допомогою запатентованого пристрою для визначення тиску повітря у дихальних шляхах людини.

Результати. Виявлено, що кількість епізодів бронхіту на рік у курців і некурців майже не відрізнялася. Проте достовірно різнилася їх тривалість, яка переважала у курців та в середньому становила $4,2 \pm 0,1$ тижня проти $3,6 \pm 0,1$ тижня ($p < 0,05$). У курців з ХБ у періоді клінічної ремісії достовірно частіше відзначалися респіраторні симптоми. Аналіз середніх значень спірометричних показників, максимального експіраторного та інспіраторного тиску показав достовірне їх зниження у підлітків-курців порівняно з асимптомними курцями. Встановлено, що у курців з ХБ порівняно з некурцями сила інспіраторних м'язів була достовірно нижчою, ніж експіраторних.

Висновки. Стан дихальних м'язів впливає на прогноз формування та перебіг хронічної бронхолегеневої патології у підлітків-курців та залежить від стажу тютюнокуріння. Сила вдиху та видиху — це інтегровані показники, які свідчать про порушення дренажної функції бронхів, можуть визначатись неінвазивними інструментальними методами та використовуватись при скринінговому обстеженні підлітків-курців для визначення ризику розвитку хронічного бронхіту.

Ключові слова: хронічний бронхіт, підлітки, тютюнокуріння, сила дихальних м'язів.

Clinical and functional characteristics of chronic bronchitis in adolescents-smokers

S.I. Ilchenko, V.I. Cherginec, A.O. Fialkovska

SE «Dnepropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine»

The purpose of the study is to examine clinical and functional features of chronic bronchitis in adolescent smokers.

Material and methods. The study involved the examination of 66 adolescents aged from 14 to 18 years (average age was 16.3 ± 0.2 years). All patients were divided into 3 groups: the first group was consisted of 15 patients-smokers with chronic bronchitis, the 2nd group was comprised of 14 nonsmoking adolescents with chronic bronchitis and the comparison group, which involved 25 teenagers-smokers without respiratory symptoms. The study included the collection of anamnesis and objective examination. The status of smoking among adolescent smokers has been examined as a risk factor for the development of disease with the calculation of the smoker index and the indicator «pack/years». All patients underwent spirometry test. The strength of respiratory muscles was determined using a patented device for determining the air pressure in the respiratory tract.

Results. The analysis of features of chronic bronchitis clinical course in adolescent smokers and non-smokers showed that the number of bronchitis cases per year was practically equal. However, the duration of disease significantly differed: it prevailed among adolescent smokers and in average was 4.2 ± 0.1 weeks, compared with 3.6 ± 0.1 weeks ($p < 0.05$). Smokers with CB in the period of clinical remission had significantly more respiratory symptoms. The analysis of average values of spirometric indices, maximum inspiratory and expiratory pressure showed its significant reduction in adolescent smokers with chronic bronchitis compared to asymptomatic smokers. It was found that adolescent smokers with CB compared with non-smoking patients had significantly lower strength of inspiratory muscles than expiratory ones.

Conclusions. The condition of respiratory muscles affects the prognosis for the formation of chronic bronchopulmonary pathology in adolescent smokers and depends on the smoking history. The intensity of inhalation and that of exhalation are integrated indicators, which show the violation of bronchial drainage function. They can be determined by non-invasive instrumental methods and used in the screening examination of adolescent smokers to estimate the risk of chronic bronchitis development.

Key words: chronic bronchitis, adolescents, tobacco smoking, strength of respiratory muscles.

Клинико-функциональные особенности хронического бронхита у подростков-курильщиков

С.И. Ильченко, В.И. Чергинец, А.А. Филковская

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Цель — изучить клинические и функциональные особенности течения хронического бронхита (ХБ) у подростков-курильщиков.

Пациенты и методы. Обследовано 66 подростков в возрасте от 14 до 18 лет (средний возраст — $16,3 \pm 0,2$ года). Группу 1 составили 15 подростков-курильщиков с ХБ, группу 2 — 14 некурящих подростков с ХБ, группу сравнения — 25 подростков-курильщиков без респіраторных симптомов. Исследование включало сбор анамнеза и объективное обследование. У курящих подростков изучался статус табакокурения как фактор риска развития заболевания с расчетом индекса курильщика и показателя «пачка/годы». Всем пациентам проводили спирометрические измерения. Силу дыхательных мышц определяли с помощью запатентованного устройства для определения давления воздуха в дыхательных путях человека.

Результаты. Установлено, что количество бронхитов в году у курящих и некурящих подростков практически не отличалась. Однако достоверно различалась их продолжительность, которая преобладала у курящих подростков и в среднем составляла $4,2 \pm 0,1$ недели против $3,6 \pm 0,1$ недели ($p < 0,05$). У курильщиков с ХБ в периоде клинической ремиссии достоверно чаще отмечались респіраторные симптомы. Анализ средних значений спирометрических показателей, максимального экспіраторного и инспіраторного давления показал достоверное их снижение у подростков-курильщиков с ХБ по сравнению с асимптомными курильщиками. У курящих подростков с ХБ сравнительно с некурящими больными сила инспіраторных мышц была достоверно ниже, чем экспіраторных.

Выводы. Состояние дыхательных мышц влияет на прогноз формирования и течения хронической бронхолегочной патологии у подростков-курильщиков и зависит от стажа табакокурения. Сила вдоха и выдоха — это интегрированные показатели, которые свидетельствуют о нарушении дренажной функции бронхов, могут определяться неинвазивными инструментальными методами и использоваться при скрининговом обследовании подростков-курильщиков для определения риска развития ХБ.

Ключевые слова: хронический бронхит, подростки, табакокурение, сила дыхательных мышц.

Вступ

Хронічні захворювання бронхолегеневої системи залишаються актуальною проблемою пульмонології дитячого віку [2–4,8–10]. Інтерес фахівців до проблеми хронічного бронхіту (ХБ) обумовлений високою питою вагою його у структурі бронхолегеневої патології, а також усе більше доказовою інформацією про можливість трансформації ХБ у хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) дорослих [6,11]. Особливе місце серед причин, що сприяють розвитку ХБ у дитячому та підлітковому віці, є тютюнокуріння [5,12].

На сьогодні в розвитку дихальних розладів при хронічних запаленнях бронхолегеневої системи велике значення приділяється порушенню діяльності дихальної мускулатури [1,4,7]. Досить багато досліджень присвячено стану дихальних м'язів, їх витривалості в умовах гіпоксії у дорослих пацієнтів, зокрема з ХОЗЛ. Встановлено, що при ХОЗЛ відбуваються зміни в роботі інспіраторної мускулатури, експіраторні ж м'язи страждають лише при значній бронхообструкції та гіперповітряності легень [7]. Аналіз результатів проведеного дослідження з використанням електроміографії підтверджує наявність дисфункції дихальних м'язів і у підлітків з ХБ [4]. Сколіоз, нейроциркуляторна дистонія — коморбідні стани, що впливають на тонус дихальних м'язів та обтяжують прогноз щодо хронізації бронхолегеневої патології у підлітків. Актуальною та недостатньо вивченою проблемою в підлітковій пульмонології є стан дихальних м'язів у підлітків-курців, його прогностичне значення в реалізації розвитку ХБ.

Мета дослідження — вивчити клінічні та функціональні особливості перебігу хронічного бронхіту у підлітків-курців.

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 66 підлітків віком від 14 до 18 років (середній вік — $16,3 \pm 0,2$ року). Усі обстежені були розподілені на три групи: групу 1 склали 15 підлітків-курців з ХБ (середній вік — $17,5 \pm 0,2$ року), групу 2 — 14 підлітків-некурців з ХБ (середній вік — $16,1 \pm 0,4$ року), групу порівняння — 25 підлітків-курців без респіраторних симптомів (середній вік $15,9 \pm 0,2$ року).

Дослідження включало збір анамнезу та об'єктивне обстеження. У курців вивчався статус тютюнокуріння як фактор ризику розвитку захворювання з розрахунком індексу курця (кількість викурених за день сигарет

12 місяців у році, які підліток курил) та показника «пачка/роки» (кількість викурених за день сигарет \times кількість років куріння/20). Усім пацієнтам проводили спірометричні вимірювання на сучасному спірографі MicroLab 3500 МК8 (Великобританія) за загальноприйнятою методикою з визначенням загальновідомих швидкісних та об'ємних показників, зокрема FEV₁, FVC, FEV₁/FVC, ПЕШВ. Для оцінки зворотності бронхіальної обструкції проводили фармакологічну пробу із сальбутамолом згідно з рекомендаціями. Силу дихальних м'язів у вигляді максимального інспіраторного тиску на рівні ротової порожнини (МІР), максимального експіраторного тиску на рівні ротової порожнини (МЕР) визначали за допомогою запатентованого нами пристрою для визначення тиску повітря у дихальних шляхах людини (Патент №101755, UA Україна). Результати виміру оцінювали в сантиметрах водного стовпа й процентному співвідношенні до індивідуального нормативу. Показник МІР визначали шляхом виміру максимального статичного тиску на рівні рота, який пацієнт створював при закритих дихальних шляхах під час максимального вдиху; показник МЕР, відповідно, — під час максимального видиху. Під час проведення тестів пацієнти перебували в положенні сидячи; для запобігання витоків повітря використовувався носовий затискач. Для визначення МЕР пацієнт робив максимально сильний і швидкий видих після максимально глибокого вдиху; відповідно, для визначення МІР — максимально сильний і швидкий вдих після максимального видиху. Результат обчислювали після п'яти спроб для вдиху й видиху з перервами між спробами не менш 1 хв для попередження м'язової втоми. Проби припиняли після досягнення різниці між трьома максимальними значеннями менше 20%. Реєструвалося максимальне значення тиску [1].

У зв'язку з відсутністю в літературних джерелах посилань на національні формули або нормативи референтних значень, підґрунтям

Таблиця 1

Нормативи максимального інспіраторного та експіраторного тиску в порожнині рота*

Категорія пацієнтів	P _{Іmax} , см вод. ст.	P _{Еmax} , см вод. ст.
Хлопці 7–17 років	44,5+0,75 x вага	35+5,5 x зріст
Чоловіки 18–65 років	142-1,03 x вік*	180-0,91 x вік
Дівчата 7–17 років	40+0,57 x вага	24+4,8 x вік
Жінки 18–65 років	-43+0,71 x зріст	3,5+0,55 x зріст

Примітка: у рівняння вводиться вік у роках, зріст у сантиметрах, вага у кілограмах.

для інтерпретації отриманих результатів стали лінійні регресійні рівняння S. Wilson [1]. Відповідні формули індивідуального розрахунку наведені в табл.1. Результати кожного пацієнта надалі порівнювали з нормативами, обчисленими за цими формулами.

Для статистичної обробки отриманих результатів використовувалася програма Statistica 6.0 з визначенням середньоарифметичного значення (M), стандартної помилки середнього (m). Кількісна оцінка лінійного зв'язку між двома випадковими величинами обчислювалася з використанням рангових коефіцієнтів кореляції по Спірмену (r). Результати вважали статистично значущими при значеннях $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз статусу тютюнокуріння (табл. 2) підлітків-курців з ХБ та асимптомних курців показав, що вік початку куріння практично не відрізнявся у них та становив $13,1 \pm 0,4$ року проти $13,8 \pm 0,4$ відповідно ($p > 0,05$). Проте у підлітків-курців з ХБ достовірно переважав стаж тютюнокуріння, який становив $4,2 \pm 0,4$ року проти $2,2 \pm 0,3$ року ($p < 0,05$). Крім того, вони достовірно більше викурювали за день сигарет, ніж асимптомні курці ($12,5 \pm 1,0$ шт. проти $8,2 \pm 0,8$, $p < 0,05$). Відповідно середнє значення індексу курця та показника «пачка-роки» достовірно переважало у курців з ХБ та становило $150,0 \pm 12,2$ проти $98,0 \pm 9,0$ та $2,6 \pm 0,3$ проти $1,1 \pm 0,3$ ($p < 0,05$).

Середній стаж захворювання склав $6,9 \pm 0,9$ року в 1 групі та $3,1 \pm 0,2$ року в 2 групі ($p < 0,05$). Аналіз особливостей клінічного перебігу ХБ у курців та некурців показав, що кількість бронхітів на рік у них була практично однаковою та становила $4,1 \pm 0,1$ проти $4,1 \pm 0,3$ відповідно ($p > 0,05$). Проте достовірно різнилася тривалість бронхітів, яка переважала у курців та у середньому становила $4,2 \pm 0,1$ тижня проти

$3,6 \pm 0,1$ тижня ($p < 0,05$). Переважна більшість курців з ХБ ($n=12$, 80,0%) у періоді клінічної ремісії відзначала періодичний кашель з виділенням незначної кількості слизового мокротиння в ранковий час. Серед хворих, які не курять, даний симптом зустрічався в 21,4% випадків ($n=3$). На задишку під час фізичного навантаження в періоді ремісії скаржилося 46,7% ($n=7$) підлітків 1 групи та 28,6% ($n=4$) підлітків 2 групи ($p < 0,05$). Аскультативна картина в періоді ремісії ХБ у курців не відрізнялася від некурців та характеризувалася жорстким диханням.

Результати спірометричного дослідження (табл. 3) показали, що в групі асимптомних курців середні значення об'ємних та швидкісних показників знаходилися у межах норми. При попарному порівнянні спірометричних показників між групою асимптомних курців та курцями, хворими на ХБ, були виявлені статистично значущі відмінності для показників FEV1 ($100,3 \pm 2,3$ проти $79,5 \pm 2,7$, $p < 0,05$), FVC ($106,4 \pm 2,3$ проти $82,0 \pm 3,6$, $p < 0,05$), FEV1/FVC ($92,5 \pm 1,5$ проти $98,1 \pm 2,2$, $p < 0,05$), ПЕШВ ($83,3 \pm 2,7$ проти $74,9 \pm 3,1$, $p < 0,05$), як до проведення бронходилатаційного тесту, так і після нього.

Аналіз середніх значень максимального експіраторного та інспіраторного тиску (табл. 4,

Таблиця 3
Спірометричні показники (у % від вікової норми) обстежених груп підлітків, $M \pm m$

Показник	Асимптомні курці (n=37)	Підлітки-курці з ХБ (n=15)	Підлітки з ХБ, що не курять (n=14)	p
FEV1, %, $M \pm m$	100,3±2,3	79,5±2,7*	82,7±3,7	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$
FVC, %, $M \pm m$	106,4±2,3	82,0±3,6*	90,4±3,4	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$
FEV1/FVC, %, $M \pm m$	92,5±1,5	98,1±2,2*	93,4±3,2	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$
ПЕШВ, $M \pm m$	83,3±2,7	74,9±3,1*	74,5±6,4	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$
FEV1, % після проби з вентоліном, $M \pm m$	102,1±2,1	84,4±3,2*	85,5±4,4	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$
FVC, % після проби з вентоліном, $M \pm m$	107,2±2,4	82,7±3,3*	92,0±3,9	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$
FEV1/FVC, % після проби з вентоліном, $M \pm m$	94,1±1,6	103,4±2,5*	96,2±3,4	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$
ПЕШВ, % після проби з вентоліном, $M \pm m$	87,6±2,7	71,3±5,2*	80,6±7,5	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$

Таблиця 2
Характеристика статусу тютюнокуріння у підлітків-курців, $M \pm m$

Показник	Асимптомні курці (n=37)	ХБ (n=14)	p
Вік початку куріння, роки	13,8±0,4	13,1±0,4	$p > 0,05$
Стаж активного тютюнокуріння, роки	2,2±0,3	4,2±0,4	$p < 0,05$
Кількість викурених за день сигарет, шт.	8,2±0,8	12,5±1,0	$p < 0,05$
Індекс курця	98,0±9,0	150,0±12,2	$p < 0,05$
Показник «пачка-роки»	1,1±0,3	2,6±0,3	$p < 0,05$

Таблиця 4

Показники МЕР та МІР (у % від вікової норми) обстежених груп підлітків, $M \pm m$

Показник	Асимптомні курці (n=25)	Підлітки-курці з ХБ (n=15)	Підлітки з ХБ, що не курять (n=14)	p
МЕР, % $M \pm m$,	89,5±1,3	77,4±2,0	76,1±3,3	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$
МІР, % $M \pm m$,	86,1±1,3	70,9±2,4*	82,7±3,2	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{2-3} < 0,05$

рис. 1) показав достовірне їх зниження у підлітків-курців з ХБ порівняно з асимптомними курцями (77,4±2,0 проти 89,5±1,3 для МЕР та 70,9±2,4 проти 86,1±1,3 для МІР, $p < 0,05$). Встановлено, що у курців з ХБ показник МІР був достовірно нижчим, ніж показник МЕР (70,9±2,4 проти 77,4±2,0, $p < 0,05$).

У некурців з ХБ переважала сила інспіраторних м'язів над експіраторними, однак статистичної різниці не досягла (82,7±3,2 проти 76,1±3,3, $p > 0,05$). Отримані дані свідчать про те, що тютюновий дим більше пошкоджує інспіраторні м'язи, зокрема діафрагму, що підтверджує дані інших дослідників.

Таким чином, проведене дослідження показало, що тривалий вплив токсичних сполук тютюнового диму на респіраторну систему дітей та підлітків призводить до порушення роботи дихальної мускулатури, що лежить в основі розвитку хронічної бронхолегеневої патології. Визначення сили дихальних м'язів є не тільки сучасним неінвазивним методом діагностики захворювань органів дихання, але й становить великий інтерес для розуміння механізмів впливу куріння в молодому віці на процеси формування ХОБЛ.

Висновки

1. Встановлено, що стан дихальних м'язів впливає на прогноз формування та перебіг хронічної бронхолегеневої патології у підлітків-курців та залежить від стажу тютюнокуріння. Отримані дані свідчать про те, що тютюновий дим більше пошкоджує інспіраторні м'язи, що збігається з даними таких досліджень серед дорослих курців.

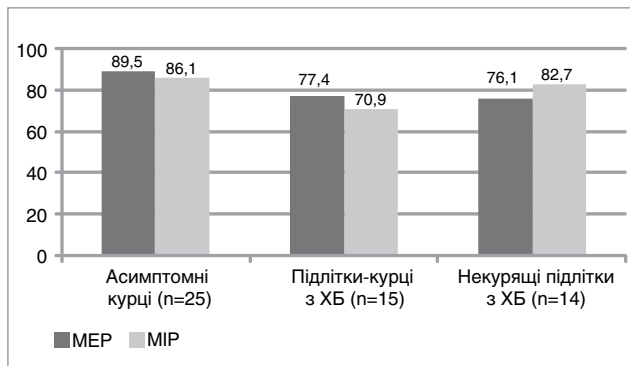


Рис.1. Порівняльна характеристика МЕР та МІР у кожній групі

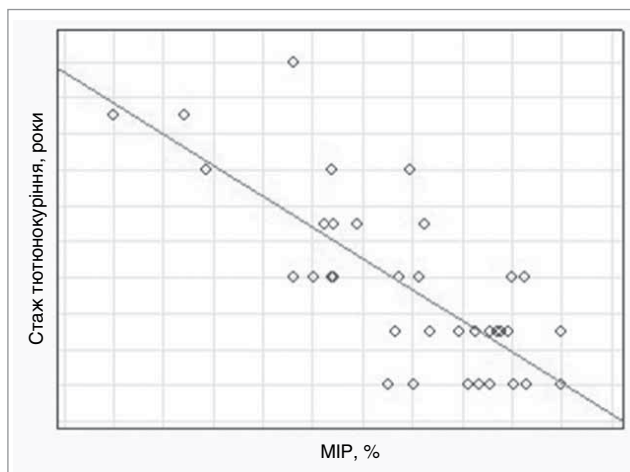


Рис.2. Зв'язок між МІР та стажем тютюнокуріння

2. Сила вдиху та видиху – це інтегровані показники, що свідчать про порушення дренажної функції бронхів, можуть визначатись неінвазивними інструментальними методами та використовуватись при скринінговому обстеженні підлітків-курців для визначення ризику розвитку хронічного бронхіту.

Перспективи подальших досліджень.

Враховуючи діагностичну цінність визначення сили вдиху та видиху серед підлітків, відсутність нормативів референтних значень для інтерпретації отриманих результатів, сучасна практична пульмонологія потребує розробки номограм щодо показників МЕР та МІР на основі більш масштабних досліджень для якісного диспансерного обстеження підлітків-курців та можливості прогнозування надалі розвитку ХОЗЛ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Авдеев А.В. Оценка силы дыхательных мышц в клинической практике / А.В. Авдеев // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. — 2008. — № 4. — С. 12—17.
2. Антипкін Ю.Г. Сучасні погляди на етіопатогенез, клініко-діагностичні та лікувально-профілактичні особливості перебігу запального процесу при неспецифічних захворюваннях органів дихання у дітей (огляд літератури) / Ю.Г. Антипкін, Т.Г. Надточій // Перинатология и педиатрия. — 2011. — № 1(45). — С. 19—23.
3. Боронина Л.Г. Диагностика хронических инфекционно-воспалительных заболеваний лёгких у детей / Л.Г. Боронина, Е.В. Саматова // Лаборатория ЛПУ. — 2015. — № 6. — С. 31—35.
4. Дука К.Д. Хронічний бронхіт у дітей та підлітків — минуле, сучасне та майбутнє / К.Д. Дука, С.І. Ільченко, С.Г. Іванусь. — Дніпропетровськ, 2013. — 189 с.
5. Курение как фактор риска формирования заболеваний органов дыхания у детей и подростков / М.А. Скачкова, О.В. Никитина, И.Н. Чайникова, [и др.] // Оренбургский мед. вестн. — 2015. — № 2 (10). — С. 35—38.
6. Оценка распространённости респираторных симптомов и возможности скрининга спирометрии в диагностике хронических легочных заболеваний / А.Г. Чучалин, Н.Г. Халтаев, В.Н. Абросимов [и др.] // Пульмонология. — 2010. — № 2. — С. 56—61.
7. Перцева Т.О. Тютюнопаління як фактор формування дисфункції дихальних м'язів у хворих на хронічні обструктивні захворювання легень / Т.О. Перцева, О.В. Мироненко // Український пульмонолог. журн. — 2005. — № 2. — С. 47—49.
8. Трунцова Е.С. Проблемы хронических бронхолегочных заболеваний у подростков / Е.С. Трунцова, Г.Р. Сагитова, Э.А. Хасьянов // Вестник совр. клин. медицины. — 2009. — № 3. — С. 37—39.
9. Хронические бронхолегочные болезни у детей как проблема современной педиатрии / С.Ю. Каганов, Н.Н. Розина, В.Н. Нестеренко, Ю.Л. Мизерницкий // Российский вестн. перинатол. и педиатрии. — 2013. — № 1. — С. 10—17.
10. Шипко А.Ф. Актуальные вопросы совершенствования медицинской помощи детям с заболеваниями органов дыхания / А.Ф. Шипко // Медицина сьогодні і завтра. — 2014. — №1(62). — С. 110—116.
11. Heredity of chronic bronchitis: A registry-based twin study / H. Meteran, V. Backer, K. O. Kyvik [et al.] // Respiratory Medicine — 2014. — Vol. 108, Issue 9. — P. 1321—1326.
12. Salvi S. Tobacco smoking and environmental risk factors for chronic obstructive pulmonary disease / S.Salvi // Clinics in Chest Medicine. — 2014. — Vol. 35, Issue 1. — P. 17—27.

Сведения об авторах:

Ильченко Светлана Ивановна — д.мед.н., проф. каф. пропедевтики детских болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Адрес: г. Днепр, ул. Вернадского, 9.

Чергинец Валерий Игоревич — д.мед.н., проф. каф. пропедевтики детских болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Адрес: г. Днепр, ул. Вернадского, 9.

Фиалковская Анастасия Александровна — ассистент каф. пропедевтики детских болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Адрес: г. Днепр, ул. Вернадского, 9.

Статья поступила в редакцию 28.02.2017 г.

НОВОСТИ

Дети бредят незаметно

У порядка четверти детей в отделении интенсивной терапии развивается бред. Об этом говорят результаты первого крупного международного исследования, о котором рассказывается в статье на сайте Reuters.

Распространенность развития бреда увеличивается почти в два раза после пяти дней пребывания в отделении.

«Это состояние больше распространено, чем считалось раньше». — говорит доктор Чани Траубе, детский реаниматолог из медицинского центра Уэйлл Корнелл и Нью-Йорк-Пресбитериан в Нью-Йорке. «Наблюдение за тем, не разовьется ли у детей бредовое состояние, должно быть рутинной частью ухода — так же, как наблюдение за тем, не повышается ли у них температура».

«Гораздо легче лечить ранний делирий, чем бороться с делирием, который длится уже несколько дней», — отметила доктор Траубе в интервью Reuters.

Траубе с коллегами провели исследование на основе мониторинга 25 отделений интенсивной терапии в Соединенных Штатах, Нидерландах, Новой Зеландии, Австралии и Саудовской Аравии. Нянечки проверили 994 ребенка на наличие бредового состояния при помощи теста под названием шкала Корнелла по оценке детского бреда (Cornell Assessment for Pediatric Delirium).

Дети содержались в отделении интенсивной терапии от двух до девяти дней, в среднем — шесть. Риск

возникновения бреда повышался после пятого дня в отделении. Среди детей, которые находились в отделении интенсивной терапии более шести дней, частота бредового состояния составила 38%, что, по словам Траубе, «повергло ее в шок».

Чаще всего (42%) бред развивался у детей, которых положили в отделение с инфекцией или воспалительным процессом.

Другие факторы включали возраст младше двух лет, механическую вентиляцию легких, использование транквилизаторов бензодиазепинов и снотворных, использование физических ограничений и лечение противосудорожными препаратами.

«Совершенно очевидно, что есть дети, которые более остальных подвержены риску развития бредового состояния, таких детей надо выделять на стадии поступления в отделение», — считает доктор Траубе.

Авторы работы предлагают использовать шкалу оценки Корнелла для детей, поступающих в отделения интенсивной терапии. Для этого не требуется дорогостоящего оборудования или продолжительного обучения.

Текст: Дина Мингалиева

Источник: med-expert.com.ua