

ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ

Байгот С.И., Ракович Д.Ю., Сытый А.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет,

Введение. Острые респираторные инфекции являются одной из наиболее актуальных проблем в педиатрии, важность которой определяется, прежде всего, большой их распространенностью в детском возрасте [1]. Острые ларинготрахеиты занимают ведущее место в структуре заболеваемости детей [1]. Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей – это угрожающее жизни заболевание верхних дыхательных путей, которое может приводить к неблагоприятному исходу [2, 4, 5]. В последние годы отмечается неуклонный рост данной патологии, а также развитие повторных эпизодов стеноза гортани у значительной части пациентов [2, 3].

Цель исследования - изучить особенности острого ларинготрахеита у детей в современных условиях.

Объект и методы исследования

Обследовано 125 детей (85 мальчиков и 40 девочек) с острым ларинготрахеитом (ОЛТ) в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, находившихся на лечение в пульмонологическом отделении Гродненской областной детской клинической больницы.

По возрасту, пациенты были распределены на три возрастные группы. В 1-ю группу были включены дети от 6 месяцев до 1 года (55 детей), во 2-ю группу – (53 ребенка), в 3-ю группу – (17 детей).

Диагноз заболевания был выставлен с учетом эпидемиологического анамнеза, клинических и лабораторных данных.

Результаты и их обсуждение

Чаще всего ОЛТ вызывается вирусами парагриппа и гриппа, адено- иногда респираторным синцитиальным вирусом и *Mycoplasma pneumoniae*, а также вирусно-вирусными ассоциациями. Ведущим этиологическим фактором, обуславливающим воспалительный процесс в гортани и трахее, сопровождающим развитие синдрома крупа, является вирус парагриппа. На его долю приходится примерно половина всех вирусных ОЛТ, развивающихся чаще в осенне-зимний период [2, 5]. Бактериальный ла-

рингит встречается крайне редко. Однако бактериальная флора, активизирующаяся при ОРВИ или присоединяющаяся в результате внутрибольничного инфицирования, может иметь важное значение в развитии неблагоприятного (тяжелого, осложненного) течения ОЛТ [1, 2, 4].

Диагноз ОЛТ основывается на наличии характерной «триады симптомов (осиплость голоса, грубый «лающий» кашель и шумное (стенотическое) дыхание), а также на других проявлениях ОРВИ [1, 2, 3, 4].

Наиболее часто ОЛТ отмечался у детей первого года жизни (44%) и у детей от 1 года до 3 лет (42,4%), реже – от 3 лет до 5 лет (13,6%), $p < 0,05$. В нашем исследовании преобладали пациенты первых трех лет жизни – 108 (86,4%), из них до 1 года – 55 детей. Мальчики болели ОЛТ в 2 раза чаще девочек.

Острый ларинготрахеит у детей часто протекает на фоне отягощенного преморбидного фона. Пищевая аллергия отмечалась у 43,6 % пациентов, атопический дерматит – у 21,6%, анемия – у 16%, искусственное вскармливание – у 57%, избыточная масса тела у 20% детей).

Заболевание у большинства пациентов (81%) развивалось остро, чаще ночью, температура тела повышалась до субфебрильных цифр, иногда был однократный подъем температуры до высоких цифр. Состояние этих детей быстро улучшалось: стеноз гортани ослабевал в среднем через 1-3 дня, осиплость голоса исчезала через 2-3 дня, кашель – через 4-7 дней.

Частое развитие стеноза гортани в раннем детском возрасте связано с возрастными особенностями строения дыхательных путей у детей: относительно узким просветом гортани, воронкообразной формой гортани, рыхлой волокнистой соединительной тканью подсвязочного аппарата, что обуславливает склонность к развитию отека [2, 3, 4].

У 75,2% пациентов с ОЛТ наблюдался стеноз гортани, который возникал на 2-3 день от начала острого респираторного заболевания. Болезнь у этих детей протекала тяжелее, выраженными были симптомы интоксикации, температурная реакция длительнее (3-4 дня). Стеноз гортани исчезал в среднем через 4 дня.

Развитие заболевания связано с возрастными особенностями строения дыхательных путей у детей раннего возраста: отно-

сительно узким просветом гортани, воронкообразной формой гортани, рыхлой волокнистой соединительной тканью подсвязочного аппарата, что обуславливает склонность к развитию отека.

Достоверно чаще у детей отмечался стеноз гортани I степени 88 (70,4%), II степени – у 6 (4,8%), $p < 0,02$. У детей первого года жизни стеноз гортани I степени был выявлен у 35 детей (63,6%), стеноз II степени – у 4 (7,3%). У пациентов от 1 года до 3 лет стеноз гортани I степени отмечался у 41 ребенка (77,4%), II степени – у 2 детей (3,8%), у детей в возрасте от 3 до 5 лет диагностирован только стеноз I степени (70,6%).

При I степени (компенсированный стеноз) состояние детей было средней тяжести. Кашель в начале заболевания имел навязчивый, сухой характер, затем приобретал «лающий» оттенок. Инспираторная одышка также наблюдалась у всех больных, дыхание было шумным при возбуждении, движении и плаче.

При II степени (субкомпенсированный стеноз) состояние детей было тяжелым. При этом больные были беспокойными, возбужденными, сохранялась дисфония, «лающий» кашель, стенотическое шумное дыхание отмечалось и во время покоя, усиливаясь при любой физической нагрузке.

Выявлялась тахикардия, симптомы дыхательной недостаточности (инспираторная одышка, цианоз носогубного треугольника, в дыхательном акте участвовала вспомогательная мускулатура). В 5% случаев наблюдалось волнообразное течение заболевания, в 10% рецидивирующее течение ОЛТ.

В периферической крови отмечались лейкопения (17%), небольшое повышение СОЭ. У большинства детей отмечался лимфоцитоз на фоне нормального количества лейкоцитов и небольшого повышения СОЭ. У 19% детей в периферической крови отмечался лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, повышение СОЭ. Вероятно, более тяжелое течение ОЛТ у этой группы детей связано с присоединением бактериальной флоры.

Выводы

Таким образом, наиболее часто ОЛТ возникает у детей до года и на втором и третьем году жизни. ОЛТ характеризуется среднетяжелым течением с преобладанием стеноза гортани I степени. Клиническая диагностика основывается на наличии харак-

терной «триады» симптомов (осиплость голоса, грубый «лающий» кашель и шумное (стенотическое) дыхание), а также другие проявления ОРВИ. Более тяжелое течение ОЛТ у детей, возможно, связано с присоединением бактериальной флоры.

Литература:

1. Делягин, В.М. Острые респираторные заболевания у детей / В.М. Делягин // Педиатрия. 2009. - № 1. – С. 38–42.

2. Геппе, Н.А. Острый обструктивный ларингит (круп) у детей: диагностика и лечение (по материалам клинических рекомендаций) / Н.А. Геппе, Н.Г. Колосова, А.Б. Малахов, И.К. Волков // Русский медицинский журнал. - 2014. - №14. - С. 305-308.

3. Махкамова Г. Г. Результаты изучения этиологии крупа у детей и оценка эффективности ингаляционных кортикостероидов / Г. Г. Махкамова, Э. А. Шамансурова // Педиатр. фармакология. - 2009. - № 4. - С. 35-39.

4. Савенкова, М.С. Современные аспекты этиопатогенеза и тактики ведения детей с острым стенозирующим ларингитом / М.С. Савенкова // Педиатрия. – 2007. - 87(1). – С. 133–138.

5. Wald, E.L. Croup: common syndromes and therapy / E.L. Wald // Pediatr. Ann. – 2010. - № 39(1). – P. 15–21.

АЛГОРИТМ ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОСНОВНОЙ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Басалай И. А., Власова-Розанская Е. В., Львова Н. Л.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»

Заболевания почек сопровождаются разнообразной клинической картиной: от бессимптомной гематурии до симптомов нефротического синдрома и почечной недостаточности. Поэтому актуальна и проблема инвалидности вследствие нефрологической патологии. Это связано с преобладанием среди инвалидов лиц трудоспособного возраста и развитием у пациентов почечной недостаточности.

Целью исследования являлась разработка алгоритма экспертно-реабилитационной диагностики состояния пациентов с основной инвалидизирующей патологией нефрологического профиля.