

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ

Байгот С.И., Марушко И.В., Литавор А.М.*, Дрокина О.Н.*,
Юшкевич Н.Т.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
1-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь,
*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»,
Гродно, Беларусь

Введение. Одним из частых и наиболее тяжелых проявлений респираторных инфекций у детей является острый стенозирующий ларинготрахеит. Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей – это угрожающее жизни заболевание верхних дыхательных путей, которое может приводить к неблагоприятному исходу [1, 4, 5]. В последние годы отмечается неуклонная тенденция к росту данной патологии.

Цель исследования – изучить особенности лечения острого стенозирующего ларинготрахеита у детей.

Объект и методы исследования. Обследовано 124 ребенка с острым стенозирующим ларинготрахеитом (ОСЛТ) в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, находившихся на лечении в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница».

По возрасту, пациенты были распределены на три возрастные группы. В 1-ю группу были включены дети от 6 месяцев до 1 года (54 ребенка), во 2-ю группу – от 1 года до 3 лет (52 ребенка), в 3-ю группу – от 3 до 5 лет (18 детей).

Оценка степени тяжести стеноза гортани проводилась с использованием клинической характеристики симптомов.

Полученные результаты были обработаны при помощи программы STATISTICA 10.0.

Результаты и их обсуждение. У 75,2% пациентов с ОСЛТ наблюдался стеноз гортани. 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 [1, 2, 4, 5]. Достоверно чаще у детей отмечался стеноз гортани I степени 88 (70,4%), II степени – у 6 (4,8%), $p < 0,02$.

На первом году 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%).

Лечебные мероприятия при ОСЛТ должны быть направлены на как можно быстрое восстановление дыхательной функции и улучшение состояния больного, предупреждение прогрессирования стеноза гортани и летального исхода.

Показания к госпитализации: все дети со 2-й и выше степенью стеноза гортани; при 1-й степени: дети до года жизни; отсутствие эффекта от проводимой терапии; предшествующие применения кортикостероидов; недоношенность; сопутствующая патология; врожденные аномалии развития гортани; эпидемиологические и социальные показания [4].

Основным средством медикаментозного лечения ОСЛТ у детей на сегодняшний день являются ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) [2, 3, 4, 5]. ИГКС рассматриваются как «первая линия» в терапии стеноза гортани независимо от степени тяжести, раннее использование которых способствует сокращению количества госпитализаций (в т. ч. повторных) и сроков пребывания в стационаре, уменьшению потребности в дополнительных назначениях [2, 3, 4, 5]. Ингаляционный путь введения ГКС по сравнению с системным способствует более быстрому купированию явлений стеноза, характеризуется меньшей кратностью применения препарата (1-2 раза в сутки) и низким риском развития побочных эффектов. В настоящее время ингаляционная терапия проводится с помощью дозированных аэрозольных ингаляторов, снабженных специальными насадками (спейсерами), или при введении лекарственных средств через небулайзер [3, 4, 5]. Наиболее целесообразными следует считать следующие аэрозольные ингаляторы либо растворы для небулайзера: гормональные

(будесонид и флутиказон) [2, 4].

При лечении стеноза гортани суспензия будесонида для небулайзера (Пульмикорт, Бодинет) назначается в дозе 2 мг в сутки (единовременно или по 1 мг в 2 приема с интервалом в 30 мин [2, 3, 4, 5]. Тяжелое течение ОСЛТ (III, III-IV степени стеноза гортани), нарастающая дыхательная недостаточность требуют незамедлительного назначения адреналина при помощи небулайзера [2]. При этом в качестве носителя предпочтителен кислород, а не атмосферный воздух. Стандартная дозировка для небулайзерной терапии составляет 3-5 мл 0,1% раствора адреналина (неразведенного!) [2]. Не рекомендуется повторное ингаляционное введение адреналина в течение 1 часа [2]. С современных позиций адреналин рассматривается как средство, позволяющее быстро, но ненадолго, улучшать проходимость гортани [2].

В тяжелых случаях стеноза гортани назначаются системные ГКС из расчета 0,6 мг/кг дексаметазона парентерально однократно (обладает большей продолжительностью действия по сравнению с преднизолоном). При возобновлении симптомов необходимо их повторное введение в той же дозе. Лечебный эффект от введения стероидов наступает спустя 15-45 минут и длится 4-8 часов. Преднизолон назначают в дозе 2-5 мг/кг парентерально. Стероидная терапия может быть продолжена на протяжении нескольких дней, однако со второго дня дозу ГКС снижают [1, 2, 4].

Противовирусные препараты эффективны в первые 48 часов. Эффективность антибактериальной терапии при вирусном ларингите не доказана [1, 4].

Показания к назначению антибактериальной терапии при ОСЛТ: микоплазменная этиология заболевания или подозрение на нее (применяются антибиотики из группы макролидов; длительность курса – 7-14 (для азитромицина – 3-5) дней; признаки бактериальных осложнений или сопутствующих состояний [1, 4].

Некоторые авторы отдают предпочтение цефалоспорином III и IV поколений с широким спектром действия (цефиксим, цефтриаксон, цефотаксим, цефтазидим, цефоперазон, цефепим).

При тяжелых формах заболевания применяются также карбапенемы (меронем), которые обладают более широким спектром активности. При легких и среднетяжелых формах ОСЛТ предпочтение отдается пероральным формам антибиотиков (суспензии). При рецидивирующем ларингите следует исключать хламидийную этиологию инфекции и применять макролиды (азитромицин, кларитромицин, джозамицин, рокситромицин, ровамицин) [3, 4].

Детям с рецидивирующим ларингитом в периоде реконвалесценции для предупреждения формирования гиперчувствительности гортани и бронхов необходима длительная (1-2 месяца) гипосенсибилизирующая терапия блокаторами H₁-гистаминовых рецепторов (цетиризин) [1, 4].

После ликвидации острых проявлений стеноза гортани с целью разжижения и удаления мокроты из дыхательных путей при сохраняющемся кашле, обструкции нижних дыхательных путей назначают бронхо- и муколитические препараты внутрь или ингаляционным способом. При нетяжелом ОСЛТ в качестве муколитической терапии достаточно ингаляций 0,9% р-ра NaCl через небулайзер 3-4 раза в сутки [1, 2].

Всем обследованным пациентам со стенозом гортани не зависимо от его степени тяжести были назначены системные глюкокортикостероиды парентерально в связи с отсутствием ингаляционных глюкокортикостероидов для небулайзерной терапии. При I степени стеноза дети получали преднизолон в дозе 2 мг/кг внутримышечно, при II степени – 5 мг/кг.

Межквартильный размах (Me (Q25-Q75)) продолжительности лечения системными глюкокортикостероидами составил 2,0 (1,0-3,0). Длительность терапии у детей первого года жизни составила 3,0 (2,0-3,0) и достоверно была дольше, чем у детей от 1 года до 3 лет 2,0 (1,0-3,0), $p=0,02$. У детей от 3 до 5 лет средняя длительность лечения системными глюкокортикоидами была дольше, чем у детей от 1 года до 3 лет 3,0 (2,0-3,0), $p>0,05$. Достоверных различий длительности терапии глюкокортикоидами в зависимости от степени стеноза гортани при ОСЛТ не выявлено.

Все пациенты с клинико-лабораторными признаками

бактериальной инфекции получали цефалоспорины III поколения внутримышечно и с муколитической целью амброксол внутрь.

Средняя продолжительность госпитализации Me (Q25-75) у детей с ОСЛТ составила 4,0 (2,0-5,5) дня: у детей 1-й группы – 5,0 (3,0-6,0) дней, 2-й группы – 3,0 (2,0-5,0) суток, у пациентов 3 группы составила 2,5 (1,0-4,0) дня. Дети первого года жизни достоверно дольше находились на стационарном лечении, чем пациенты 2-й и 3-й групп ($p < 0,01$).

Выводы:

1. У детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом чаще отмечается стеноз гортани I степени.

2. Длительность стационарного лечения острого стенозирующего ларинготрахеита у детей первого года жизни была более продолжительной.

3. Препаратами выбора в лечении стеноза гортани являются ингаляционные глюкокортикостероиды, при отсутствии которых можно использовать системные глюкокортикостероиды.

Список литературы:

1. Острый обструктивный ларингит (круп) у детей: диагностика и лечение (по материалам клинических рекомендаций) / Н. А. Геппе [и др.] // Русский медицинский журнал. – 2014. – №14. – С. 305–308.

2. Современные рекомендации по лечению стенозирующего ларинготрахеита у детей / Т. А. Когут [и др.] // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2014. – Т. 16, № 5 (2). – С. 718–722.

3. Савенкова, М. С. Современные аспекты этиопатогенеза и тактики ведения детей с острым стенозирующим ларингитом / М. С. Савенкова // Педиатрия. – 2007. – Т. 87, № 1. – С. 133–38.

4. Шайтор, В. М. Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей: рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе / В. М. Шайтор // Скорая медицинская помощь. – 2014. – Т. 15, № 4. – С. 56–60.

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