

УДК 616.329-02-07-053.2

*О.Ю. Белоусова, О.Л. Слободянюк*

## Патологія стравоходу у дітей: основні причини формування і складність діагностики

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2017.7(87):79-84; doi 10.15574/SP.2017.87.79

У статті наведено огляд літературних даних, присвячених проблемі гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Розглянуто питання факторів ризику, методів діагностики, прогнозування перебігу даного захворювання у дітей різного віку та сучасні підходи до лікування.

**Ключові слова:** патологія стравоходу, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, діагностичні рекомендації, діти.

### Pathology of the esophagus in children: the main reasons for the formation and complexity of diagnosis

*O.Yu. Belousova, O.L. Slobodianiuk*

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine

This article presents literature review on the problem of gastroesophageal reflux disease (GRD). Clinical data, risk factors, diagnostic methods, prediction of the GRD course in children of different age (regarding the main causative and pathogenic factors, clinical evidence including esophageal and extra-esophageal) and modern approaches to GRD treatment are considered in the article.

**Key words:** esophageal disorders, gastroesophageal reflux disease, diagnosis guidelines, children.

### Патология пищевода у детей: основные причины формирования и сложности диагностики

*О.Ю. Белоусова, А.Л. Слободянюк*

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

В статье приведен обзор литературных данных, посвященных проблеме гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Рассмотрены вопросы факторов риска, методов диагностики, прогнозирования течения данного заболевания у детей разного возраста и современные подходы к лечению.

**Ключевые слова:** патология пищевода, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, диагностические рекомендации, дети.

Останніми роками спостерігається ріст патології органів травлення серед дітей різних вікових груп, у тому числі тенденція до збільшення питомої ваги патології верхніх відділів травного каналу. Патологія верхніх відділів травного тракту упродовж багатьох років займає перше місце у структурі загальної гастроентерологічної захворюваності. Усе частіше як практикую-педіатру, так і сімейному лікарю доводиться стикатися із захворюваннями гастродуоденальної зони, і з патологією стравоходу, і з різноманітними варіантами поєданого ураження цих органів — відомо, що дитячому віку притаманний коморбідний характер патології, який при хронічному рецидивному перебігу має взаємобтяжуючий вплив. При цьому ураження, в патогенезі яких важливу роль відіграє рівень кислотоутворення в шлунку, можуть бути як функціональними, так і органічними.

Так, протягом останніх десятиліть в усьому світі спостерігається стійка тенденція до зростання поширеності таких станів, як функціональна диспепсія та гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). Такі звичні для наших лікарів нозології, як хронічний гастрит і виразкова хвороба, теж не відходять на задній

план, більше того, спостерігається значне «омолодження» ерозивно-виразкової патології, зокрема чітко відмічається тенденція до прогресування патологічного процесу і розвитку важких форм гастродуоденітів, нерідко з їх подальшою трансформацією у виразкову хворобу. При цьому, на думку терапевтів, приблизно у 60–80% дорослих пацієнтів формування ерозивно-виразкового процесу починається саме у дитячому віці [1].

Також слід враховувати, що для дорослого і дитячого населення відзначаються різноспрямовані тенденції, тоді як у цілому статистичні дані, що надаються гастроентерологами-терапевтами (як в Україні, так і в європейських країнах) демонструють зниження поширеності виразкової хвороби. Ми можемо стверджувати тільки про певну стабілізацію показника захворюваності, який однак залишається досить високим: за статистичними даними, понад 2% дитячого населення хворіють на виразкову хворобу, за останні роки її частота в різних регіонах становить від 1,6% до 3,8% захворювань органів травлення, при цьому у кожній четвертій хворій дитині виразкова хвороба має важкий, прогностично несприятливий, перебіг.

Причини значного розповсюдження уражень саме верхніх відділів травної каналу різноманітні та настільки різнопланові, що їх навряд чи вдасться звести до якої-небудь універсальної формули. Раніше вважалося, що основним фактором розвитку гастродуоденальної патології є порушення балансу у співвідношенні факторів агресії (перш за все йдеться про секрецію соляної кислоти та пепсину) та факторів захисту слизових оболонок шлунковокишкового тракту (у цьому випадку найбільшою є роль слизово-бікарбонатного бар'єру, повноцінного кровообігу, регенерації епітелію, імунного захисту та простагландинів, що забезпечують захист від шкідливих пошкоджень). Після відкриття *Helicobacter pylori* (Hр) інфекційна складова також отримала право вважатись одним з провідних етіологічних факторів виникнення захворювань гастродуоденальної зони — хелікобактерна інфекція є причиною гастритів у 50–96% випадків, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки обумовлена хелікобактеріозом у 70–100%. Розвиток карциноми шлунка і В-клітинної лімфоми шлунка пов'язані з Hр у 70–80% випадків. Однак ця статистика справедлива переважно для країн із низьким рівнем соціально-економічного розвитку (у тому числі, на жаль, і для країн Східної Європи, до яких належить Україна), тоді як у країнах Західної Європи, Північної Америки та Канади, де інфікованість населення Hр-інфекцією істотно (у понад двічі) нижча, до 30–40% дуоденальних виразок і 40–50% шлункових виразок Hр-негативні, причому різке зниження поширеності Hр-інфекції виразніше серед дітей, ніж серед дорослих [1].

Ці дані, звичайно, не применшують роль інфекційної складової у розвитку патології верхніх відділів травного тракту — вона неzapечена (не кажучи вже про те, що Hр є першим у світі доведеним бактеріальним канцерогеном), однак примушує не забувати і про безліч інших факторів, що сприяють розвитку хвороби. У дорослому віці це, передусім, вживання нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) та інших препаратів з ульцерогенним ефектом; у дитячому віці причинними факторами Hр-негативної або змішаної гастродуоденальної патології, зокрема хронічного гастриту, виступають імунні розлади (аутоімунний гастрит типу А), харчова алергія і харчова непереносимість (еозинофільні гастрити); рідше (для обох вікових категорій) — променеві ура-

ження, хімічні речовини, закид жовчі в шлунок, чужорідні тіла, інші інфекційні (крім Hр) фактори (*Helicobacter heilmannii* та інші види хелікобактерій, цитомегаловіруси, гриби роду *Candida*, мікобактерії туберкульозу, різні паразити), а також деякі захворювання (лімфоцитарні гастрити при хворобі Крона, целиакії, саркоїдоз тощо) [1,2]. Певну роль також відіграють спадкові фактори — вроджена гіперплазія парієтальних клітин слизової оболонки шлунка, підвищений вміст пепсиногену І у сироватці крові; наявність ендокринної патології (гіперпаратиреоз, гіперкальціємія, цукровий діабет), наявність хронічних інфекційних процесів (туберкульоз, ВІЛ-інфекція, інфікування вірусом простого герпесу тощо).

Особливу зацікавленість викликає факт значних змін у структурі хронічних захворювань верхніх відділів травного тракту, зафіксований останніми роками: крім ерозивно-виразкових уражень та інфекційних захворювань гастродуоденальної зони, спостерігається невинне зростання захворювань, пов'язаних з моторно-евакуаторними порушеннями верхніх відділів травного тракту, зокрема дуоденогастрального (ДГР) і гастроєзофагеального (ГЕР) рефлюксів. Виявлення самої лише гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), під якою більшість дослідників розуміють спонтанний, регулярно повторюваний закид у стравохід шлункового та/або дуоденального вмісту, що призводить до виникнення характерних стравохідних і позастравохідних симптомів, виросло на 30%. Не можна не згадати і про роль порушень гастродуоденальної моторики: послаблення моторики антрального відділу шлунка з наступним уповільненням евакуації вмісту зі шлунка (гастропарез), порушення антродуоденальної координації, розлад ритму перистальтики шлунка, порушення акомодатії та інші фактори, що мають вирішальне значення в розвитку вищезгаданих патологій. Вивчення і розуміння механізмів і закономірностей формування функціональних і органічних порушень стравоходу (ГЕРХ) у дітей є дуже важливим, оскільки питома вага цих захворювань у патології дитячого віку постійно збільшується.

Серед факторів, що сприяють розвитку хвороби, не можна не враховувати й соціально-економічні аспекти — нездоровий спосіб життя, зміну характеру харчування населення, у тому числі дитячого (переважання нераціонального харчування зі споживанням консервованих

продуктів, рафінованих вуглеводів, харчових фарбників та ароматизованих добавок, прийомів їжі пізніми вечорами, вночі, ожиріння, куріння).

Актуальність захворювання шлунка в цілому та захворювання на ГЕРХ зокрема обумовлена тим, що ця патологія має хронічний рецидивний перебіг, знижує якість життя, вимагає обмежень у харчуванні, фізичних та емоційних навантажень. Численні «маски» ГЕРХ нерідко є причиною пізньої її діагностики та медичних помилок, особливо при поєднаному перебігу з іншою соматичною патологією, хронічними захворюваннями травного тракту. Типові стравохідні симптоми (дисфагія, печія, гикавка, відрижка) значно знижують якість життя дітей, а нетипові стерті клінічні прояви (фрагментований сон, підвищена втомлюваність, роздратованість, різноманітні нервові розлади, відчуття тривоги, прискорене серцебиття) ускладнюють своєчасне встановлення діагнозу. Гастрозофагеальна рефлюксна хвороба — це захворювання багатоліке і підступне, а недооцінювання наслідків призводить до розвитку серйозних ускладнень. Але найбільші побоювання, безумовно, пов'язані з довготривалим прогнозом хвороби, що є не тільки компетенцією педіатра, оскільки ризик розвитку аденокарциноми стравоходу в подальшому (за даними європейських дослідників) надзвичайно високий: так, у 10% дорослих спостерігаються ознаки ГЕР, серед яких рефлюкс-езофагіт виявляється у 40% і стравохід Барретта — у 10% (і з такою самою частотою стравохід Барретта зустрічається у дітей з ГЕР). У цих хворих ризик розвитку аденокарциноми стравоходу збільшується в 30 разів порівняно із загальною популяцією. Дослідження колег з країн Східної Європи свідчать, що у 22% дітей з ГЕРХ виявляють шлункову метаплазію, а у 29% — кишкову, що підтверджує актуальність проблеми та необхідність подальшого вивчення формування і взаємовпливу супутньої патології верхніх відділів ПК у дітей і підлітків з урахуванням сучасних тенденцій і пріоритетів.

На кафедрі педіатричної гастроентерології та нутриціології ХМАПО [4] ця проблема глибоко вивчається протягом багатьох десятиліть. І якщо раніше найбільш важкими формами патології вважалися несприятливі варіанти перебігу виразкової хвороби, то сьогодні визнається небезпека ускладнених варіантів ГЕРХ у дітей і підлітків, у тому числі і з формуванням стравоходу Барретта.

Труднощі діагностики, лікування і профілактики цих захворювань визначають підвищену увагу практикуючих лікарів до цієї проблеми. Як показує практика, діагностика та диференціальна діагностика захворювань стравоходу є непростим завданням для лікаря-педіатра, через що справжня частота ГЕРХ у дитячій популяції невідома; відмінності ГЕР як нормального фізіологічного стану і певною мірою анатомо-фізіологічної особливості дитячого віку від патологічного ГЕР, як і раніше, залишаються суперечливими, а клінічні особливості ГЕРХ різноманітні і не завжди обмежені тільки печією і регургітацією. Тому вивчення поширеності цього захворювання у дітей є актуальною проблемою педіатричної гастроентерології, що дозволяє думати про профілактику розвитку захворювань гастродуоденальної зони, у тому числі у дорослого населення.

Питання адекватної діагностики різноманітної патології стравоходу, у тому числі ГЕРХ, на сьогодні залишаються найбільш не з'ясованими, навіть попри позитивні зрушення у вивченні даної проблеми протягом останніх десятиліть. Так, у 2008 р. був опублікований консенсус по ГЕРХ, розроблений і прийнятий Американською гастроентерологічною асоціацією [3], а через чотири роки після попереднього консенсусу був опублікований ще один новий консенсус щодо діагностики та ведення хворих ГЕРХ, розроблений Американським коледжем гастроентерології [4]. Обидва ці консенсуси ґрунтуються на даних доказової медицини, і алгоритми, як зазначено в цих рекомендаціях, відрізняються від звичних за так званою Монреальською угодою [5], прийнятою на кілька років раніше, у 2006 році, яка, в свою чергу, була прийнята без урахування даних доказових досліджень. Наскільки рекомендації, про які йде мова у цих консенсусах, можуть бути застосовані для педіатричної практики?

Основною діагностичною особливістю патології стравоходу є, як не дивно, відсутність єдиного еталонного методу дослідження, або так званого «золотого стандарту» діагностики. Традиційно основним методом діагностики захворювань стравоходу — від рефлюкс-гастриту до езофагіту — є ендоскопічне дослідження, що супроводжується прицільною біопсією слизової оболонки стравоходу, яке дозволяє відповісти одночасно на низку питань — наявність або відсутність деструкції, стан слизової оболонки верхніх відділів травного трак-

ту, в якійсь мірі дозволяє оцінити виразність моторних порушень у ділянці стравохідно-шлункового переходу. Однак, існують варіанти, коли слизова оболонка стравоходу залишається незмінною внаслідок високої ефективності локальних факторів захисту навіть за наявності ГЕРХ, тобто існує ендоскопічно негативна форма ГЕРХ, що характеризується наявністю клінічних проявів захворювання (передусім печії) при відсутності змін слизової оболонки стравоходу за даними її візуального огляду під час ендоскопічного дослідження. Інвазивність цього дослідження не дозволяє використання його в педіатричній практиці у всіх випадках підозри на патологію — необхідна наявність вагомих факторів для проведення ФГДС, як мінімум, наявність яскраво вираженої клінічної картини. Це змушує щоразу замислюватися про доцільність проведення ендоскопії в алгоритмі обстеження дитини за підозри на патологію верхніх відділів травного тракту.

Враховуючи останні рекомендації, засновані на даних доказової медицини, за наявності типових симптомів ГЕРХ проведення езофагогастроуденоскопії не потрібне — в двох найбільш значущих консенсусах [3,4] декларується, що попередній діагноз ГЕРХ може бути поставлений тільки на підставі типових симптомів — печії і регургітації. Для хворих терапевтичного профілю ФЕГДС рекомендується тільки за наявності тривожних симптомів, у літніх пацієнтів, для скринінгу пацієнтів з високим ризиком ускладнень, при за груднинному болю, ймовірно пов'язаному з рефлюксом, та у пацієнтів, які не відповідають на прийом інгібіторів протонної помпи. Згідно з консенсусом від 2013 р. [3], за відсутності стравоходу Барретта і відсутності появи нових симптомів повторні ендоскопії проводити не рекомендується (*сильні рекомендації, помірний рівень доказів*). Рутинні біопсії з дистального відділу стравоходу для підтвердження діагнозу ГЕРХ також не рекомендуються (*сильні рекомендації, помірний рівень доказів*).

До слова, в попередніх рекомендаціях (Монреальський консенсус, 2006) декларувалося, що діагноз ГЕРХ міг бути поставлений на підставі характерних симптомів захворювання, що турбують хворого; але так само легітимною була і постановка його при інструментальному підтвердженні наявності патологічного гастро-езофагального рефлюксу за наявності типових/атипових симптомів або ускладнень;

або при виявленні змін слизової оболонки стравоходу (за даними ендоскопічного, гістологічного або електронно-мікроскопічного дослідження біоптату слизової стравоходу) [5]. Як ми бачимо, за останні роки, ґрунтуючись на доказових фактах, відбувся перегляд алгоритмів діагностики у бік їх спрощення. Мабуть, ці рекомендації необхідно екстраполювати і на дитячий вік, тим більше з огляду на факт безсумнівної і небажаної інвазивності ендоскопічних досліджень.

Доцільність інших додаткових методів дослідження (добовий рН-моніторинг, манометрія стравоходу, багатоканальна імпедансометрія) — теж неоднозначне питання. Очевидно, що всі ці інструментальні методи також мають як свої плюси, так і мінуси. З одного боку, вони належать до методів, що дозволяють отримати додаткові дані про захворювання (навіть при ендоскопічно негативних формах захворювання), при цьому їх наявність підтверджує діагноз, однак їх відсутність не суперечить йому, з іншого боку, їх інформативність і доцільність в останні роки стають усе більш дискусійними.

Найбільш затребуваним в амбулаторній педіатричній практиці є стравохідний рН-моніторинг, при цьому рутинний рН-моніторинг не призначений для виявлення слабокислих і слаболужних рефлюксів, здатних викликати симптом (це можливо лише при проведенні імпеданс-рН-моніторингу, який, на жаль, недоступний широкому колу практикуючих лікарів). При цьому існує ціла низка факторів, що знижують діагностичну значущість рН-моніторингу, — можливе індивідуальне реагування на рефлюкс при його характеристиці в межах прийнятої «норми», неправильне розташування стравохідного рН-сенсора, вимушена поведінка хворого під час проведення дослідження. Останні доказові рекомендації щодо проведення амбулаторного стравохідного рН-моніторингу обмежуються тим, що він у терапевтичній практиці показаний перед проведенням ендоскопічного або хірургічного лікування у пацієнтів з неерозивною ГЕРХ як частина дообстеження пацієнтів, рефрактерних до ІПП, а також в ситуаціях, коли діагноз ГЕРХ залишається під питанням (*сильні рекомендації, низький рівень доказів*) [2]. Крім того, він розглядається в основному як тест, що дозволяє оцінити асоціацію симптоматики з наявністю рефлюксу (*сильні рекомендації, низький рівень доказів*). При ендоскопічно підтвердженій наявності короткого або довгого

сегмента стравоходу Барретта амбулаторний рН-моніторинг рефлюксу для підтвердження ГЕРХ не обов'язковий (*сильні рекомендації, помірний рівень доказів*). Доцільність рутинного проведення рН-моніторингу в практиці педіатра сумнівна, що не виключає можливості його використання при проведенні епідеміологічних досліджень.

Манометрію стравоходу теж складно назвати самостійним методом обстеження, швидше додатковим або уточнюючим діагноз, причому в педіатричній практиці цей метод затребуваним ніколи не був. Що стосується даних доказової медицини, то, на відміну від попередніх рекомендацій, в останньому консенсусі відзначається, що манометрія стравоходу діагностичної ролі при ГЕРХ не має і вона рекомендується тільки для передопераційного обстеження хворих (*сильні рекомендації, низький рівень доказів*) [3].

Проведення рентгенологічного дослідження з барієм, за останніми рекомендаціями, категорично не рекомендується для діагностики ГЕРХ (*сильні рекомендації, високий рівень доказів*) — як у дорослому, так і в дитячому віці [3].

Така нова для нас технологія, як імпедансометрія, що дозволяє вимірювання некіслотно-го, у тому числі дуоденогастрального, рефлюксу в амбулаторних умовах, сьогодні недоступна для рутинної педіатричної практики (втім, як і більшість інших інструментальних методів), до того ж сумнівною є сама доцільність активного впровадження подібного методу діагностики. Окремим пунктом в останніх консенсусах обумовлюється відсутність необхідності скринінгу на інфекцію *Нр* у пацієнтів з ГЕРХ, а також відсутність доцільності проведення антихелікобактерної терапії як рутинного методу антирефлюксної терапії (*сильні рекомендації, низький рівень доказів*).

Що ж пропонують нам замість інвазивних інструментальних методів американські консенсуси? Скрізь, крім окремих випадків, в останніх доказових рекомендаціях домінують емпіричні підходи, зокрема призначення інгібіторів протонної помпи (ІПП) *ex juvantibus*, в якості пробної терапії або так званого «діагностичного методу» (*сильні рекомендації, помірний рівень доказів*) [2]. І незважаючи на те, що в новому консенсусі дозування препарату для ІПП-тесту не назване, а регламентується лише тривалість курсу (у якості первинного курсу лікування рекомендується 8-тижневий (!) курс застосування ІПП), в даний час відзна-

чається тенденція до первинного призначення відразу подвійних доз ІПП. Наскільки можливе застосування подібного підходу в педіатричній гастроентерології? Для авторів статті відповідь неочевидна і досить сумнівна.

Очевидно, що питання про методи діагностики (як рекомендовані, так і застосовувані сьогодні педіатрами України для встановлення факту наявності патології стравоходу) залишається відкритим. Чи можемо ми використовувати без адаптації терапевтичні протоколи та рекомендації? Чим замінити застарілі і нерекондовані на сьогоднішній день методи дослідження? Які нові або вже відомі положення ми повинні більш широко застосовувати в своїй повсякденній практиці? На всі ці та безліч інших питань однозначної відповіді поки що немає. І, безумовно, саме їх вирішення, а також розробка методів дослідження — доступних і малоінвазивних, з одного боку, та максимально інформативних, з іншого боку, є одним з основних завдань дитячих гастроентерологів. Зробити це непросто, тому що відразу очевидними стають інші проблеми: наскільки достовірним буде застосування, скажімо, ультразвукового обстеження стравоходу, яке кілька років тому почали використовувати в терапевтичній практиці і яке максимально легко сприймається як дітьми, так і батьками? Чи можна на підставі цього дослідження робити висновки про справжній стан верхніх відділів травного тракту? Чи можливо адаптувати давно й успішно застосовувані терапевтами запитальники і наскільки вичерпними будуть отримані результати? Чи можливо в принципі створити достовірну і, головне, виправдану схему діагностики рефлюксних порушень у дитячому віці та, маючи на руках доказові факти, розробити алгоритми прогнозування перебігу даної патології з подальшим визначенням максимально індивідуалізованих профілактичних заходів?

Щоб відповісти на всі ці питання, необхідна постійна робота над вивченням патології стравоходу в дитячому віці. Педіатрам насамперед необхідні знання із семіотики захворювань стравоходу, їх характерної клінічної картини, а також атипових, або позастравохідних, проявів. Дуже важливі також правильні уявлення про можливості сучасних функціональних та інструментальних методів діагностики, розумне і зважене використання яких дозволить провести діагностичний пошук.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова О.Ю. Еще раз о факторах риска развития патологии верхних отделов пищеварительного тракта и об оптимизации схем эрадикационной терапии в педиатрической практике / О.Ю. Белоусова // Здоров'я України. — 2016. — №3 (38). — С. 24—26.
2. Ткач С.М. Ведение больных гастроэзофагеальной болезнью в свете последнего американского консенсуса / С.М. Ткач // Гастроэнтерология. — 2013. — №2(48). — С.108—113.
3. American Gastroenterological Association medical position statement on the management of gastroesophageal reflux disease / Kahrilas P.J., Shaheen N.J., Vaezi M.F. [et al.] // Gastroenterology. — 2008. — Vol. 135. — P.1383—1391.
4. Katz P.O. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease / P.O. Katz, L.B. Gerson, M.F. Vela // The American Journal of Gastroenterology. — 2013. — Vol.108. — P. 308—328.
5. The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus / Vakil N., van Zanden S.V., Kahrilas P. [et al.] // Am. J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 101. — P. 1900—20.

## Сведения об авторах:

**Белоусова Ольга Юрьевна** — д.мед.н., проф., зав. каф. педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования. Адрес: г. Харьков, ул. Большая Панасовская, 19.

**Слободянюк Александра Леонидовна** — аспирант каф. педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования. Адрес: г. Харьков, ул. Большая Панасовская, 19.

Статья поступила в редакцию 01.06.2017 г.

## НОВОСТИ

### Как уберечься от пневмонии

День борьбы с пневмонией отмечают во всем мире 12 ноября. Серьезность и опасность этого заболевания трудно переоценить, так как от этой болезни и ее осложнений погибает каждые 20 секунд один ребенок в мире. Наиболее уязвимые это дети младшего возраста, особенно младенцы на искусственном вскармливании, пожилые люди и люди с низким иммунитетом. Так по данным ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения) наблюдается высокий уровень смертности, как среди взрослых, так и среди детей. Особенно это касается детей младшего возраста, а именно период от рождения до 5 лет. Так согласно статистике ВОЗ, 16% детей до 5 летнего возраста погибают во всем мире от этой опасной болезни.

Что же такое пневмония и каковы причины ее возникновения ?!

Пневмония — это инфекционная болезнь, которая вызывает воспаление легких, может иметь различное происхождение и проявления, но, безусловно, очень опасна и требует немедленной диагностики врачом и стационарного лечения в специализированных медицинских учреждениях.

Обычно возбудителями пневмония являются вирусы и бактерии, сопровождающиеся при ОРВИ, но иногда причиной возникновения пневмония может стать такая разновидность грибка, вызывающий пневмоцистоз.

Заразиться пневмонией возможно, если непосредственно общаться с больным (воздушно-капельным путем), а также получить вирус пневмония возможно через кровь.

К симптомам, которые сопровождают пневмония, следует отнести удушливый кашель, повышение температуры тела более 39°C, затрудненность и хрипы при дыхании и тому подобное.

Симптоматика может быть полная или частичная и зависит от течения болезни, своевременности лечения и даже возраста пациента. В группе риска дети с низким иммунитетом, ВИЧ инфицированные, дети, перенесшие заболевания кори, а также родители детей, которые курят дома или в присутствии детей.

Главным инструментом в борьбе с нежелательной и опасной болезнью является комплекс профилактических мероприятий. Самое главное это своевременная вакцинация от Hib-инфекции, кори, краснухи, паротита и других инфекционных заболеваний. Вакцинации в Украине проводится бесплатно за счет государства. Наличие и остатки вакцин в детских медицинских учреждениях Вы можете, перейдя по ссылке <http://bit.ly/2lneFcE>.

И прежде всего, позаботьтесь о укреплении иммунитета, полезном и сбалансированном питании, поддерживайте чистоту в доме, гуляйте чаще на свежем воздухе и соблюдайте правила личной гигиены.

Все эти меры помогут сохранить и укрепить Ваше здоровье! Будьте здоровы!

[http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20171110\\_b.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20171110_b.html)

**Источник: med-expert.com.ua**