

асфиксии тяжелой степени. ИВЛ потребовалась 17 (21,2%) новорожденным детям только в исследуемой группе. Все новорожденные в группе сравнения на первой и пятой минутах жизни оценены 8 баллов и выше. Достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) в исследуемой группе встречались новорожденные с умеренной и тяжелой асфиксией, которым требовалась ИВЛ.

**Заключение:** наиболее частыми проявлениями врожденной ЦМВИ являются воспалительные изменения в плаценте в виде виллузита, интервиллузита и хориоамнионита на фоне осложненного течения беременности. Кроме того, исходами беременности являются преждевременные роды и рождение детей в состоянии умеренной и тяжелой асфиксии, которые требуют искусственной вентиляции легких в первые минуты жизни.

#### **Список литературы:**

1. Алгоритм выявления, комплексного обследования и динамического наблюдения детей раннего возраста с цитомегаловирусной инфекцией: инструкция по применению № 031-0312: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 13.04.2012 г. / Бел. гос. мед. ун-т ; 3-я гор. детская клинич. больница; Гор. детская инфекц. клинич. больница; сост.: И.Г. Германенко, Т.А. Артёмчик, Т.И. Лисицкая, Н.И. Рожновская, Н.В. Бруй, Н.Л. Ключко. – Минск, 2012. – 8 с.
2. Артёмчик, Т.А. Врожденная цитомегаловирусная инфекция на современном этапе / Т.А. Артёмчик // Мед. журн. – 2012. – № 3. – С. 8-10.
3. Артёмчик, Т.А. Клинико-лабораторные характеристики врожденной цитомегаловирусной инфекции в неонатальном периоде / Т.А. Артёмчик, И.М. Крастелева // Мед. журн. – 2014. – № 1. – С. 135-138.
4. Цинзерлинг, В.А. Перинатальные инфекции. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений: практическое руководство / В.А. Цинзерлинг, В.Ф. Мельникова. – СПб.: Элби, 2002. – 352 с.
5. Awareness of and knowledge about mother-to-child infections in Japanese pregnant women / I. Morioka [et al.] // Congenit. Anom. – 2014. – Vol. 54, №1. – P. 35-40.

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЛАРИНГОТРАХЕИТОВ У ДЕТЕЙ**

*Байгом С.И., Марушко И.В.\*, Литавор А.М.\**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

1-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

\*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно, Беларусь

**Введение.** Наиболее частыми осложнениями острых респираторных инфекций (ОРИ) у детей являются различные заболевания ЛОР-органов. Острые ларинготрахеиты занимают ведущее место в структуре заболеваемости детей [1]. Развитие заболевания связано с возрастными особенностями строения дыхательных путей у детей раннего возраста: относительно узким просветом гортани, воронкообразной формой гортани, рыхлой волокнистой соединительной тканью подсвязочного аппарата, что обуславливает склонность к развитию отека.

**Цель исследования:** изучить течение острых стенозирующих ларинготрахеитов у детей в современных условиях.

**Объект и методы исследования.** Обследовано 80 детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом (ОСЛ) в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, находившихся на лечение в пульмонологическом отделении Гродненской областной детской клинической больницы.

В возрасте от 6 месяцев до 1 года было 25 детей, от 1 года до 3 лет – 42 ребенка, от 3 лет до 5 лет – 13.

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

**Результаты и их обсуждение.** Согласно литературным данным, ОСЛ может развиваться на фоне респираторной инфекции любой этиологии [3, 5]. Основную роль играют вирусы парагриппа и гриппа (33-48% случаев) [2, 3, 4]. В эпидемический период причиной ОСЛ, как правило, является вирус гриппа типа А. В последнее время в этиологии ОСЛ имеют значение ассоциации патогенов: парагрипп + аденовирусы, РС-вирус + *S. pneumoniae*. Ведущим этиологическим фактором, по литературным данным, обуславливающим воспалительный процесс в гортани и трахее являются чаще всего вирусы парагриппа (38%) и гриппа (30%), РС-вирус – 8%, аденовирусы – 5%, бактерии (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *S. aureus*) – 11%, внутриклеточные возбудители (*Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma pneumoniae*) – 8% [3, 4]. Бактериальный ларингит 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 ОСЛ [2, 4].

Наиболее часто ОСЛ возникает у детей второго и третьего года жизни (более 50% заболевших), несколько реже – в грудном возрасте (6-12 месяцев) и на четвертом году жизни [3]. В нашем исследовании преобладали дети первых трех лет жизни – 67, из них до 1 года – 25. Мальчики болели ОСЛ в 2 раза чаще, чем девочки.

Отягощенный преморбидный фон имели 30% детей с ОСЛ (атопический дерматит у 16 детей, анемия у 35, раннее искусственное вскармливание у 57, избыточная масса тела у 23).

Заболевание у большинства больных (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 1-2 дня, осиплость голоса исчезала через 2-3 дня, кашель – через 4-7 дней.

У 19% пациентов с ОСЛ наблюдался стеноз гортани, который возникал на 3-4 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.

У 62 детей развился стеноз гортани I степени, у 5 – II степени. Ни у одного ребенка старше 3 лет стеноз гортани не наблюдался.

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 ОСЛ.

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

#### **Выводы:**

1. Наиболее часто ОСЛ возникает у детей второго и третьего года жизни.
2. ОСЛ характеризуется среднетяжелым течением с преобладанием стеноза гортани I степени.
3. Клиническая диагностика основывается на наличии характерной «триады» симптомов (осиплость голоса, грубый «лающий» кашель и шумное (стенотическое) дыхание), а также другие проявления ОРВИ.
4. Более тяжелое течение ОСЛ у детей, возможно, связано с присоединением бактериальной флоры.

#### **Список литературы:**

1. Делягин, В.М. Острые респираторные заболевания у детей / В.М. Делягин // Педиатрия. – 2009. – № 1. – С. 38-42.
2. 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.
3. Савенкова, М.С. Современные аспекты этиопатогенеза и тактики ведения детей с острым стенозирующим ларингитом / М.С. Савенкова // Педиатрия. – 2007. – Vol. 87 (1). – С. 133-38.
4. Wald, E.L. Croup: common syndromes and therapy / E.L. Wald // Pediatr. Ann. – 2010. – № 39 (1). – P. 15-21.

### **ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЛАРИНГИТТРАХЕИТОМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

*Байгом С.И.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет», 1-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

**Введение.** Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста. Одним из частых и наиболее тяжелых проявлений респираторных инфекций у детей от 6 месяцев