

УДК 616.22-002.1. 616.231-002

Гуломов Шохрухмирзо Адхамович

Магистрант

Тухтасинов Нурбек Нурмахаммад угли

Магистрант

Рузиева Лола Дониёровна

студент

Научный руководитель: Далиев Адхамжон Гуломович

д.м.н. доцент

Кафедра оториноларингологии

Андижанский государственный медицинский институт

СТРУКТУРА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

АННОТАЦИЯ

Встречаемость ОЛТ у детей была изучена на основе анализа первичных документов врача-аллерголога консультативной поликлиники, оториноларингологической службы, состоящей из кабинета амбулаторного приема больных и отделения детской оториноларингологии Андижанского областного многопрофильного детского медицинского Центра за 2021-2022 годы. Основную группу составили 276 пациентов Андижанской области с ОЛТ в возрасте 1-7 лет.

Ключевые слова: дети, острый ларинготрахеит (ОЛТ), стеноз гортани.

Shokhrukhmirzo Adkhamovich Gulomov

Resident Master's

Nurbek Nurmakhammad oglu Tukhtasinov

Resident Master's ASMI

Lola Doniyorovna Ruziyeva
student Scientific adviser: Adkhamjon Gulomovich Daliyev
d.m.s. associate professor
Department of Otorhinolaryngology
Andijan State Medical Institute

ABSTRACT

The occurrence of ALT in children was studied based on the analysis of primary documents of the allergist of the advisory polyclinic, otorhinolaryngological service, consisting of an outpatient reception room and the pediatric otorhinolaryngology department of the Andijan Regional Multidisciplinary Children's Medical Center for 2021-2022. The main group consisted of 276 patients from Andijan region with OLT at the age of 1-7 years.

Key words: children, acute laryngotracheitis (ALT), laryngeal stenosis.

Актуальность исследования.

Актуальность проблемы острого ларинготрахеита (ОЛТ) обусловлена его высокой распространенностью среди детей, тяжестью течения заболевания, необходимостью проведения экстренных терапевтических мероприятий, а также возможностью повторения эпизодов приступа заболевания и развития бактериальных осложнений. Патогенез ОЛТ складывается из совокупности различных механизмов специфического и неспецифического характера. Известно, что реализация ответной реакции на инвазию возбудителей заболевания, иммунных конфликтов местного и общего характера, формирование дисбиотических изменений слизистых оболочек респираторного тракта, выброс биологически активных веществ и осуществляются на фоне резко измененной реактивности. Преимущественная заболеваемость ОЛТ детей раннего возраста связана, в

первую очередь, с анатомо-физиологическими особенностями органов дыхания: малый диаметр, мягкость и податливость хрящевого скелета, короткое узкое преддверие и воронкообразная форма гортани, высоко расположенные и непропорционально короткие голосовые складки, гипервозбудимость мышц-аддукторов, замыкающих голосовую щель, гиперпарасимпатикотония и функциональная незрелость рефлексогенных зон. Обилие лимфоидной ткани у детей раннего возраста с большим количеством тучных клеток, сосудов, слабое развитие эластических волокон в слизистой оболочке и подслизистой основе быстро приводят к отеку подвязочного пространства и способствуют развитию сужения (стеноза) гортани. Неблагоприятными фоновыми факторами являются аномалии конституции (экссудативно-катаральный и лимфатико-гипопластический диатезы), лекарственная аллергия, врожденный стридор (аномалии дыхательных путей), паратрофия (расстройство питания), родовая травма, роды путем кесарева сечения, поствакцинальный период, сенсibilизация предшествующими частыми ОРВИ. Отличительной особенностью течения стенозирующего ларинготрахеита в настоящий момент является его склонность к рецидивированию и возможность трансформации в бронхиальную астму (В.Ф. Учайкин с соавт., 1999; А.И. Рывкин и соавт., 2001). Все вышеизложенное диктует необходимость более детального изучения формирования и особенностей течения ОЛТ у детей.

Цель исследования.

Изучение обращаемости больных детей с острым ларинготрахеитом за медицинской помощью в лечебное учреждение Андиганской области.

Материалы и методы исследования.

Встречаемость ОЛТ у детей была изучена на основе анализа первичных документов врача-аллерголога консультативной поликлиники, оториноларингологической службы, состоящей из кабинета амбулаторного

приема больных и отделения детской оториноларингологии Андиганского областного многопрофильного детского медицинского Центра за 2021-2022 годы. В разработку были включены те больные, которым диагноз ОЛТ был установлен или подтвержден в условиях Центра. Основную группу составили 276 пациентов Андиганской области с ОЛТ в возрасте 1-7 лет. Средний возраст детей равнялся $4,1 \pm 1,2$ лет. Контрольная группа состояла из 20 практически здоровых детей в возрасте 1-7 лет.

Сбор клинического материала проводили в областном многопрофильном детском медицинском Центре Андиганской области. Выбор данного учреждения был обоснован несколькими факторами:

1. В Центре концентрируются дети с различными заболеваниями, в том числе с ОЛТ фактически из всех областей Ферганской долины.

2. ЛОР службой Центра осуществляются основные клинические, инструментальные методы обследования носа и ОНП.

3. Центр располагает широким кругом смежных специалистов педиатрического профиля.

Все дети были осмотрены педиатром, оториноларингологом, пульмонологом и аллергологом. Клинический диагноз - острый ларинготрахеит был поставлен на основании острого начала болезни с появлением характерных жалоб больных - изменение голоса (хриплость), сухой «лающий» кашель, затруднение дыхания (одышка, шумное стенотическое), лихорадка и данных объективного осмотра, а также дополнительных методов исследования (лабораторного и бактериологического).

Стадию стеноза гортани у больных детей определяли согласно модифицированной балльной шкале Westley (табл. 1). Стеноз гортани I степени регистрируется при сумме баллов от 3 до 5 (легкая компенсированная форма), стеноз гортани II степени – при сумме баллов от 5 до 8 (среднетяжелая частично компенсированная форма), стеноз гортани

III степени – при сумме баллов более 8 (тяжелая декомпенсированная форма). При асфиксии, что наблюдается при остром стенозирующем ларинготрахеите в настоящее время крайне редко, фиксируется стеноз гортани IV степени (жизнеугрожающая терминальная форма).

Таблица №1

Модифицированная шкала (Westly) оценки степени стеноза гортани

Клинический симптом	Баллы
Затруднение вдоха (стридор):	
отсутствует	1
при беспокойстве	2
в покое	3
Участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры:	
отсутствует	1
втяжение яремной ямки и (или) надключичных ямок, и (или) эпигастрия	2
то же + межреберий и (или) нижней трети грудины	3
Окраска кожного покрова:	
физиологическая	1
бледный носогубный треугольник и (или) ушные раковины, и (или) кончик носа	2
цианоз и «мраморность» кожного покрова	3
Кашель:	
влажный, продуктивный	1
малопродуктивный, дренаж мокроты недостаточный	2
сухой, грубый, непродуктивный или нет	3
Соотношение пульса к частоте дыхания:	
4/1	1
2/1	2
1,5/1	3

Поведение:

не изменено	1
беспокойство	2
вялость, адинамия	3

Критерии включения в исследование.

1. Наличие характерных жалоб пациента и/или сопровождающих родственников;

2. Типичная история развития болезни, которая могла констатировать или подтвердить, но не исключать наличие ОЛТ на момент первичного осмотра.

3. Отсутствие состояний, ограничивающих использование необходимых методов диагностики согласно дизайну обследования.

4. На момент первичного осмотра обязательно выявлялись клинические, инструментальные, лабораторные изменения, характерные ОЛТ.

Критерии исключения из исследования.

1. Отказ пациента и/или сопровождающих родственников от планируемого обследования согласно дизайну обследования пациента;

2. Наличие тех или иных неясностей в жалобах, истории развития, результатах обследования, которые ставили под сомнение диагноз ОЛТ.

В ходе выполнения исследования проводился тщательный сбор жалоб, истории развития болезни и жизни, общий осмотр ребенка, эндоскопическое обследование ЛОР-органов эндоскопом «KARL STORZ» (Германия).

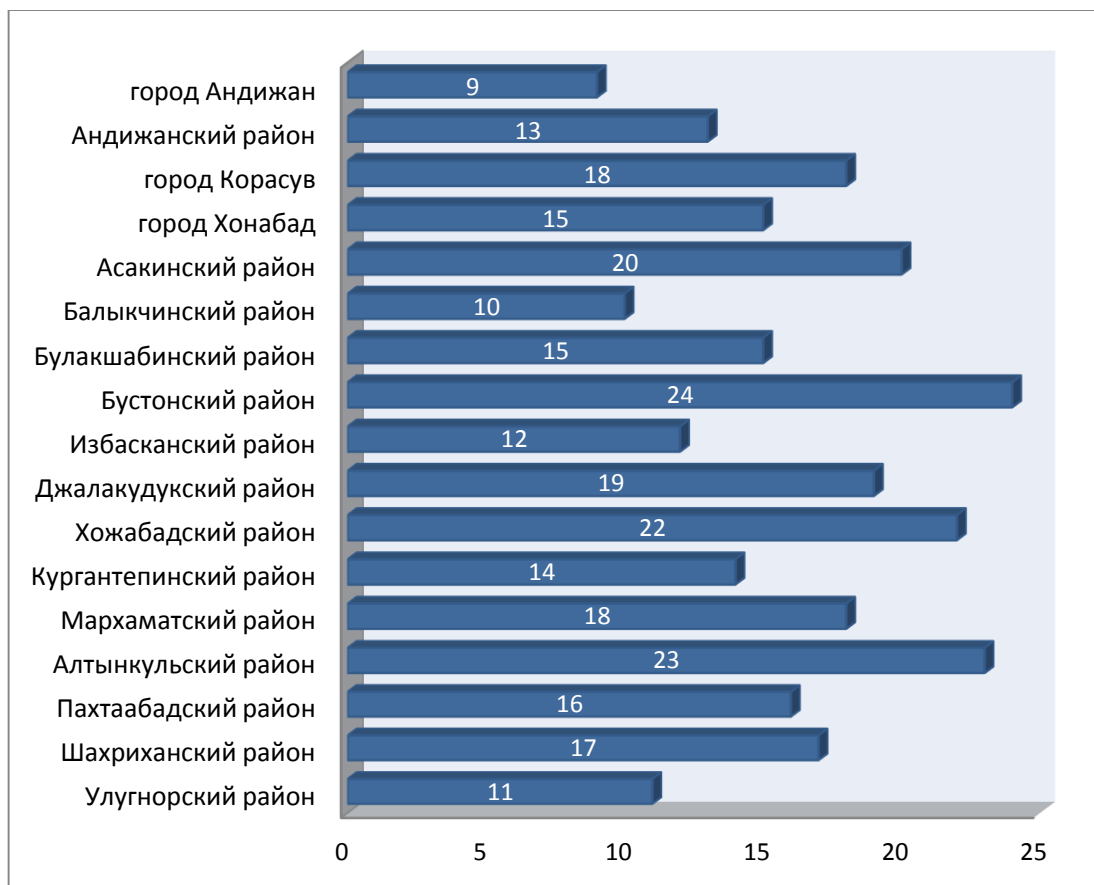
Результаты исследования.

За 2 года были обследованы 8728 пациентов Андижанской области, из них 5576 пациентов - врачом оториноларингологом и 3152 пациента -

аллергологом диагностического Центра. Из них 314 направлены в Центр с диагнозом ОЛТ, что составило 3,6% от общего количества больных. Из них у 229 больных детей в ходе обследования в Центре был подтвержден диагноз ОЛТ, т.е. это составило 2,6% от общего количества обследованных больных. Наряду с этим в Центре у 47 из общего количества больных в процессе обследования был установлен диагноз ОЛТ. В совокупности количество больных с ОЛТ составило 276 детей (диаграмма №1), что составило 3,16% по отношению к общему количеству обследованных детей. В 2021 году были обследованы 48%, а 2020 году 52% больных, т.е. достоверного колебания показателей выявления заболевания за этот период не наблюдалось.

Диаграмма №1

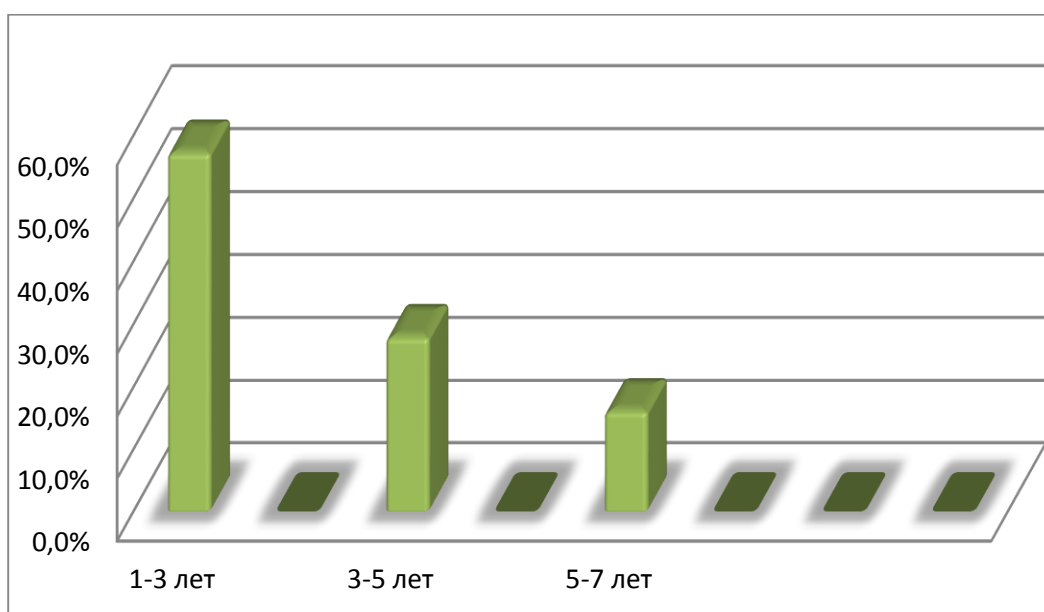
**Структура встречаемости ОЛТ среди детского населения
Андижанской области**



Половое соотношение среди обследованных пациентов составило мальчиков 158(57,3%) к 118(42,7%) девочкам. По возрастным группам больные были распределены в следующем порядке: 1-3 лет – 157 (56,8%), 3-5 лет – 76 (27,5%), 5-7 лет – 43 (15,7%) (диаграмма №2).

Диаграмма №2

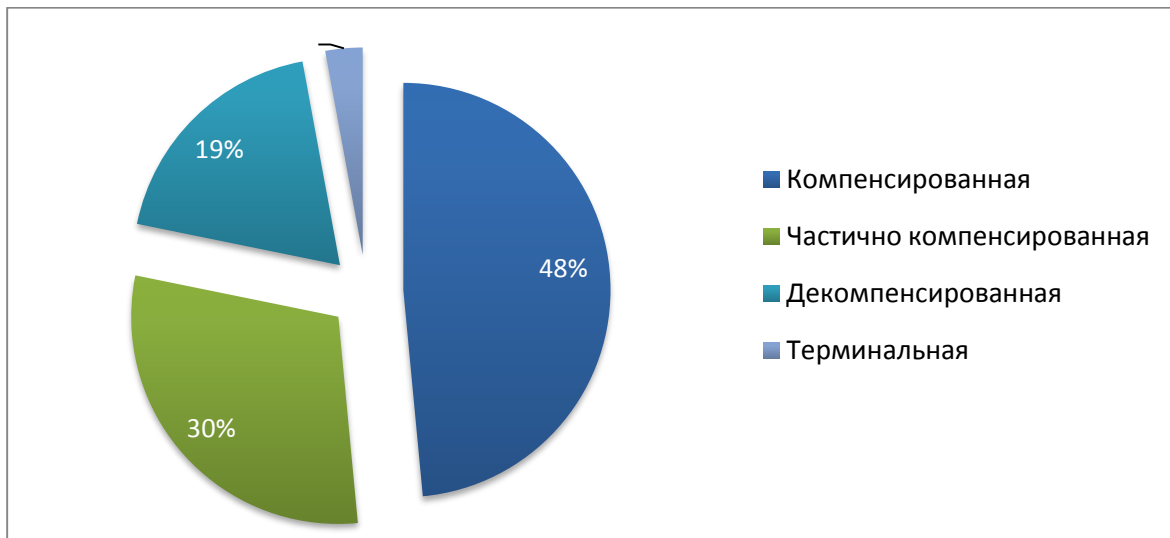
Распределение пациентов с ОЛТ по возрастным группам



Как видно из диаграммы №2 среди пациентов преобладали дети 1-3 летнего возраста. Наименее подвержены ОЛТ были дети старше 5 лет. Повторные эпизоды ОЛТ наблюдались у 22 % детей, рецидивирующее течение ларинготрахеита выявлено у 12 % детей. У 23 % детей установлен отягощенный аллергический анамнез. Отмечено, что у 15 % детей имеется склонность к частым ОРВИ и бронхитам.

Среди них 134 (48,5%) пациента с компенсированной формой ОЛТ, 82 (29,7%) – с частично компенсированной, 52 (18,9%) – с декомпенсированной и 8 (2,9%) – с терминальной формой ОЛТ. (диаграмма №3).

Распределение больных детей с ОЛТ согласно модифицированной шкале (Westly)



Заключение.

Таким образом, в ходе проведенного исследования было установлено, что клинические проявления, тяжесть и исход ОЛТ зависят от этиологического фактора и возраста детей. В период с марта по июнь, а также с октября по январь месяцы количество обращений больных достоверно было больше, чем по сравнению с другими периодами года. Следует отметить, что ОЛТ дети чаще болеют в возрасте от одного года до 3-х лет, в более поздние сроки вероятность заболевания уменьшается. Выраженность клинических симптомов несколько выше при остром течении заболевания, чем при рецидивирующем ларинготрахеите. Однако продолжительность стеноза гортани у детей с рецидивирующим течением заболевания была несколько выше. Аллергическая патология, выявленная у 23% больных детей, позволяет сделать вывод о большой роли аллергического компонента при повторном ларинготрахеите.

Использованные источники:

1. Геппе Н.А., Колосова Н.Г. Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей. Фарматека 2013; 15: 268: 40–43. (Geppe N.A., Kolosov N.G. Acute constrictive laryngotracheitis in children. Farmateka 2013; 15: 268: 40–43.)
2. Когут Т.А., Емеличева Л.Г., Ратынская Н.В. Стенозирующий ларингит у детей. Учебное пособие. Ярославль 2013; (Kogut T.A., Emelicheva L.G., Ratynskaya N.V. Constrictive laryngotracheitis in children. Tutorial. Yaroslavl 2013; 39.)
3. Russell K.F., Liang Y., O’Gorman K. et al. Glucocorticoids for croup. Cochrane Database Syst Rev 2011; 1: doi: 10.1002/14651858.CD001955.
4. Царькова С.А. Клинико-организационное руководство по оказанию неотложной помощи детям с острой обструкцией дыхательных путей (территориальный стандарт). Екатеринбург, 2003; 13–20. (Tsarkova S.A. Clinical and organizational guidelines for emergency assistance to children with acute airway obstruction (regional standard). Ekaterinburg, 2003; 13–20.)
5. Савенкова М.С. Современные аспекты этиопатогенеза и тактики ведения детей с острым стенозирующим ларингитом. Педиатрия 2008; 87: 1: 133–138. (Savenkova M.S. Current issues of pathogenesis and tactics of treatment of children with acute stenosing laryngitis. Pediatriya 2008; 87: 1: 133–138.)
6. Иногамов А.А. Сурункали тонзиллитни вегетатив узгаришларни инобатга олган холда клиникаси ва даволаш – Автререф. дис. канд. мед. наук. – Ташкент.- 2006. – 21 с. (Inogamov A.A. Clinic and treatment of chronic tonsillitis taking into account vegetative changes - Author. dis. sugar Med. science - Tashkent. - 2006. - 21 p.)
7. Комаровский Е.О. Вирусный круп у детей. Клиника.диагностика.тактика терапии. Харьков; Фолио. – 1993. – 400 с. (Komarovskiy E.O. Viral croup in children. Clinic.diagnostics.therapy tactics. Kharkiv; Folio. - 1993. - 400 p.).
8. Орлова С.Н. Клинико-функциональный анализ формирования рецидивирующего стенозирующего ларинготрахеита у детей

(патогенетические механизмы, диагностика, коррекция). – Автореф. дис. докт. мед. наук. – Иваново.- 2006. – 39 с. (Orlova S.N. Clinical and functional analysis of the formation of recurrent stenosing laryngotracheitis in children (pathogenetic mechanisms, diagnosis, correction). - Author's note. dis. doc. honey. Sciences. - Ivanovo. - 2006. - 39 p.).

9. Штайнигер У.Мюлендаль К.Э., Неотложные состояния у детей. Пер.с нем. –Мн.;Медстраст. – 1996. – 512 с. (Steiniger U.Mulendal K.E., Emergency conditions in children. Translation from German. –Мн.; Medstrast. - 1996. - 512 p.).