

Г. МҰХАНҚЫЗЫ

Қожа Ахмет Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент медицина институты, Шымкент қ.

БАЛАЛАРДАҒЫ ЖЕДЕЛ СТЕНОЗДАУШЫ ЛАРИНГОТРАХЕИТ

Балалардағы жедел стеноздаушы ларинготрахеит – бұл өмірге өте қауіпті жоғары тыныс жолдарының ауруы және жағымсыз нәтижеге алып келуі мүмкін. Бұл мақалада стеноздаушы ларинготрахеиттің клиникалық мінездемесі, негізгі диагностикалық әдістер, респираторлы жолдың обструктивті жағдайларын заманауи емдеу тәсілдері көрсетілген. Ингаляциялық кортикостероидтардың рөлі, сонымен қатар консервативті терапия тиімсіз жағдайда жасалатын әдістер нақты айтылған.

Түйінді сөздер: *жедел стеноздаушы ларинготрахеит, респираторлы трахиттің обструктивті жағдайы, ингаляциялық кортикостероидтар.*

Тақырыптың өзектілігі.

Жедел респираторлы вирусты инфекциялар балаларда кездесетін инфекциялық патологиялардың ішінде бірінші орынды алады. Ерте жастағы яғни, 6 айдан 3 жасқа дейінгі балалардағы жедел респираторлы инфекция асқынуының бірі болып жедел стеноздаушы ларинготрахеит және жалған круп жатады. Ол жиі шұғыл көмекті талап етіп, жағымсыз нәтижеге алып келуі мүмкін. Соңғы жылдары осы аурудың тұрақты түрде өсуі анықталған, сондай-ақ кейбір науқастарда жұтқыншақ стенозының кайталануы байқалған.

Жедел стеноздаушы ларинготрахеит – баланың өміріне қауіп төндіретін, үрмелі жөтел, дисфония, инспираторлы стридор және көмейдің әртүрлі дәрежелі стенозымен көрінетін жоғары тыныс жолдарының әртүрлі этиологиялы ауруы.

Жедел стеноздаушы ларинготрахеитті парагрипп, грипп, аденовирус кейде респираторлы синцитиальды вирус және *Mycoplasma pneumoniae*, сонымен қатар вирусты-вирустық ассоциациялармен жиі шақырылады.

Парагрипп вирусы көмейдегі және кеңірдектегі круп синдромымен негізделетін жетекші этиологиялық фактор болып табылады. Жиі күз-қыс маусымдарында дамиды барлық вирусты жедел стеноздаушы ларинготрахеиттердің жартысын парагрипп шақырады. Бактериальды ларингит сирек кездеседі. Бірақ ЖРВИ кезінде белсенетін немесе аурухана ішілік инфицирлену нәтижесінде қосылған бактериальды флора жедел стеноздаушы ларинготрахеит ағымының ауырласуына, асқынған жағымсыз нәтиженің дамуына алып келуі мүмкін. Жедел стеноздаушы ларинготрахеит 2-3 жастағы балаларда жиі дамиды, ал емізулі балаларда (6-12 ай) және 4 жаста сиректеу кездеседі. 5 жас және алғашқы 4 айлығында мүлдем болмайды. Жедел стеноздаушы ларинготрахеиттің негізгі клиникасы ЖРВИ фонындағы жұтқыншақ стенозымен көрінетіндіктен ЖРВИ көріністері жоқ кезінде, жұтқыншақ стенозымен жүретін басқа аурулармен дифференциальды диагностика жасаған жөн.

Клиникалық симптоматиканың көрінуіне байланысты жұтқыншақ стенозының дәрежелері. (1-кесте)

Кесте 1.

Симптомдар	Стеноз дәрежесі			
	1	2	3	4
Жалпы жағдайы, есі	Қанағаттанарлық немесе орташа ауырлықта, есі анық, периодты қозу	Орташа ауырлықта, есі анық, жиі қозулы	Ауыр немесе өте ауыр, есі анық емес, жиі бірден қозу	Өте ауыр, есі жоқ
Тері түсі	Уайым кезінде ауыз айналасында жеңіл цианоз	Ауыз-мұрын үшбұрышында айқын цианоз	Бет терісінің цианозы, акроцианоз, тері мрамор түсте	Бүкіл денесі цианоздалған
Қабырғааралық және бұғанаүстілік шұқырдың кіруі	Тыныштық жағдайда жоқ, уайым кезінде білінеді	Айқын, тіпті тыныштық жағдайда да	Айқын, үстіртін тынс алуда болмауы да мүмкін	Білінбейді
Тыныс алуы	Дене температурасына сай	Жиіленген	Айқын жиі, үстіртін болуы да мүмкін	Үзілген, үстіртін
Пульс	Қалыпты	Жиі	Айқын жиі, тыныс алғанда білінбеуі де мүмкін	Жіп тәрізді, өте жиі, сирек жәй.
Пульсоксиметрия	Қалыпты – 95-98 %	<95 %	< 92 %	

Жедел стеноздаушы ларинготрахеиттің қауіп факторларына балалардың жұтқыншағы мен трахеясының кіші диаметрі, шеміршек жұмсақтығы, жіңішке, қысқалығы және воронкәтәрізді формасы, дауыс байламдарының пропорционалдылығы мен жоғары орналасуы, аддуктор-бұлшықеттердің гиперсенсбилизациялығы, рефлексогенді зоналардың функционалды толық дамымағандығы мен гиперпарасимпатикотония жатады. Ерте жастағы балаларда лимфоидты тіннің көптігі, бұлтты клеткалардың, қантамырлардың, шырышты және

шырышасты қабаттардың эластикалық талшықтарының әлсіз дамуы жұтқыншақтың ісініп, жедел стеноздаушы ларинготрахеиттің дамуына әкеледі. Жағымсыз фондарға тағы да атопия (балалардағы ЖРВИ фондындағы және жұтқыншақ ісінуі мен круп рецидивіне әкелетін атопиялық фенотип), дәрілік аллергиялар, жұтқыншақ құрылымының аномалиялары, стридор, паратония, ОЖЖ-сінің перинатальды зақымдалулары, шала туылу жатады. Вирусты инфекцияның нәтижесінде дауыс байламдарының, қатпарасты кеңістік шырышының, трахеяның және жергілікті тіннің қабынулық ісігі дамып, шырыш бездерінің гиперсекрециясына байланысты тыныс жолдарында қою қақырық жиналып қалады. Сонымен қатар, рефлекторлы ларингоспазм дамиды. Тыныс жолдарында қою қақырықтың болуы, ісіну және қабынулық процесстер сөйлеуге кедергі жасап, дисфония тудырады.

Жедел стеноздаушы ларинготрахеиттің продромальды кезеңі субфебрильді немесе фебрильді температурамен 1-3 күнге созылады. Аурудың басталуы жиі жедел, түнде немесе кешке қарай. Бала дәрекі жөтел мен тыныс қиындауынан оянады. Жедел стеноздаушы ларинготрахеиттің клиникалық көрінісі динамикада, бірнеше минуттан 1-2 күнде компенсация сатысынан асфиксия жағдайына дейін прогрессиялануы мүмкін. Дисфония іскінің көлеміне байланысты афонияға жалғасуы мүмкін. Қысқа үрмелі жөтел болады, оның дыбысы ісік көлеміне байланысты, ісік неғұрлым үлкен болса соғұрлым тыныш болады. Сонымен қатар, инспираторлы немесе екіфазалы, стридор-стенотикалық тыныс байқалады. Тыныс алу немесе тыныс шығару да қиындаған және ұзарған, шулы, ысқырықты, мұрын қанаттарының екі жаққа ісінуімен және кеуде клеткасының ішке қарай кіруімен көрінеді. Шпиля симптомы немесе пирамида симптомы дамып, жұтқыншақтың қысылған бөлігін мойынның алдыңғы, артқы, бүйір бөлігінен түсірілген рентгенограммада көруге болады. Рентгенологиялық тексерудің негізгі себебі атипиялық ағымда стридордың басқа себептерін жоққа шығару болып табылады. Симптомдардың прогрессиялануы кезінде тері жабындарының түсінің өзгергенін, бозғылттық, жөтел кезінде айқындалатын периоральды цианоз дамиды. Төменгі тыныс жолдарының обструкциясы балалардың біразында клиникалық түрде көрінеді. Гипоксемия нәтижесінде қозу немесе тежелу дамиды.

Диагноз триаданың көмегімен қойылады: дисфония, үрмелі жөтел, сонымен қатар ЖРВИ-дің әртүрлі көріністерімен. Негізгі диагностикалық шаралар:

1. Анамнез жинау, шағымдары, вакцинация мәліметтері.

2. Баланы жалпы қарау

3. Тыныс жиілігін санау, өкпе аускультациясы, АҚҚ, пульс, пульсоксиметрия жүргізу.

Осы көрсетілімге сай перифериялық қанның жалпы анализі (лейкоциттердің саны жиі қалыпты, лимфоцитоз немесе лейкопения дамуы мүмкін), қан газы, ЛОР-дәрігердің консультациясы, жұтқыншақтың фиброэндоскопиясы (дифференциальды диагностика жүргізу барысында) жасалады. Реанимациялық шараларды қажет етпейтін бала жағдайында тек қана анамнез бен жұтқыншақ фиброларингоскопиясы нәтижелері, объективті қарау және тексерудің қосымша әдістері наркоз арқылы тыныс жолдарының ларингоскопиясын жүргізуге, мүмкін болса микроскоп арқылы, трахеобронхо- және эзофагоскопияны да жүргізуге негізделеді.

Асқынулары: Жедел стеноздаушы ларинготрахеиттің ең жиі және жұтқыншақ стенозына тәуелсіз асқынуы болып обструктивті бронхит табылады. Декомпенсирленген стенозда (3-ші дәреже) жиі іріңді ларинготрахеобронхит және пневмония дамиды. Сонымен қатар, бактериялық отиттер, синуситтер, лакунарлы ангина, іріңді конъюнктивит, іріңді менингит. Вирусты круп кезінде пневмонияның қосылуы өлімнің басты себебі болып табылады.

Жұтқыншақ стенозының дәрежесін бағалау балаға көрсетілетін медициналық тактика мен араласуларға негізделеді. Балаға көрсетілетін медициналық көмек этаптылыққа тікелей байланысты. Жедел стеноздаушы ларинготрахеит кезіндегі ем, тыныс алуды тез арада жақсарту мен бала жағдайының жақсаруы, жұтқыншақ стенозының прогрессиялануын және қайғылы жағдайды болдырмауға бағытталады. Баланың ата-анасы медициналық көмек сұрап емханаға жүгінген кезде (дәрігерді үйге шақырғанда) диспетчер баланың ауруы қашан басталғанын, ЖРВИ бар-жоқтығын, тыныс алу қиындығын, баланың тынышсыздығын дұрыс бағалап, госпитализациялауға қажет.

Госпитализациялауға көрсеткіштер:

1. Жұтқыншақ стенозының 2-ші және жоғары дәрежесі бар барлық балалар;

2. 1-ші дәрежеде

3. 1 жасқа дейінгі балалар

4. Жасалған терапиядан нәтиже болмағанда

5. Кортикостероидтарды қолдану кезінде

6. Шала туылу

7. Қосымша патологиялар

8. Жұтқыншақ дамуының туа пайда болған аномалиялары

9. Эпидемиологиялық көрсеткіштер

10. Әлеуметтік жағдайларға байланысты

Глюкокортикостероидтарды қолдану патогенетикалық емге негізделген (қабынуға қарсы эффект көрсетеді, капиллярлардың өткізгіштігін төмендетіп, экссудация мен жұтқыншақ ісігін басады). ЖРВИ кезіндегі крупты емдеу осы уақытқа дейін жұмсартылған ауа немесе пароксиген қоспасымен жасалатын ингаляциямен шектеліп келген, ал ауыр дәрежелі ларинготрахеальды стеноз кезінде глюкокортикостероид жүйелі түрде қосымша егіліп отырған. Алайда жүйелі глюкокортикостероид қолдану жағымсыз әсерлер туындатқандықтан, педиатриялық практикада оларды қолдану мардымсыз. Респираторлы трахттивті обструктивті жағдайларында заманауи стандартты терапия глюкокортикостероидты қабынуға қарсы зат ретінде қолдану эффективті деп отыр. Глюкокортикостероидпен ингаляциялық ем жедел стеноздаушы ларинготрахеит кезіндегі симптомдарды оңай жояды және тыныс жолдарының шырышты қабатының ісінуін баса отырып, медикаментозды трахеотомия деген атқа ие болды.

Қазіргі таңда жедел стеноздаушы ларинготрахеит емінде алғашқы орында ингаляциялық будесонид глюкокортикостероид суспензия түрінде 2 мг дозада бір рет 1 мг дозада 2 рет әр 30 минут сайын қолданылып отыр. Будесонид – қабынуға қарсы активті әсер көрсететін ингаляциялық глюкокортикостероид. Будесонидтің 10% ішек фракциясына түскен биожетімділікке, ал 28% өкпеге сіңіріледі. 85-90 пайызы плазма белоктарымен қосылады. Ол бауырда интенсивті метобализмге ұшырап, балаларда ересектерге қарағанда, 40 пайызға жоғары, бейактивті

метаболиттер түзіліп, несеппен сыртқа шығарылады. Балаларда будесонидтің тағайындалған дозасынан 6% ғана қанға өтеді, ол ересектерге қарағанда 2 есе аз.

Қан айналымында анықталатын 1 кг массаға шаққанда жоғары клиренспен будесонидтің төмен дозасы және егу уақытының төмендігі будесонидтің бірдей мөлшерін мектепке дейінгі балаларға және ересектерге жағымсыз әсерлердің дамуынсыз қолдануға мүмкіндік береді. Будесонид – тәулігіне 1 рет қана қолдануға тағайындалатын жалғыз глюкокортикостероид. Зерттеулерге сүйенсек доза тәуелділік эффекті титрлеу кезінде тез клиникалық әсер берсе будесонидтің төмен дозасына да функциональды көрсеткіштердің жақсарғандығын дәлелдейді. Ингаляцияға арналған будесонидтің суспензия түрі глюкокортикостероидтің тыныс жолдарына тез түсуіне, оның жергілікті қабынуға қарсы жоғары активтілігі, сонымен қатар, қантамыр тарылтушы әсер көрсетеді. Жедел стеноздаушы ларинготрахеит кезінде будесонидті тасымалдаушы құрал небулайзер болып табылады. Ингаляцияға арналған будесонидтің суспензия түрі үшін 15-30 минуттың өзінде - ақ қабынуға қарсы әсер етіп, 3-6 сағаттан соң максималды жақсаруы тән.

Небулайзер – кез-келген жастағы балаларға дәрілерді ингаляция арқылы берудің универсалды жүйесі. Ол тіпті енді туған балаларға да қолданылып, тыныс алудың арнайы техникасын талап етпейді. Будесонидті беру үшін небулайзердің тікелей және мембраналы түрлері қолданылады. Небулайзер балаларға дәрілік препараттың аз уақыттың ішінде қабылдануын және оның эффективтілігін қамтамасыз етеді. Ерте жастағы балаларға жасына сай арнайы өлшемдегі маскалар қолданылады.

Жүйелі глюкокортикостероидт дексаметазонның 0,6кг/мг дозада бір рет қолданылады. Егер де жұтқыншақ стенозы 2 дәрежесінен жоғары сақталған жағдайда сол дозада тағы бір рет қайта беріледі. Стероидтарды енгізгеннен кейінгі емдік әсер 15-45 минуттан соң басталады. Әсері 4-8 сағатқа созылады. Симптомдардың қайталануы кезінде қайта енгізу қажет. Преднизолон 2-5 мг/кг дозада парентеральды тағайындалады. Стероидты ем бірнеше күнге тағайындалуы мүмкін, бірақ екінші күннен бастап оның дозасы төмендетіледі.

Вирусқа қарсы препараттар алғашқы 48 сағатта тиімді. Вирусты круп кезінде антибактериальды терапияның тиімділігі анықталмаған.

Жедел стеноздаушы ларинготрахеит кезінде антибактериальды терапияны тағайындауға көрсеткіш:

- аурудың микоплазмалы этиологиясы немесе соған күдіктенген кезде (макролидтобының антибиотиктері қолданылады);
- курс ұзақтығы – 7-14 күн (азитромицин – 3-5 күн);
- бактериальды асқынулар немесе қосымша жағдайлар көрінгенде;
- Интубация мен трахеостомия консервативті емнен нәтиже болмаған кезде және реанимациялық шараларды қажет еткен кезде қолданылады.

Атопиямен жұтқыншақ стенозы қосарланған аурумен ауыратын балаларға H1-гистаминолитиктердің 2-ші қатары қолданылады. Седативті терапия қолдану қажеті жоқ, себебі адекватты терапияны көрсетпейді. Жұтқыншақ стенозын жойғаннан соң тыныс жолдарынан қақырықты шығару мақсатында және төменгі тыныс жолдарының обструкциясын жою үшін бронхо және муколитикалық препараттар ішке немесе ингаляциялық түрде (амброксол, ацетилцистеин, бромгексин, карбоцистеин) немесе комбинирленген түрде (сальбутамол+бромгексин) қолданылады. 2 жастан асқан балаларға фенспиридті сироп түрінде тағайындауға да болады.

Қорытынды. Жедел стеноздаушы ларинготрахеитпен ауыратын балалардың диагностикасы және емін анықтауда науқастардың ауырлық дәрежесін бағалау, асқынулардың дамуын, госпитализациялау қажеттігін төмендету, науқастардың стационарда емделу уақытын қысқарту және емге жұмсалатын қаражатты азайту маңызды болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Аюпова С. Х. Клиникалық педиатрия. – Алматы: БАУР, 2008. - Т. 2. – 396 с.
- 2 Шабалов Н. П. Детские болезни. - СПб.: Питер, 2007. – Т. 1. – 219 с.
- 3 Аскамбаева К. А. Педиатрияда жедел жәрдемді талап ететін қауіпті жағдайлар : анықтама // ОҚММА. –Шымкент: 2003. – С. 190-196.
- 4 В. Н. Тимошенко Неотложные состояния у детей // Гастроэнтерология, пульмонология, эндокринология, нефрология. - Ростов н/Д: Феникс, 2007. – С. 96-104.
- 5 В. А. Михельсона. Интенсивная терапия в педиатрии. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007. – 258 с.
- 6 Учайкин В. Ф. Неотложные состояния в педиатрии. - М.: ГЭОТАР -Медиа, 2005. – 167 с.
- 7 Зайцева О.В. Синдром крупа при ОРВИ: современные аспекты терапии // Медицина неотложных состояний. - 2006. - 5(6). – С. 116-127.
- 8 Суховецкая В.Ф. и др. Клиника и диагностика острых стенозирующих ларинготрахеитов у детей при ОРВИ различной этиологии // Детские инфекции. - 2004. - № 1. - С. 10–15.
- 9 Савенкова, М.С. Современные аспекты этиопато- генеза и тактики ведения детей с острым стенози- рующим ларингитом // Педиатрия. - 2008. - Т. 87. - №1. - С. 133-138.
- 10 Геппе, Н.А. Острый обструктивный ларингит (круп) у детей: диагностика и лечение (по материа- лам клинических рекомендаций) // Русский ме- дицинский журнал. - 2014. - №14. - С. 305-308.

Г. МҰХАНҚЫЗЫ

*Международный Казахско-Турецкий университет им. Ходжа Ахмеда Яссави,
Шымкентский медицинский институт, г. Шымкент.*

ОСТРЫЙ СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛАРНГОТРАХЕИТ У ДЕТЕЙ

Резюме: Острый стенозирующий ларнготрахеит у детей – это угрожающие жизни заболевание верхних дыхательных путей и может приводить к неблагоприятному исходу. В данном обзоре приведены клиническая характеристика степени тяжести стенозирующего ларинготрахеита, основные диагностические подходы, современные стандарты терапии обструктивные состояния респираторного тракта. Подробно описаны роль ингаляционных кортикостероидов, а также мероприятия, осуществляемое при неэффективности консервативной терапии.

Ключевые слова: острый стенозирующий ларинготрахеит, обструктивные состояния респираторного тракта, ингаляционные кортикостероиды.

G. MUHANKYZY

Kh. A. Yassavi International Kazakh-Turkish University, Shymkent Medical Institute

CONSTRICTIVE LARINGOTRACHEITIS FOR CHILDREN

Resume: Constrictive laryngotracheitis for children - this threatening to life disease of overhead respiratory tracts and can result in an unfavorable end. To this review clinical description of degree of weight of стенозирующего ларинготрахеита, basic diagnostic approaches, modern standards of therapy of the obstructive states of respiratory highway, is driven. In detail described role of inhalation cortikosteroidis, and also events carried out at uneffectiveness of conservative therapy.

Keywords : sharp stenosis laryngitis, obstructive states of respiratory highway, inhalation, inhalation cortikosteroidis.