

Патогенетический Механизм Развития И Современный Подход К Лечению Стенозирующего Ларинготрахеита У Детей

Сафоева Зебо Фархатовна¹

Аннотация: В данной статье приводится анализ литературных данных, касающихся частоте распространения, диагностика, заболеваемость, анамнез, клинические особенности, варианты лечения и профилактики острого и рецидивирующего обструктивного ларингита у детей за прошедшие время. Распространенность крупа в различных возрастных периодах неодинакова: у детей 2–3-х лет круп развивается часто (более 50% заболевших), несколько реже — в грудном возрасте (6–12 мес.) и на 4-м году жизни, и редко в возрасте старше 5 лет. Заболевание характеризуется склонностью к рецидивированию эпизодов стеноза гортани как на фоне симптомов ОРИ, так и без четких респираторных признаков и интоксикации.

Острый обструктивный ларингит объединяет группу сходных по симптомам заболеваний, среди которых у детей раннего возраста ведущую позицию занимает стенозирующий ларинготрахеит (СЛТ) [1]. Причиной крупа чаще всего становится вирусная инфекция, которую вызывают вирусы гриппа или парагриппа, аденовирусы, иногда респираторно-синцитиальные вирусы, микоплазма пневмонии, а также вирусно-вирусные ассоциации. Однако преобладающим этиологическим фактором, обуславливающим воспалительный процесс в гортани и трахее, который сопровождается развитием синдрома крупа, является вирус гриппа и парагриппа [2,4]. Бактериальный ларингит встречается крайне редко. Бактериальная флора, активизирующаяся при острой респираторно-вирусной инфекции (ОРВИ) или присоединяющаяся в результате внутрибольничного инфицирования, имеет большое значение в развитии неблагоприятного (тяжелого и/или осложненного) течения ларинготрахеобронхита [6,11]. Распространенность крупа в различных возрастных периодах неодинакова: у детей 2–3 лет круп развивается часто (более 50% заболевших), несколько реже — в грудном возрасте (6–12 мес.) и на 4-м году жизни, и редко в возрасте старше 5 лет [2,8]. В этом возрасте повторные респираторные заболевания существенно влияют на развитие ребенка. Они приводят к ослаблению защитных сил организма, способствуют формированию хронических очагов инфекции, вызывают аллергизацию, препятствуют проведению профилактических прививок, отягощают преморбидный фон и задерживают физическое и психомоторное развитие детей. Клиническими маркерами этого патологического состояния являются симптомы ОРВИ и СЛТ. При отсутствии признаков ОРВИ следует проводить дифференциальный диагноз с другими заболеваниями, сопровождающимися стенозом гортани. [2,4]. На сегодня нет единого мнения точки зрения о причинно-следственных связях, приводящих к рецидивированию ларинготрахеита, хотя в немногочисленных публикациях исследователей указывается на роль различных факторов: инфекционных [7], экологического дисбаланса [5,7], аллергических реакций [10].

Другие исследователи основной причиной [11] считают врожденную гиперчувствительность дыхательных путей. Некоторые ученые предлагают различать первичный, повторный и рецидивирующий ларингит как стадии единого патологического процесса, в основе которого лежит гиперчувствительность дыхательных путей [1,6]. К сожалению, нет ясности в том, является ли этот процесс инфекционным или аллергическим, или инфекционно-аллергическим

¹ Самаркандский Государственный Медицинский Университет. Город Самарканд



и что способствует формированию рецидивирующего течения. Много исследований посвящено изучению иммунного статуса при крупе, но практически нет работ, касающихся иммунологии рецидивирующего крупа; так же как нет и работ по оптимизации его лечения [9,13]. Одним из наиболее частых клинических синдромов, встречающихся при ОРВИ у детей, является острый ларингит/ларинготрахеит. Актуальность проблемы острого ларинготрахеита обусловлена не только его высокой распространенностью, возможностью развития бактериальных осложнений и наступлением летального исхода, но и склонностью к рецидивированию [10,12].

Повторные респираторные заболевания существенно влияют на развитие ребенка. Они приводят к ослаблению защитных сил организма, способствуют формированию хронических очагов инфекции, вызывают аллергизацию, препятствуют проведению профилактических прививок, отягощают преморбидный фон и задерживают физическое и психомоторное развитие детей [1,5]. Несмотря на большой интерес педиатров к данной проблеме, до настоящего времени остаются не до конца изученными этиопатогенетические особенности ларинготрахеитов при остром и рецидивирующем течении [7,9].

В существующей педиатрической и инфекционной практике сформировалось представление о том, что ларинготрахеит является синдромом, наиболее часто возникающим при острых вирусных инфекциях различной этиологии [8,9]. Рецидивирование стенозирующего ларинготрахеита происходило на фоне имеющихся очагов хронической инфекции: так, распространенным кариесом страдали 32% детей, единичный кариес отмечен у каждого второго ребенка, так же, как и хроническая патология ЛОР-органов, явления атопического дерматита [14].

ОСЛТ характеризуется быстрым, как правило, одновременным развитием основных симптомов, выраженным динамизмом клиники. Прогноз мало предсказуем: от спонтанного улучшения состояния и выздоровления до летального исхода на фоне прогрессирующей дыхательной недостаточности. Заболевание характеризуется склонностью к рецидивированию эпизодов стеноза гортани как на фоне симптомов ОРИ, так и без четких респираторных признаков и интоксикации. [2,4]. Несмотря на кажущуюся простоту диагностики ОСЛТ и достигнутые в последнее десятилетие успехи в лечении, обеспечивающие быстрый дестенозирующий эффект и снижение летальности до практически нулевых значений, многие проблемы этой яркой патологии остаются нерешенными до настоящего времени. Так, весьма скудны и противоречивы сведения о заболеваемости ОСЛТ [5,9]. Это, возможно, объясняется, во-первых, отсутствием показателя заболеваемости ОЛТ в отечественной отчетной документации, где фиксируются общая и повозрастная заболеваемость и частота бактериальных осложнений ОРИ. Во-вторых, дети с компенсированным стенозом гортани, особенно с рецидивирующим, зачастую не госпитализируются, а лечатся на дому. Имея многолетний опыт оказания неотложной помощи, отмечается частоту «тяжелых» обструкций при ОСЛТ (20–40%). Некоторые ученые указывает на частоту эпизодов ОСЛТ от 2,02 до 6,43 на 100 000 детского населения в зависимости от экологических условий места жительства [3,7]

Комплекс неотложных лечебных мероприятий и ОЛ хорошо разработан и отражен в ряде отечественных клинических рекомендаций: «Круп у детей» и др. [3,8]. Традиционная терапия глюкокортикостероидами (ГКС), как системными, так и ингаляционными, позволяет получить быстрый дестенозирующий эффект и снизить до нуля частоту применения механических способов восстановления проходимости дыхательных путей. Однако если совершенствование мероприятий неотложной помощи в последние годы значительно улучшило прогноз при ОСЛ, то вопросы дифференциальной диагностики и профилактики рецидивов заболевания остаются дискуссионными. Все авторы признают высокую частоту повторных эпизодов ОЛ, но указывают разные цифры (от 3 до 54), да и само определение «рецидивирующий ОЛТ» (РОЛТ) терминологически неоднозначно: рецидивирующий круп, recurrent croup, спастический круп и др. [8,14]. соавторы [2] отмечают практически полное отсутствие публикаций о РОЛТ, основанных на рандомизированных исследованиях [12]. Зарубежные авторы [13] считают, что спастический и вирусный круп – разные по происхождению патологические состояния с



одинаковой симптоматикой. Авторы других недавних исследований [14, 16] полагают, что развитие острого отека слизистой оболочки и спазма гортани – результат аллергической реакции на вирусный антиген, и сомневаются в целесообразности проведения у ребенка, подверженного РОЛТ, исследований, подтверждающих атопию. Немногочисленные, но углубленные исследования выявили высокую частоту гастроэзофагального рефлюкса (ГЭР) у детей с повторными эпизодами ОЛ [3,17]. Так, частота ГЭР может достигать 60% [17], в таких случаях авторы рекомендуют проведение антирефлюксной терапии даже при отсутствии характерной симптоматики, доказывая ее эффективность, а также считают возможным избегать не всегда доступного эндоскопического обследования.

В 26% случаев выявили ГЭР и успешно провели антирефлюксную терапию 11 детям. Значимую частоту органических изменений гортани у детей, подверженных РОЛТ, как врожденного, так и приобретенного генеза, выявили при микроларингоbronхоскопии I. Rankin et al. (28%) [7], J.C. Niebert et al. (8,7%) [14] и др. За последние годы были предложены разнообразные способы лечения детей, больных острой респираторной вирусной инфекцией, протекающей с явлениями стенозирующего ларинготрахеита. До настоящего времени обсуждаются вопросы о целесообразности тех или иных методов лечения [1, 2, 3, 8, 12].

Необходимым условием успешного лечения стенозирующих ларинготрахеитов является обязательная ранняя госпитализация больных в специализированное отделение по ведению больных с ОСЛТ или в соматическое детское (инфекционное) отделение при наличии отделения реанимации и интенсивной терапии. Госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии подлежат больные с ОСЛТ 3-й степени, а также 2-й степени, если течение заболевания не улучшается на протяжении 24-48 часов на фоне проводимой, адекватной тяжести состояния, терапии. Патогенетическая терапия. ОСЛТ направлена на подавление основных механизмов, формирующих патофизиологические сдвиги и клинические проявления обструкции верхних дыхательных путей. Для устранения отека компонента используются кортикостероиды, антигистаминные препараты, диуретики. Показанием для включения глюкокортикоидов в терапию ОСЛТ являются суб- и декомпенсированные стенозы гортани. Кортикостероиды (гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон) назначаются парентерально и в больших дозах - 10 мг/кг по преднизолоновому эквиваленту. При этом начальная доза стероидов составляет 5 мг/кг по преднизолону, а остальная часть распределяется равномерно на протяжении суток. Лечебный эффект от введения стероидов наступает спустя 15-45 минут. Действие кортикостероидов длится 4-8 часов. При возобновлении симптомов необходимо их повторное введение. Ввиду того, что явления стенозирующего ларинготрахеита могут сохраняться до 5-7 дней, стероидная терапия может быть продолжена на протяжении нескольких дней, однако со второго дня дозу кортикостероидов снижают до 3-4 мг/кг в сутки. Кроме парентерального введения глюкокортикоидов для лечения больных с ОСЛТ используют ингаляции гидрокортизона из расчета 5 мг/кг (разовая доза на ингаляцию).

Зарубежные исследователи считают, что одним из важных компонентов 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.

На догоспитальном этапе, когда нет возможности назначить более эффективные лечебные мероприятия, предпочтение отдается теплым укутываниям, теплым (горячим) ножным ваннам и другим видам отвлекающей терапией. Однако успешное лечение детей с ОСЛТ предполагает раннюю госпитализацию со своевременной, комплексной, этиопатогенетической и симптоматической терапией.

Таким образом, алгоритм лечения больных ОСЛТ развившийся на фоне ОРВИ. Алгоритм лечения больных включает эффективное сочетание средств, воздействующих на возбудителя



болезни (этиотропное лечение) и на макроорганизм (базисную, патогенетическую и симптоматическую терапию). Для противовирусной терапии применяется не только препараты, действующие на вирусы, но и иммуномодуляторы корригирующие нарушение иммунитета при этом необходимо учитывать сроки проведения терапии, этиологию инфекции и патогенетические особенности заболевания. Базисная терапия включает лечебный режим и рациональное лечебное питание. Патогенетическое лечение, иммуномодулирующая и симптоматическая терапия направлены на восстановление нарушенных функций организма, профилактику осложнений и рецидивов этого грозного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Круп у детей (острый обструктивный ларингит). МКБ-10 J05.0: Клинические рекомендации. М., 2014.
2. Полякова А.С., Бакрадзе М.Д., Таточенко В.К. Синдром крупа у детей: предрассудки и доказательная медицина // Фарматека. 2018. № 1. С. 15–22.
3. Диагностика и неотложная терапия угрожающих состояний у детей при заболеваниях органов дыхания: Учебное пособие / Под ред. В.В. Карпова. Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2016.
4. Safoeva Z. F., Samiyeva G. U. RESPIRATORY TRACT MICROBIOCENOSIS DISORDERS IN CHILDREN WITH ACUTE STENOTIC LARYNGOTRACHEITIS // Академические исследования в современной науке. – 2022. – Т. 1. – №. 15. – С. 43-44.
5. Safoeva Z. F., Utkurovna S. G. DYSBIOTIC UPPER AIRWAY DISORDERS IN CHILDREN WITH ACUTE STENOTIC LARYNGOTRACHEITIS LARYNGOTRACHEITIS // World Bulletin of Public Health. – 2022. – Т. 11. – С. 1-4.
6. Safoeva Z., Samieva G. Treatment of children with acute stenosing laryngotracheitis in conditions of prolonged tracheal intubation // Евразийский журнал медицинских и естественных наук. – 2022. – Т. 2. – №. 6. – С. 185-190.
7. Safoeva Z. F., Samiyeva G. U. CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL FEATURES AND THERAPY OPTIONS FOR RECURRENT LARYNGOTRACHEITIS IN CHILDREN // Theoretical aspects in the formation of pedagogical sciences. – 2022. – Т. 1. – №. 4. – С. 105-106.
8. Farxotovna S. Z. MODERN CONCEPTS OF RECURRENT LARYNGOTRACHEITIS IN CHILDREN: PROBLEMS AND SOLUTIONS // JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 1.
9. Safoeva Z. F., Samieva G. U. ENDOGENOUS INTOXICATION SYNDROME IN CHILDREN AND ITS EFFECT ON THE CLINICAL COURSE OF VARIOUS FORMS OF LARYNGOTRACHEITIS // Materials of International Scientific-Practical Conference. – 2022. – С. 25.
10. Сафаева З., Абдувахидова А. СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ // Solution of social problems in management and economy. – 2023. – Т. 2. – №. 2. – С. 62-65.
11. Сафаева З., Абдувахидова А. РЕСПИРАТОРНЫЕ МИКРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЛАРИНГОТРАХЕИТОМ // Science and innovation in the education system. – 2023. – Т. 2. – №. 2. – С. 71-73.
12. Сафоева З., Самиева Г., Саттарова С. Формирование рецидивирующего стенозирующего ларинготрахеита у детей в зависимости от их возраста, анамнеза и респираторно-аллергологического статуса // Журнал биомедицины и практики. – 2021. – Т. 1. – №. 3/2. – С. 152-158.



13. Сафоева З. Ф. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА РОДРАЗРЕШЕНИЯ // Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2018. – С. 61-63.
14. Царькова С.А. Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2016. № 1. С. 96–103.

