

FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS AND PREVALENCE OF SYNCOPAL CONDITIONS IN CHILDREN

Artsymenia V. G., Artsymenia V. A., Zenevich O. V.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

vlad.artsimanya.0202@mail.ru

This article describes the causes of fainting conditions in childhood and the main characteristics of clinical picture. It also allows us to analyze different diagnostic and treatment methods.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЛАРИНГИТА У ДЕТЕЙ

Арцименя В. А., Арцименя В. Г., Зеневич О. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

profdoc.ru@mail.ru

Введение. Острый обструктивный ларингит (круп) – воспаление гортани и тканей подскладочного пространства с сужением просвета гортани. Ранее также использовался термин «стенозирующий ларинготрахеит». Основным возбудителем данного заболевания является вирус парагриппа (до 80% всех случаев), а также вирусы гриппа А и В, аденовирусы, респираторно-синцитиальный вирус, риновирусы, энтеровирусы, бокавирус, коронавирус, метапневмовирус и др. Круп чаще встречается у детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет. Обычно это быстро купирующееся острое заболевание, разрешение симптомов наступает в течение 48 часов от начала адекватной терапии в 60% случаев, однако приблизительно 5% детей с крупом требуется госпитализация в стационар, причем 1-3% из госпитализированных может потребоваться искусственная вентиляция легких [1].

Комплекс неотложных лечебных мероприятий при крупе хорошо разработан и отражен в действующем клиническом протоколе от 17 августа 2023 г. № 118 «Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи пациентам детского возраста».

Цель исследования. Анализ клинико-anamnestic особенностей течения и принципов терапии острого обструктивного ларингита у детей.

Материалы и методы. В течение 3 лет за медицинской помощью с диагнозом острый ларингит в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» обратилось 1203 ребёнка. Количество госпитализированных составило 826 человек, амбулаторная помощь была оказана 377 детям. Основная информация по анамнестическим данным получена при анализе медицинских карт стационарных пациентов в системе 4dclient.

Результаты исследования. Госпитализированные были распределены в 2 репрезентативные группы. Первую группу (I) составили 292 (35,3%) ребенка с острым обструктивным ларингитом, вторую (II) – с острым ларингитом, ларинготрахеитом без стеноза 534 (64,7%).

У 73 (25 %) детей острый обструктивный ларингит протекал с осложнениями, связанными с присоединением бактериальной инфекции: бактериальные трахеиты с клиническими симптомами стридора – у 18 (24,6%) детей, обструктивный синдром – у 33 (45,2%), пневмонии – у 22 (30,2%). Большинство детей были в возрасте от 1 года до 3 лет – 44,72 %, от 3 до 6 лет – 26,48 %, от 28-го дня до 12 месяцев – 17,27%, от 7 до 11 лет – 8,3%, от 12 до 18 лет – 3,09 %.

Заболевших мальчиков было больше – 36 (65%), чем девочек – 14 (35%), $p < 0,03$.

Среднее физическое развитие в 1 группе имели 62 (21,2%) ребенка, выше среднего и высокое – 154 (52,7%) и низкое – 76 (26,1%). Среди детей с высоким физическим развитием у 8 (5 %) наблюдался избыток массы тела, в то время как с низким физическим развитием у 14 (18,4%) выявлена острая белково-энергетическая недостаточность легкой и средней степени тяжести. Во 2 группе при оценке физического развития дети распределились следующим образом: 377 (70,6%) имели среднее физическое развитие, у 69 (12,9%) – ниже среднего, 88 (16,5%) – выше среднего.

У 69% детей круп протекал со стенозом гортани 1 степени, у 28% – со стенозом 2 степени, у 3% – со стенозом 3 степени.

Средний койко-день среди госпитализированных в 1 группе составил $(10,7 \pm 4,2)$, а во 2 группе $(7,9 \pm 3,1)$, с незначительными статистическими различиями.

При анализе лабораторных данных периферической крови (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты и СОЭ) у детей обеих групп существенно значимых отличий в показателях не наблюдалось ($p > 0,04$). У 60 % отмечалось ускорение СОЭ до 20 мм/час, у 58% – лейкоцитоз с лимфоцитозом, у 4% выявлена гипохромная нормоцитарная анемия.

Всем пациентам при подозрении на пневмонию проводилось рентгенологическое обследование, по результатам которого в 1 группе выявлено 19 детей с очаговой пневмонией, 3 ребёнка с сегментарной пневмонией.

Большинство детей находилось на лечении в пульмонологическом отделении, 25 (8,6%) детей из 1 группы до лечения в пульмонологическом отделении в связи с тяжестью состояния находились в отделении реанимации.

Антибактериальная терапия назначалась при осложненном течении острого обструктивного ларингита. Наиболее часто в стационаре использовали для внутривенного введения цефалоспорины 3 поколения (цефотаксим, цефтриаксон) – у 61%, аминогликозиды (амикацин) – у 14%, перорально назначались защищенные пенициллины – у 11% и макролиды – (кларитромицин или азитромицин) – у 14% детей.

Установлено, что для оказания неотложной медицинской помощи при остром обструктивном ларингите выполнялись следующие назначения: внутримышечные введения системных глюкокортикостероидов – 66,0% (преднизолон – 56%, дексаметазон – 10%), ингаляции с адреномиметиком смешанного типа (эпинефрином 0,18%) – 28%, внутримышечные введения антигистаминных препаратов 1 поколения (хлоропирамин) – 6%.

Выводы. Длительность госпитализации и назначение антибактериальной терапии зависит от течения заболевания и сопутствующей патологии.

В зоне риска по развитию обструкции верхних дыхательных путей являются дети от 1 до 3 лет в связи с анатомо-физиологическими особенностями детской гортани и трахеи.

Осложненному течению ларингита подвержены дети с фоновыми заболеваниями, с избыточной массой тела и белково-энергетической недостаточностью.

Лечение острого ларингита не требует назначения антибактериальной терапии, в случаях осложнений и присоединения бактериальной инфекции используют чаще всего цефалоспорины 3 поколения.

Для оказания неотложной помощи при стенозирующем ларинготрахеите в 66% случаев применялись внутримышечные введения системных глюкокортикостероидов.

Литература

1. Диагностика и лечение отдельных нозологических форм острой респираторной инфекции у детей (тонзиллофарингит, ларингит, ларинготрахеит, эпиглоттит, синусит, отит): учебное пособие / Л. А. Жданова [и др.]. – Иваново: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2023. – 98 с.

2. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи пациентам детского возраста [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 17 августа 2023 г., № 118 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22340389p>. – Дата доступа: 10.09.2024.

CLINICAL AND ANAMNESTIC FEATURES OF THE COURSE AND PRINCIPLES OF THERAPY OF LARYNGITIS IN CHILDREN

Artsymentia V. A., Artsymentia V. G., Zenevich O. V.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

profdoc.ru@mail.ru

Acute obstructive laryngitis (croup) is an inflammation of the larynx and subcutaneous tissues with narrowing of the laryngeal lumen. The main causative agent of this disease is the parainfluenza virus (up to 80% of all cases), as well as influenza A and B viruses, adenoviruses, respiratory syncytial virus, rhinoviruses, enteroviruses, bocavirus, coronavirus, metapneumovirus, etc.