

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

до 3-х лет является острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛ) или синдром крупа [1, 2].

Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей – это угрожающее жизни заболевание верхних дыхательных путей, которое может приводить к неблагоприятному исходу [1, 4, 5].

**Цель исследования:** изучить особенности течения и тактики ведения острого стенозирующего ларингита у детей в современных условиях по литературным данным.

**Результаты и их обсуждение.** Чаще всего ОСЛ вызывается вирусами парагриппа и гриппа, адено- или респираторно-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 ОСЛ, развивающихся чаще в осенне-зимний период [2, 5]. 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 [1, 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. ОСЛ редко возникает у детей старше 5 лет и никогда в первые 4 месяца жизни [2, 4].

Основные механизмы развития ОСЛ: воспалительный и/или аллергический отек с клеточной инфильтрацией слизистой гортани (подскладковое пространство) и трахеи; рефлекторный спазм мышц гортани; гиперсекреция слизистых желез, скопление в области голосовой щели густой мокроты, корок, фибринозных или некротических наложений [1, 2].

Острый стенозирующий ларинготрахеит может начинаться с продромальных явлений в виде субфебрильной или фебрильной лихорадки и катаральных явлений в течение 1-3 дней. Чаще начало заболевания внезапное, преимущественно ночью или в вечернее время. Ребенок просыпается от приступа грубого кашля, шумного затрудненного дыхания. Клинические проявления ОСЛ динамичны и могут прогрессировать во времени от нескольких минут до 1-2 суток, от стадии компенсации до состояния асфиксии. Дисфония нарастает по мере прогрессирования отека вплоть до развития афонии. Отмечается грубый «лающий» или «каркающий» короткий отрывистый кашель, громкость которого может меняться: чем больше отек, тем тише кашель. Появляется также инспираторный, или двухфазный, стрidor – стенотическое дыхание, обусловленное затрудненным прохождением вдыхаемого воздуха через суженный просвет гортани. Вдох либо и вдох, и выдох (двухфазный стрidor) удлинены и затруднены, дыхание приобретает шумный хриплый характер с раздуванием крыльев носа и втяжением уступчивых мест грудной клетки [4].

Диагноз ОСЛ основывается на наличии характерной «триады симптомов» (осиплость голоса, грубый «лающий» кашель и шумное (стенотическое)

дыхание), а также на других проявлениях ОРВИ [1, 2, 4].

В зависимости от выраженности клинической симптоматики выделяют 4 степени стеноза гортани: I (состояние компенсации) II (состояние субкомпенсации) III (состояние декомпенсации) IV (состояние асфиксии). В международной практике для оценки тяжести крупа используется шкала Уэстли [2, 5].

Оценка степени стеноза гортани обуславливает медицинскую тактику и объем медицинских вмешательств, оказываемых ребенку. Объем медицинской помощи больному ребенку, зависит также от этапа оказания медицинской помощи.

Лечебные мероприятия при ОСЛ 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 первого года жизни; отсутствие эффекта от проводимой терапии; предшествующие применения кортикостероидов; недоношенность; сопутствующая патология; врожденные аномалии развития гортани; эпидемиологические и социальные показания [4].

На сегодняшний день основным средством медикаментозного лечения ОСЛ у детей являются ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) [2, 3, 4, 5]. ИГКС рассматриваются как «первая линия» в терапии крупа 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) 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: флутиказон и будесонид [2, 4].

При лечении синдрома крупа суспензия будесонида для небулайзера (Пульмикорт) назначается в дозе 2 мг/сут (единовременно или по 1 мг в 2 приема с интервалом в 30 мин [2, 3, 4, 5].

Тяжелое течение ОСЛ (III, III-IV степени стеноза гортани), нарастающая дыхательная недостаточность требуют незамедлительного назначения адреналина при помощи небулайзера. 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!). Не рекомендуется повторное ингаляционное введение адреналина в течение 1 часа. 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 ОСЛ: 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 ОСЛ предпочтение отдается пероральным формам АБ (суспензии). При рецидивирующем ларингите следует исключать хламидийную этиологию инфекции и применять макролиды (азитромицин, кларитромицин, джозамицин, рокситромицин, ровамицин, мидекамицин) [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 бронхолитические и муколитические препараты внутрь или ингаляционным способом. При нетяжелом ОСЛ в качестве муколитической терапии достаточно ингаляций 0,9% р-ра NaCl через небулайзер 3-4 раза в сутки. Использование современных муколитиков (ацетилцистеин, амброксол, карбоцистеин) показано лишь в терапии тяжелых форм ОСЛ, при развитии гнойного ларинготрахеита и ларинготрахеобронхита, пневмонии [2, 3, 4].

**Таким образом,** оптимизация лечения детей с ОСЛ позволит адекватно оценивать тяжесть состояния больных, уменьшить частоту развития осложнений и необходимость в госпитализации, сократить сроки пребывания пациентов в стационаре.

#### **Список литературы:**

1. Бакрадзе, М.Д. Рациональная терапия крупа у детей / М.Д. Бакрадзе, А.С. Дарманян, В.К. Таточенко // *Вопр. современ. педиатр.* – 2007. – № 6 (5). – С. 32-36.



2. 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.

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. 133-38.

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

## **АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНОГО И МЕТИЦИЛЛИНЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА НА ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА**

*Бедин П.Г., Ляликов С.А, Кривецкая Н.И.<sup>1</sup>, Некрашевич Т.В.<sup>1</sup>,  
Бородавко П.Н.<sup>2</sup>, Бородавко О.Н.<sup>2</sup>, Панасик О.А.<sup>3</sup>*

УО «Гродненский государственный медицинский университет», кафедра клинической лабораторной диагностики и иммунологии, Гродно, Беларусь

<sup>1</sup>ГУ «Гродненский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» микробиологическая лаборатория, Гродно, Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «Гродненская областная клиническая больница» Гродно, Беларусь

<sup>3</sup>УЗ «Детская поликлиника № 2», Гродно, Беларусь

**Введение.** Роль золотистого стафилококка в развитии атопического дерматита (АД) является широко известной и учитывается при составлении программы терапии заболевания [1]. Однако внутри вида «*S. aureus*» микроорганизмы могут существенно различаться по наличию факторов агрессии, а, следовательно, по своим патогенным свойствам [2]. Среди золотистых стафилококков особую роль в развитии заболеваний имеет метициллинрезистентный золотистый стафилококк (MRSA) [4]. Болезни, вызванные метициллинчувствительным золотистым стафилококком (MSSA), имеют более благоприятный прогноз и меньшую стоимость терапии [5].

В связи с изложенным выше мы поставили перед собой **цель:** сравнить влияние MRSA и MSSA на течение АД.

**Объекты и методы.** Было обследовано 89 детей в условиях детской областной клинической больницы г.Гродно, страдающих АД. Медиана возраста обследованных составила 4,0, а интерквартильный размах – 1-10 лет. У 10 детей дерматит был в полной ремиссии, у 11 – в неполной и у 68 – в обострении. Лёгкий дерматит был диагностирован у 20, средней тяжести – у 28, а тяжёлый – у 41 ребенка. Эритематозно-сквамозная форма наблюдалась в 32,6% случаев, эритематозно-сквамозная с лихенификацией – 13,5%, экзематозная – 14,7%, лихеноидная – 20,2%, пруригинозная – 7,8%. В 11,2% клиническая форма не была установлена ввиду того, что заболевание находилось в полной ремиссии. Возраст дебюта заболевания составил 3 (2-11) месяцев. Продолжительность заболевания на момент обследования составила 3 года (8 месяцев – 7 лет). Группа сравнения