

хание), а также другие проявления ОРВИ. Более тяжелое течение острого ларинготрахеита у детей, возможно, связано с присоединением бактериальной флоры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомилский, М. А. Ларингит у детей: особенности течения и лечения / М. Р. Богомилский, Е. Ю. Радциг // Вестн оториноларингологии. - 2009. - № 1. - С. 45-49.
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. – 2008. – Т. 87. – № 1. - С. 133–38.
5. Jonson, D. Croup / D. Jonson // Clinical Evidence. - 2009. - №3. - P. 321.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ

¹Байгот С.И., ¹Ракович Д.Ю., ¹Сытый А.А., ²Марушко И.В.,
²Литовор А.М., ²Дрокина О.Н.

¹Гродненский государственный медицинский университет,
²Гродненская областная детская клиническая больница

Актуальность. Острые респираторные вирусные инфекции занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста. На долю острых респираторных заболеваний приходится свыше 90% всех регистрируемых инфекционных форм [1]. Одним из частых и наиболее тяжелых проявлений респираторных инфекций у детей от 6 месяцев до 3-х лет является острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) или синдром крупа. [1, 2]. В последние годы отмечается неуклонная тенденция к росту данной патологии, а также развитие повторных эпизодов стеноза гортани у значительной части больных [1, 3, 4].

Цель – оценить степень тяжести острого стенозирующего ларинготрахеита у детей в зависимости от выраженности клини-

ческих симптомов и с помощью шкалы Уэстли.

Методы исследования

Обследовано 124 ребенка (85 мальчиков и 39 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 (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).

Критерии оценки степени тяжести ОСЛТ проводились с использованием клинической характеристики симптомов и по шкале Уэстли.

Достоверность показателей оценивали по методу Хилла.

Результаты и их обсуждение

ОСЛТ – синдром (симптомокомплекс), характеризующийся локализацией воспалительного процесса преимущественно в подскладочном отделе гортани и клинически проявляющийся «триадой» симптомов: осиплостью голоса, грубым «лающим» кашлем и шумным (стенотическим) дыханием [1, 2, 3, 4].

В практической работе очень важна диагностика степени выраженности стеноза гортани.

В зависимости от выраженности клинической симптоматики выделяют 4 степени стеноза гортани: I (состояние компенсации) II (состояние субкомпенсации) III (состояние декомпенсации) IV (состояние асфиксии) [2, 4].

Стеноз гортани среди всех обследованных детей был диагностирован у 94 (75,8%) детей, из них у 87 (70,1%) детей отмечался стеноз гортани I степени, у 7 (5,6%) – II степени, $p < 0,02$. В зависимости от возраста у детей первого года жизни стеноз гортани отмечался у 41 (75,9%) пациентов, от 1 года до 3 лет – у 41 (78,8%) ребенка, от 3 до 5 лет – у 12 (66,7%) детей. В зависимости от степени тяжести у детей первого года жизни стеноз гортани I степени был выявлен у 37 (68,5%) детей, стеноз II степени - у 4 (7,4%). В возрасте от 1 года до 3 лет стеноз гортани I степени отмечался у 38 (73,1%) детей, II степени - у 3 (5,8%) пациентов. У 66,7% детей в возрасте от 3 до 5 лет диагностирован только стеноз I степени. Ни у одного ребенка старше 3 лет не наблюдался стеноз гортани II степени.

В международной практике для оценки тяжести крупа используется шкала Уэстли (индекс Уэстли) [3]. Тяжесть крупа по шкале Уэстли определяется как сумма баллов в зависимости от выраженности отдельных симптомов (таблица).

Легкий стеноз определяется при сумме баллов Уэстли ≤ 3 . Средняя тяжесть стеноза определяется при сумме баллов Уэстли от 4 до 7, при этом учитываются следующие признаки: одышка в покое, умеренное западение уступчивых мест грудной клетки (ретракция), другие симптомы или признаки дыхательной недостаточности, слабо или умеренно выраженное возбуждение. Тяжелый стеноз определяется при сумме баллов Уэстли ≥ 8 до 17, при этом учитываются следующие признаки: выраженная одышка в покое, одышка может уменьшаться при прогрессировании обструкции верхних дыхательных путей и снижении интенсивности проведения воздуха, отчетливое западение всех уступчивых мест грудной клетки (в том числе втяжение грудины), резкое возбуждение или угнетение [3].

Таблица. - Шкала Уэстли (The Westhley Croup Score, Westley CR et al., 1978)

Критерий	Выраженность	Баллы
одышка	отсутствует	0
	в покое (с помощью стетоскопа)	1
	в покое (на расстоянии)	2
участие вспомогательной мускулатуры	отсутствует	0
	умеренно в покое	1
	выражено в покое	2
цианоз	отсутствует	0
	во время плача	1
	в покое	3
сознание	нормальное	0
	возбуждение	2
	сопор	5
тип дыхания	регулярное	0
	тахипноэ	2
	апноэ	5

Согласно оценке тяжести ОСТЛ по шкале Уэстли одышка в покое (с помощью стетоскопа) была выявлена у 68 (54,8%) детей, одышка в покое (на расстоянии) – у 13 (10,5%) пациентов. Уме-

ренное участие вспомогательной мускулатуры в покое отмечалось у 42 детей, что составило 33,9%. Выраженной одышки в покое не наблюдалось ни у одного пациента. Цианоз и нарушение сознания отсутствовали у всех детей с ОСЛТ. Тахипное отмечалось у 39 (31,5%) пациентов, апноэ не было выявлено ни у одного ребенка.

Стеноз гортани по шкале Уэстли среди всех обследованных детей отмечался у 88 (71%) пациентов с ОСЛТ, из них стеноз гортани легкой степени (сумма баллов ≤ 3) был выявлен достоверно чаще у 72 (58,6%) детей, средней степени тяжести (сумма баллов от 4 до 7) – у 16 (11,3%) пациентов, $p < 0,01$. В зависимости от возраста у детей первого года жизни стеноз гортани отмечался у 37 (68,5%) пациентов, от 1 года до 3 лет – у 42 (80,8%) детей, от 3 до 5 лет – у 9 (50%) детей. В зависимости от степени тяжести у детей первого года жизни стеноз гортани I степени был выявлен у 30 (55,6%) детей, стеноз II степени – у 7 (12,6%). В возрасте от 1 года до 3 лет стеноз гортани I степени отмечался у 38 (73,1%) детей, II степени – у 4 (7,7%) пациентов. У детей в возрасте от 3 до 5 лет стеноз I степени диагностирован у 4 (22,2%) детей, стеноз гортани II степени – у 5 (27,8%) детей, при использовании клинических характеристик ни у одного ребенка не установлен стеноз II степени в данной возрастной группе. Тяжелый стеноз не был выявлен ни у одного обследованного ребенка. При оценке степени тяжести стеноза гортани клинически и по шкале Уэстли достоверных различий не установлено. Использование шкалы Уэстли для оценки степени тяжести ОСЛТ у детей позволяет более точно установить наличие стеноза и его степень тяжести.

Выводы

Стеноз гортани у детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом наиболее часто диагностируется у детей первых трех лет жизни, в зависимости от выраженности клинических проявлений и с помощью шкалы Уэстли чаще отмечался стеноз гортани I степени.

Оценка степени тяжести стеноза гортани с острым стенозирующим ларинготрахеитом по шкале Уэстли может быть использована в клинической практике, что позволит более точно оценить наличие стеноза гортани у детей и его степень тяжести.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакрадзе, М.Д. Рациональная терапия крупа у детей / М.Д. Бакрадзе, А.С. Дарманян, В.К. Таточенко // Вопросы современной педиатрии. - 2007. - Т. 6. - №5. - С. 32-36.

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. Когут, Т.А. Современные рекомендации по лечению стенозирующего ларинготрахеита у детей / Т.А. Когут, Л.И. Мозжухина, Н.П. Ганичева, Л.Г. Емеличева // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. - 2014. – Т. 16. - №5(2). – С. 718-722.

4. Савенкова, М.С. Современные аспекты этиопатогенеза и тактики ведения детей с острым стенозирующим ларингитом / М.С. Савенкова // Педиатрия. - 2008. - Т. 87. - №1. - С. 133-138.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Балабанович Т.И., Шишко В.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальной проблемой современной кардиологии в последние годы стало изучение взаимосвязи фибрилляции предсердий (ФП) и синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС).

Фибрилляция предсердий относится к числу широко распространенных аритмий и имеет тенденцию к дальнейшему росту заболеваемости. Согласно данным эпидемиологических исследований, ее частота в общей популяции составляет 1–2%, а с возрастом «натиск» заболевания увеличивается и составляет в 60-70 лет- 4%, в 70-80 лет- 8% и около 14% в возрасте 90 лет и старше [1, 2].

Распространенность СОАГС среди пациентов с ФП в белорусской популяции изучена недостаточно, но по зарубежным литературным данным может достигать 40-50% [4, 3]. События СОАГС приводят к развитию нарушений гемодинамики, оксидативного стресса, эндотелиальной дисфункции, ремоделированию сердца и сосудов, что является субстратом для инициации ФП, ее сохранения и прогрессирования. Положительный тренд взаимо-