

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО
СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ****Ибатова Ш.М., Эргашев А.Х., Санакулов А.Б.****Самаркандский Государственный медицинский университет, Республика Узбекистан****Аннотация**

Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей может являться осложнением острого респираторного заболевания бактериальной и вирусной этиологии. Чаще всего ларинготрахеит диагностируется у детей в возрасте до 7-ми лет. Это связано с особенностями анатомического развития гортани и несовершенством иммунной защиты её слизистой оболочки. В данной статье приведены данные о особенностях острого стенозирующего ларинготрахеита у детей. Клиническая картина ларинготрахеита зависит от формы и стадии патогенного процесса. Общие симптомы острого ларинготрахеита у детей и подростков включают в себя следующие проявления: интоксикация с повышением температуры тела, головной болью, ознобом; неприятные ощущения першения, сухости и боли в горле. Изложены причины, патогенез, классификация, клинические проявления, дифференцированный подход к диагностике и лечению острого стенозирующего ларинготрахеита.

Ключевые слова: острый стенозирующий ларинготрахеит, дети, диагностика, лечение.

Острый стенозирующий ларинготрахеит (круп) у детей в возрасте от 1 года до 3 лет в большинстве случаев является самоограничивающимся заболеванием. Однако у 20—40% детей он может сопровождаться тяжелой обструкцией верхних дыхательных путей [1,5]. В таких случаях тяжесть состояния ребенка в первые часы заболевания заставляет родителей обращаться к участковому педиатру, врачу неотложного отделения поликлиники, врачу скорой медицинской помощи. Задачей врача первичного звена здравоохранения является оказание неотложной помощи, решение вопроса о показаниях к госпитализации детей, обучение родителей технике использования небулайзера и тактике поведения до прихода врача.

Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей может являться осложнением острого респираторного заболевания бактериальной и вирусной этиологии. Изолированно этот патологический процесс возникает достаточно редко. Ларинготрахеит может маскироваться под ОРВИ, клиническая картина развивается постепенно в виде ухудшения состояния пациента при длительном течении ОРВИ или гриппа. Дифференцированные подходы к диагностике и лечению аллергического и инфекционного стенозирующего ларинготрахеита отличается рядом особенностей. В ряде случаев, особенно при появлении типичных симптомов у детей младшего возраста, может потребоваться неотложная помощь и госпитализация в специализированный стационар.

По данным литературы, только 1—8% пациентов с данным заболеванием нуждаются в госпитализации [1,2,18,22]. В реальной клинической практике около 80% больных с острым стенозирующим ларинготрахеитом госпитализируются, что не исключает возможности дополнительного инфицирования, назначения антибактериальных препаратов и удорожания лечения.

Чаще всего ларинготрахеит диагностируется у детей в возрасте до 7-ми лет. Это связано с особенностями анатомического развития гортани и несовершенством иммунной защиты её слизистой оболочки. По мере взросления риск патологии снижается, но остается достаточно высоким при снижении общего гуморального иммунитета на фоне длительного течения простудного заболевания с присоединившейся бактериальной инфекцией [24,26,28].

В патологический процесс вовлекаются слизистые оболочки глотки и гортани. Развивается местный воспалительный отек с низкой продукцией слизистого секрета. Это становится причиной возникновения приступов сухого, иногда лающего кашля.

К причинам развития острого стенозирующего ларинготрахеита относятся: аденовирусные инфекции и сезонный грипп; хронический тонзиллит и аденоидит; ангины катарального и лакунарного характера, вызываемые кокковой флорой (стрептококк, стафилококк, энтерококк, пневмококк и другие); грибковые поражения полости рта и глотки; аллергическая настороженность организма и аутоиммунные процессы; сухой воздух в помещении и пассивное курение; недостаточность потребления жидкости; хронические заболевания придаточных пазух носа; химические и термические ожоги слизистых оболочек верхних дыхательных путей [3,7,10,16,19,25].

Первичная локализация патогенного фактора при остром стенозирующем ларинготрахеите наблюдается в гортани, что может сопровождаться чувством першения в горле, легким кашлем. Затем вовлекаются слизистые ткани трахеи, играющей роль проводящего узла для вдыхаемого и выдыхаемого воздуха. Компенсаторный отек вызывает сужение воздухопроводящего канала, что может провоцировать свистящие звуки, как на вдохе, так и на выдохе.

По вариантам развития клинической картины выделяется следующая классификация: острый первичный ларинготрахеит, возникающий на фоне общего благополучия, в результате воздействия патогенных факторов (механический, термический, химический, аллергический и инфекционный), а также острый стенозирующий ларинготрахеит, являющийся осложнением длительно протекающих простудных заболеваний.

Любой вид патологии начинается с катарального проявления, в котором выделяется отечность и гиперемия слизистой оболочки, отделение скудной мокроты. Все это сопровождается болью, общим недомоганием, осиплостью голоса и сухим приступообразным кашлем с трудно отделяемой мокротой. При отсутствии адекватной терапии развивается атрофическая стадия, типичным проявлением которой является истончение слизистой и потеря её защитных свойств.

Клинические симптомы острого ларинготрахеита у детей включают в себя следующие проявления: интоксикация с повышением температуры тела, головной болью, ознобом; неприятные ощущения першения, сухости и боли в горле, которые постепенно распространяются на нижние отделы гортани и трахеи; приступы сухого кашля с лающим компонентом с небольшим количеством отделяемой мокроты; изменение тембра голоса вплоть до полной афонии. В стадии разрешения, после приступа кашля отделяется гнойная мокрота без прожилок крови. Температура тела стабилизируется примерно на 5-7 день болезни. Кашель может сохраняться на протяжении 2-3 недель [15,17,20,21].

Инфекционный ларинготрахеит – наиболее часто встречающаяся форма заболевания. Он может быть спровоцирован вирусами, бактериями, микоплазмой, грибами и туберкулезной палочкой. Для определения инфекционного агента используется анализ мокроты с бактериальным посевом и определением чувствительности к антибиотикам [13,27,30].

Аллергический ларинготрахеит требует несколько иного подхода в дифференциальной диагностике, поскольку при этом процессе могут быть противопоказаны именно антибактериальные и противовирусные препараты. Их необоснованное назначение может ухудшать состояние пациента и вызвать ложный круп за счет усиления отечности. Для выявления аллергического генеза заболевания используются скрининговые тесты на аллергены. Также стоит отметить, что клиническая картина при аллергической патологии исключает повышение температуры тела [14,23,29].

Всем больным назначается общий анализ крови и мочи, в затруднительных случаях рекомендуется трахеоскопия, бронхоскопия и микроларингоскопия. При длительном упорном кашле необходимо сделать рентгенографию легких для исключения острой пневмонии. При стенозирующем ларинготрахеите у детей требуется первая неотложная помощь, отсутствие которой может привести к летальному исходу вследствие удушья. С целью оказания доврачебной помощи можно дать антигистаминное средство, обеспечить доступ свежего воздуха, усадить малыша в постели или приподнять головной конец кровати. Необходимо немедленно вызвать бригаду скорой помощи при любых признаках развивающегося удушья.

В большинстве случаев лечение острого ларинготрахеита у детей и подростков проводится в домашних условиях. Помещение в стационар показано в том случае, если есть признаки дыхательной недостаточности и существует риск развития ложного крупа. Антибактериальные

препараты не показаны для лечения острого стенозирующего ларинготрахеита у детей, так как природа заболевания, как правило, вирусная. Бактериальный ларингит с развитием крупа встречается крайне редко. Однако бактериальная флора, активизирующаяся при ОРВИ или присоединяющаяся в результате внутрибольничного инфицирования, может иметь большое значение в развитии осложненного течения заболевания у детей. Вопрос о необходимости назначения антибактериального препарата при остром стенозирующем ларинготрахеите, так же как и при другой ОРВИ, рассматривается при наличии:

- фебрильной лихорадки (более 38°C) более 3 дней;
- клинических признаков пневмонии (фебрильная лихорадка более 3 дней, вялость, бледность, снижение аппетита, асимметрия физикальных данных, одышка без признаков острой бронхиальной обструкции);
- бактериальных осложнений со стороны ЛОР-органов, подтвержденных при осмотре оториноларинголога и данными анализа периферической крови;

В.Ф. Учайкин с соавторами отмечая, что основной причиной стеноза гортани у детей является гриппозная или парагриппозная инфекция, в качестве этиотропного метода лечения предлагает использование комплексного гомеопатического препарата афлубина. В то же время в каждом конкретном случае, особенно при синдроме крупа у ребенка, бывает трудно исключить роль бактериальной флоры. И использование афлубина на фоне антибиотикотерапии значительно сокращает сроки ее проведения и снижает частоту побочных эффектов антибиотика [6, 12].

В.В. Карповым с соавторами впервые для профилактики рецидивов стенозирующего ларинготрахеита был использован 8–12 недельный курс недокромил натрия (Тайлед Минт, Rhone-Poulenc Roger, Франция), который в 90 % случаев был высокоэффективным [4,10].

Для лечения детей, страдающих рецидивирующим стенозирующим ларинготрахеитом, были использованы бактериальные лизаты, такие как Бронхомунал и рибомунил, относящиеся к стимуляторам специфического и неспецифического иммунитета [3, 9].

В комплексной терапии также использовали бифиформ — комбинированный препарат, в состав которого входят натуральные бифидум-бактерии и энтерококки, фенспирида гидрохлорид, оказывающий противовоспалительный эффект [8], ретинола ацетат или капсулы «Триовит», содержащие витамины С, Е и β-каротин [11], фенибут — ноотропный препарат, который назначался пациентам, имеющим значительные нарушения биоэлектрической активности головного мозга.

Л. В. Крамарь и соавт. (2009) считают, что наиболее значимым компонентом лечения ОСЛТ является ингаляционная терапия, направленная на восстановление проходимости дыхательных путей, борьбу с высыханием экссудата и воздействием на воспалительный очаг. Ингаляционную терапию проводили всем (100%) больным с использованием компрессионных ингаляторов «NE — 29» и ультразвуковых небулайзеров «OMRON N-U17». Частота и длительность небулайзерной терапии определялась степенью выраженности стеноза и составляла от 2 до 4 пятнадцатиминутных ингаляций в сутки. Стартовый лекарственный препарат выбирался с учетом клинического течения и стадии крупа. Ингаляции пара и холодного воздуха не использовались [11].

Главное в лечение ларинготрахеита – устранение причины патологического процесса в гортани и трахее. Поэтому в помещении проводится влажная уборка не реже 2-х раз в сутки. Проветривание палат– каждые 3 часа. Рекомендуются обильное щелочное питье (минеральная вода, молоко с содой, некоторые соки и морсы). Это стимулирует отхождение мокроты и облегчает состояние пациента.

Наличие высокой температуры тела является показанием для приема жаропонижающих препаратов. Как правило, в первые 48 часов от начала проявления клинических признаков назначается противовирусный препарат (Эргоферон, Анаферон, Арбидол, Амиксин, Кагоцел). Если спустя 3-е суток от начала лечения температура тела не нормализовалась, в схему подключают антибиотики (Ципрофлоксацин, Азитромицин, Сумамед, Амоксиклав, Эритромицин, Ампициллин, Клаксид и другие).

Обязательно назначение антигистаминного средства, даже при неаллергической форме патологии. Такие препараты как Супрастин, Тавегил, Кетотифен, Пипольфен, Цетрин устраняют отек слизистой оболочки и облегчают процесс дыхания.

Для облегчения процесса отхождения мокроты назначается муколитический препарат (АЦЦ, Лазолван, Бромгексин, Коделак, Либексин). Спустя 10–12 дней оправдано применение противокашлевого средства Синекод, оно подавляет кашлевой рефлекс и устраняет непродуктивный кашель, вследствие чего процесс регенерации слизистой оболочки происходит гораздо быстрее.

У детей могут быть оправданы ингаляции Пульмикортом с помощью небулайзера. Также можно использовать травяные грудные сборы, рефлекторное раздражение кожных покровов горчичниками, компрессами.

Адекватные меры профилактики патологии включают в себя различные направления. Прежде всего, следует уделять внимание укреплению иммунитета. Для этого важно обеспечивать полноценный отдых и сбалансированный рацион питания. В межсезонье в рационе должны преобладать свежие овощи и фрукты. В случае необходимости их компенсируют комплексами витаминных и минеральных добавок. Занятия физической культурой и закаливание организма сводят к минимуму риск возникновения сезонных простуд.

В период эпидемии простудных заболеваний необходимо предпринимать меры личной безопасности: носить марлевую маску; принимать с профилактической целью противовирусный препарат; отказаться от регулярного посещения мест с большим скоплением людей; регулярно мыть руки. Важно принимать пищу и жидкость только в теплом виде и регулярно проветривать помещение. Прогулки на свежем воздухе укрепляют слизистые оболочки верхних дыхательных путей и делают их менее восприимчивыми к патогенным факторам.

Литература:

1. Гаращенко, Т. И., Ильенко Л. И., Гаращенко М. В., Овечкина Н. В., Кац Т. Г. Профилактическое применение имудона у часто и длительно болеющих школьников // Воспалительные заболевания слизистой оболочки глотки, полости рта и пародонта: Сб. науч. трудов. — М., 2005. — С. 286–289.
2. Голубцова, Е. Е., Савенкова М. С., Афанасьева А. А. Этиотропное лечение джозамицином (вильпрафен) рецидивирующего ларинготрахеита у детей // Российский педиатрический журнал. — 2001. — № 5. — с. 55–56.
3. Караулов, А. В., Сокуренок С. Н. Направленная регуляция иммунных реакций в профилактике и лечении заболеваний человека // Иммунопатология, аллергология, инфектология. — 2000. — № 1. — с. 7–13.
4. Карпов, В. В., Сафроненко Л. А., Шапранова Н. Л. Тайлед в профилактике рецидивирующего стенозирующего ларинготрахеита у детей // Пульмонология, — 2000. — № 3. — с. 66–71.
5. Кладова, О. В., Учайкин В. Ф., Фельдфикс Л. И., Фомина В. Л. Клиническая эффективность имудона у детей с острыми респираторными заболеваниями // III конгресс педиатров-инфекционистов России: Тез. докл. — М., 2004. — с. 100;
6. Кладова, О. В., Харламова Ф. С., Щербакова А. А., Легкова Т. П., Фельдфикс Л. И., Учайкин В. Ф. Эффективное лечение синдрома крупа с помощью иммуномодулятора Гепон // Русский медицинский журнал. — 2002. — Т. 10, № 3. — с. 138–141.
7. Крамарь, Л. В., Арова А. А., Желудков Ю. А., Мухина Н. В., Медведева Т. О., Невинский А. Б., Родионова Н. В., Алюшин А. М. Оптимизация терапии острых стенозирующих ларинготрахеитов у детей с учетом данных доказательной медицины // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. — 2009. — № 4. — с. 34–36.
8. Лукьянов, С. В., Серeda Е. В., Лукина О. Ф., Духалин А. С. Эффективность фенспирида при бронхиальной астме и хронических неспецифических инфекционно-воспалительных бронхолегочных заболеваниях у детей // Вопросы современной педиатрии. — 2003. — Т. 2, № 1. — с. 14–18.

9. Опыт применения Рибомунила в Российской педиатрической практике: Пособие для педиатров / Союз педиатров России. — М., 2002. — 167 с.
10. Орлова, С. Н., Рывкин А. И. Способ лечения рецидивирующего ларинготрахеита у детей: Патент РФ № 2366438.
11. Учайкин, В. Ф., Харламова Ф. С., Савенкова М. С., Афанасьева А. А. Лечение афлубином острых респираторных заболеваний со стенозирующим ларинготрахеитом у детей // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2000. — № 5. — с. 63–67.
12. Ibatova Sh.M., Baratova R.Sh. Assessment of risk factors for the development of broncho-obstructive syndrome in children // Problems of biology and medicine. - 2016. - No. 4 (91). - P. 39– 42.
13. Ibatova Sh.M., Umarova S.S. Abdurasulov F.P. Suvankulova A.I. Kobilova M.A. The main causes and risk factors of broncho-obstructive syndrome in children. XIII International Scientific and Practical Internet Conference April 29-30, 2016. “Trends and prospects for the development of science and education in the context of globalization.” Pereyaslav - Khmel'nitsky. -P.224-226.
14. Ibatova Sh.M., Pirmanova Sh.S. Broncho-obstructive syndrome in young children: prevalence, clinical manifestations, diagnosis and treatment. International scientific journal "Problems of biology and medicine". No. 2(94) 2017. –P.178-181.
15. Ibatova Sh.M., Uralov Sh.M. Mamatkulova F.Kh. Baratova R.Sh. Israilova S.B. Modern aspects of broncho-obstructive syndrome in children. Materials of the XXI International Scientific and Practical Internet Conference. “Trends and prospects for the development of science and education in the context of globalization.” Pereyaslav-Khmel'nitsky 21 issue. 2017. January 31. - P.694-697.
16. Ibatova Sh.M., Uralov Sh.M. Islamova D.S. Zhalolova R.F. Mukhiddinova G.A. Giyasova D.I. Butaeva N.E. Clinical and laboratory assessment of broncho-obstructive syndrome in young children. Materials of the XXI International Scientific and Practical Internet Conference. “Trends and prospects for the development of science and education in the context of globalization.” Pereyaslav-Khmel'nitsky. Issue 21. 2017. January 31. -P.737-741.
17. Ibatova Sh.M., Retrospective analysis of risk factors for the development of broncho-obstructive syndrome in children. International scientific and practical journal “Health, demography, ecology of Finno-Ugric peoples” Izhevsk. 2018, no. 2, pp. 57-60.
18. Ibatova Sh.M., Ergashev A.Kh., Mamatkulova F.Kh., Suvankulova A.I. Pneumonia in young children. International scientific journal "Problems of biology and medicine". Samarkand. 2018. No. 3 (102). –P.169-173.
19. Ibatova Sh.M. Some aspects of broncho-obstructive syndrome in young children. Scientific and practical journal “Concilium” Izhevsk. 2019, no. 1, pp. 43-44.
20. Ibatova Sh.M., F.Kh.Mamatkulova. Broncho-obstructive syndrome in children: prevalence, difficulties in differential diagnosis and prognosis. International scientific journal "Problems of biology and medicine". Samarkand. 2019, No. 3, -P.233-236.
21. Ibatova Sh.M., Mamatkulova F. Kh., Ruzikulov N.Y. The Clinical Picture of Acute Obstructive Bronchitis in Children and the Rationale for Immunomodulatory Therapy. International Journal of Current Research and Review. Vol 12 Issue 17. September 2020. - P.152-155.
22. Ibatova Sh.M., F.Kh. Mamatkulova, D.B. Shukurova. Identification of risk factors for the development of broncho-obstructive syndrome in young children. Scientific journal "Biomedicine and Practice". Tashkent. No. SI-2. 2020. 4-part Special issue. -WITH. 481-485.
23. Sh.M. Ibatova, Sh.O. Akhmedov. Acute obstructive bronchitis in children. “Current issues of medicine and medical education” Materials of the International Scientific and Practical Conference

- of the State Educational Institution of Khatlon State Medical University. Dangara. December 25, 2020. - pp. 155-157.
24. Ibatova Sh.M., Mamatkulova F.Kh. State of immunity in chronic obstructive pulmonary disease in children. International scientific journal "Problems of biology and medicine". Samarkand, 2021, No. 1.1 (126), -P.110-112.
 25. 24. Ibatova Sh.M., Mamatkulova F.Kh., Islamova D.S. Rationale for immunomodulatory therapy for acute obstructive bronchitis in children. International scientific journal "Problems of biology and medicine". Samarkand, 2021, No. 1.1 (126), -P.108-110.
 26. Ibatova Sh. M. Abdurasulov F.P. Mamutova E.S. Some aspects of diagnostics of out-of-social pneumonia in children indications for hospitalization. EPRA International Journal of Research and Development (IJRD) Volume: 6 | Issue: 4 | April 2021. P. 242-244.
 27. Sh.M. Ibatova, F.Kh. Mamatkulova, A.Kh. Ergashev, M.T. Gaffarova. The role of timely diagnostics of out-of-hospital pneumonia and indications for hospitalization in children. EPRA International Journal of Research and Development (IJRD) Volume: 6, Issue:9, September 2021, P. 263-265.
 28. Ibatova ShM, Mamatkulova FKh, Rakhmonov YA, Shukurova DB, Kodirova MM. Assessment of the Effectiveness of Treatment of Rachit in Children by Gas-Liquid Chromatography. International Journal of Current Research and Review. Vol 13, Issue 06, 20 March 2021. P.64-66.
 29. Shoir M. Ibatova, Feruza Kh. Mamatkulova, Gulnoz A. Kholikova, Dilrabo Kh. Mamatkulova. Some indicators of lipid and phosphorus-calcium metabolism in children with cancer receiving conventional treatment. International Journal of Health Sciences, 6(S4), 2022. 3628–3638.
 30. Ibatova Shoir Mavlanovna, Ergashev Abdurashid Khursandovich, Mamatkulova Feruza Khamidovna, Rakhmonov Yusuf Abdullayevich, Turaeva N.Y. Risk factors for the development of obesity in children. E3S Web of Conferences 491, 01007 (2024) P. 1-5