

ВЕРХНИЙ И НИЖНИЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОРИ

Чыныева Д.К., Мамбетова М.К., Абдрахманова А.М., Кадырова Р.М.,
Абдыкеримова М.С., Усенко В.А., Мамбетова Н.О.

Кафедра детских инфекционных болезней, КГМА им. И.К. Ахунбаева

Республиканская клиническая инфекционная больница

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: описаны клинические особенности течения верхнего (29) и нижнего обструктивного синдрома (52) у 81 ребенка от 2 месяцев до 5 лет. Выявлено, что синдром затрудненного дыхания на фоне ОРИ, чаще развивается у детей первого года жизни.

Ключевые слова: дети, верхняя, нижняя обструкция, заболеваемость, синдром затрудненного дыхания (дыхательная недостаточность) сальбутамол.

КУРЧ КАРМАГАН РЕСПИРАТОРДУК ЖУГУШТУУ ООРУЛАРЫ МЕНЕН ООРУГАН БАЛДАРДАГЫ ӨЙД ӨНКҮ ЖАНА ЫЛДЫЙКЫ ОБСТРУКЦИЯ СИНДРОМУ

Чыныева Д.К., Мамбетова М.К., Абдрахманова А.М., Кадырова Р.М.,
Абдыкеримова М.С., Усенко В.А., Мамбетова Н.О.

Балдар жугуштуу оорулар кафедрасы, И.К.Ахунбаев атындагы КММА

Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: 2 айдан 5 жашка чейинки 81 баланын өйдөнкү (29) жана ылдыйкы (52) обструкция синдрому менен ооруган оорунун клиникалык өзгөчөлүктөрү аныкталган.

Негизги сөздөр: өйдөнкү жана ылдыйкы обструкция синдрому, ооруга чалдыгуу, дем кыстыгуу, сальбутамол.

UPPER AND LOWER OBSTRUCTIVE SYNDROME IN CHILDREN WITH ACUTE RESPIRATORY

Chynyeva D.K., Mambetova M.K., Abdrahmanova A.M., Kadyrova R.M.,
Abdikerimova M.C., Usenko V.A., Mambetova N.O.

Department of pediatric infectious diseases, I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Republican clinical hospital of infectious diseases

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: We describe the clinical features of the flow of the upper (29) and lower obstructive syndrome (52), 81 children from 2 months to 5 years. Revealed that the syndrome of wheezing against ARI more likely in infants.

Keywords: Children, the upper and the lower obstruction, disease, syndrome, dyspnea (breathing difficulty), salbutamol.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста и составляют около 90 % среди ежегодно регистрируемых заболеваний. Особую актуальность проблема респираторных инфекций приобретает у детей первых 3 лет жизни [3]. Одним из частых и тяжелых проявлений ОРВИ, сопровождающихся расстройствами дыхания, является острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) (верхняя обструкция) и синдром бронхиальной обструкции (СБО

- нижняя обструкция) [2,4]. Использование новых алгоритмов лечения привело к отказу от агрессивных методов (интубация трахеи, трахеостомии), снижению летальности от стеноза гортани за последние десять лет, уменьшило риск развития побочных эффектов, что является важным условием качества медицинского обслуживания [3,4].

Кроме того, эти неотложные синдромы чаще регистрируются у детей разных возрастных групп от 11 до 47,9% и заканчиваются летальным исходом у 60% больных первого года жизни

[1,6]. А также, возникновение синдрома ОСЛТ и СБО, у детей с перинатальной патологией ЦНС, приводит к более раннему развитию симптомов острой дыхательной недостаточности (ОДН) и гипоксического отека головного мозга (ОГМ) еще на до госпитальном этапе [2,3,6]. Наиболее часто ОСЛТ развивается со второго полугодия до трехлетнего возраста, реже — у детей старше 5 лет. Частота возникновения стенозирующих ларинготрахеитов не имеет тенденции к снижению. По мнению многих исследователей [1,2,5], это связано с увеличивающейся сенсбилизацией детского организма в результате раннего перевода детей на искусственное вскармливание, бессистемного и необоснованного применения антибиотиков, загрязнения окружающей среды, широкого использования в быту химических веществ. Правомочность такого предположения основывается на том, что острые стенозирующие ларинготрахеиты чаще всего возникают у детей с «аллергической предрасположенностью» [1, 3, 4, 7]. Исход заболевания при ОСЛТ во многом определяется своевременностью и адекватностью оказания медицинской помощи. За последнее десятилетие принципы терапии ОСЛТ были существенно пересмотрены. Это совпало с развитием доказательной медицины — подхода к медицинской практике, при котором решения о применении лечебных мероприятий принимаются, исходя из полученных доказательств их эффективности и безопасности и предполагающего поиск, сравнение, обобщение и широкое распространение полученных доказательств в интересах больных (*Evidence Based Medicine Working Group*, 1993).

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей верхней и нижней обструкции у детей раннего возраста и эффективность разных методов лечения.

Материалы и методы исследования

Нами проведен ретроспективный анализ 81 истории болезни детей, получавших стационарное лечение в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) в январе 2013 года, с диагнозом острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ

- верхняя обструкция 29) и синдромом бронхиальной обструкции (СБО - нижней обструкция 52).

Больные острой респираторной инфекцией были разделены на 2 группы: I группу составили 29 детей с ОСЛТ (верхняя обструкция) и II группу – 52 больных с СБО (нижняя обструкция).

Для постановки диагноза были использованы эпидемиологические, общеклинические, функциональные (рентгенография органов грудной клетки) методы исследования, а также статистическая обработка полученных результатов.

Результаты и их обсуждение

Возрастная структура детей с верхней и нижней обструкцией была представлена следующим образом: от 0 – 6 месяцев - 3(10,3%) - 10 (19,2%) детей, 6 – 12 месяцев – 3 (10,3%) – 16 (30,8%) больных и от 1 года до 3 лет – 16 (55,2%) - 25 (48,1%) детей (Рис.1). Следовательно, синдром бронхиальной обструкции чаще встречается у детей первого года жизни, а ОСЛТ – у детей старшего возраста.

Среди заболевших детей (86,2%-84,6%) были жителями города Бишкек, остальные (13,8-15,4%) иногородние. Заболеваемость детей с верхней и нижней обструкцией по полу, интересно отметить, мальчики составляли среди больных с крупом 69%, а среди больных СБО с одинаковой частотой мальчики и девочки.

Скорой медицинской помощью были доставлены (17,2%-21,2%) больных, из других стационаров поступило (27,6% - 19,2%) детей, поликлиниками города (ЦСМ) были направлены (17,2% - 23,1%) больных. Без направления врачей поступали чаще (38% - 36,5%) детей. Следует подчеркнуть, что дети с крупом и СБО с одинаковой частотой поступали без направления, чем в скорую медицинскую помощь.

При выяснении эпидемиологического анамнеза в большинстве случаев, заболевание связывали с переохлаждением и отсутствие контакта с больными ОРИ.

В РКИБ первые 2-е суток болезни поступали (69%-38,5%) детей, на 3-е сутки - (24,1%-36,5%) больных (рис.2). Поступление детей с явлениями ОСЛТ в ранние сроки

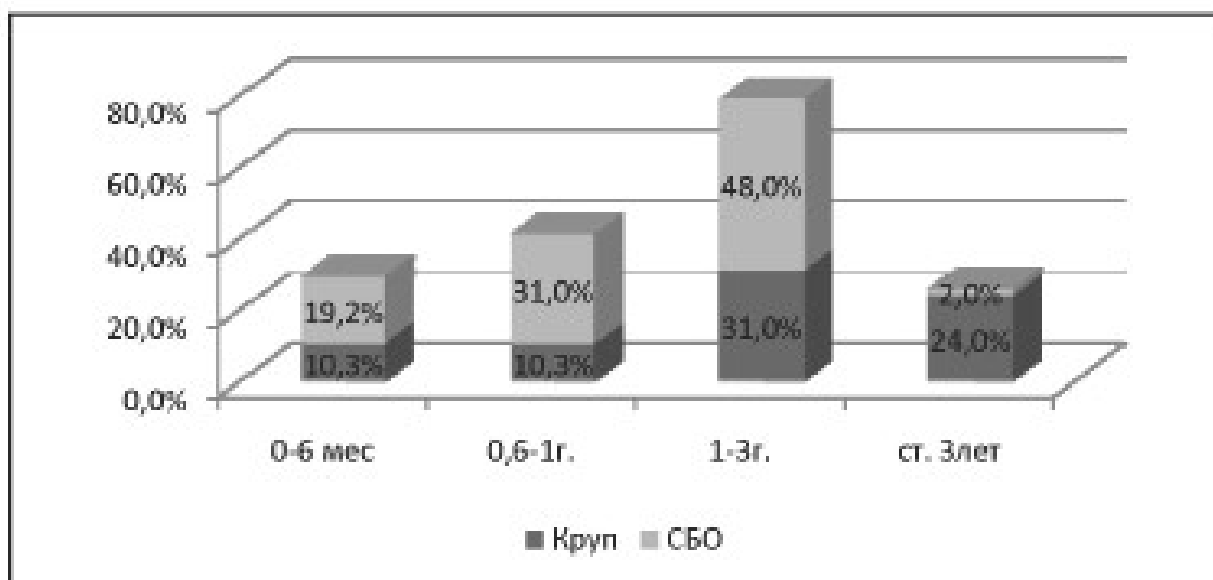


Рис. 1. Возрастная структура детей с верхней и нижней обструкцией

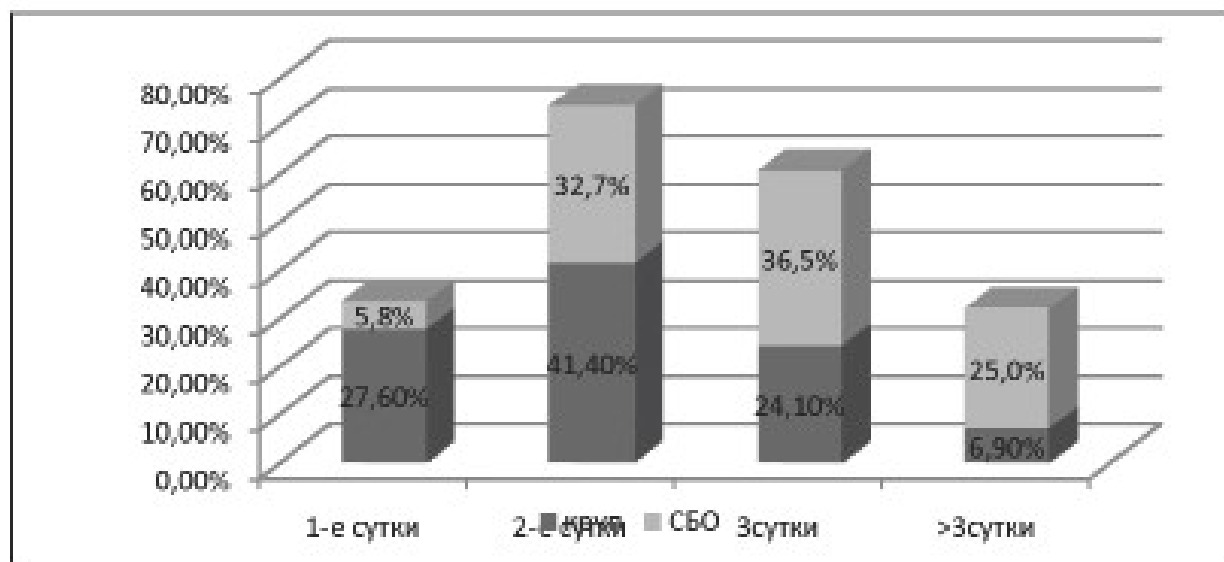


Рис. 2. Сроки поступления больных

заболевания свидетельствует о более быстром прогрессировании стеноза гортани и симптомов дыхательной недостаточности.

Среди детей в двух сравниваемых группах до поступления в стационар не получали антибиотики 75,8% и 44,2%. Это свидетельствует об остроте и внезапности начала болезни при ОСЛТ. Среди, получавших антибиотики дома (44,2%) у детей с нижней обструкцией в 78,3% были препараты, такие как амоксициллин, ампициллин.

В анамнезе о перенесенной ОРВИ с одинаковой частотой отмечены в обеих группах – (89,6%) и (86,5%).

С направляющим диагнозом ОРВИ+ОСЛТ I степени поступили 9 (31%) детей и ОРВИ+ОСЛТ II степени - 9 (24,1%) больных I группы. С диагнозом ОРВИ + обструктивный бронхит поступило 20 (38,5%) детей и 1 ребенок с диагнозом ОРВИ + острый бронхит - из II группы. А также с диагнозом ОРВИ поступили с одинаковой частотой 14 (48,3%) – 25 (48,1%) детей. При формулировке диагноза врачами приемного отделения чаще фигурировал диагноз ОРВИ+ОСЛТ II у 69% больных I группы, а ОРВИ+ОСЛТ I - у 31% больных. Диагноз – ОРВИ + обструктивный бронхит был выставлен у 84,6% детей II

группы. Клинические диагнозы (ОРИ+ОСЛТ и ОРИ+СБО), выставленные лечащими врачами соответствовали сравниваемым группам больных.

Отягощенный преморбидный фон чаще отмечен среди больных с СБО: анемия - 42,3%, паратрофия 30,8% и гипотрофия 17,8%, а 5,8% - проживали в условиях сырости. А у больных с ОСЛТ преморбидный фон был отягощенным только у 10,3% больных. Аллергоанамнез был положительным среди детей с ОСЛТ - 3,4% (пищевая) и с обструктивным бронхитом - 11,5%. Вакцинация у 90% детей в обеих группах была своевременной.

Основными жалобами при поступлении были на повышение температуры, кашель, затрудненное дыхание и другие общеинфекционные симптомы. Температура у больных детей в обеих группах колебалась от субфебрильной до фебрильных цифр: повышение температуры тела до 37-38°C было отмечено у (27,6% - 28,8%) больных, более 38,0°C у (62,1%-71,2%) детей. Длительность лихорадочного периода 1- 3 дня сохранялась у (37,9% - 28,8%) детей, более 3 дней отмечена у (58,6% - 50%) больных, что по-видимому связана с присоединением вторичной бактериальной флоры и пневмонии у (3,4% - 9,6%) больных. Рентгенологическое исследование было сделано всего 7 больным в обеих группах, диагноз пневмонии был подтвержден в 5 случаях. У наблюдаемых детей диагностирована правосторонняя пневмония. Симптомы интоксикации были умеренно выраженными 31% - 78,8%, резко выраженными 69% - 31,2% соответственно. Они сохранялись в течение 1-2 дня среди больных с крупом 58,6%, а с нижней обструкцией - только у 23,1%. Дольше 3 дней сохранялись у больных с нижней обструкцией 71,2%, объясняется поздним поступлением и развитием пневмонии у детей раннего возраста. Умеренно выраженные симптомы катаральных явлений в обеих группах составляло 21(72,4%) - 46(88,5%). Сроки появления признаков дыхательной недостаточности у всех больных с верхней обструкцией отмечены в первые 2 дня от начала болезни, тогда как у 18 (72%) детей с нижней обструкцией - на 2 - 3 день.

У 8 больных признаки ДН появлялись при плаче, беспокойстве. Степень острой дыхательной недостаточности у больных определялась не только тяжестью заболевания, но и выраженностью стеноза гортани и синдрома бронхиальной обструкции. Длительность симптомов дыхательной недостаточности в течение 1-2 дней составляло 62% у больных с верхней обструкцией, 19,2% - с нижней обструкцией. Около 80% больных с СБО признаки ДН сохранялись более 3 дней. У большинства больных (89,6% - 84,6%) преобладала тяжелая форма болезни, у остальных выявлена среднетяжелая форма.

Анализ периферической крови в сравниваемых группах показал, что лейкоцитарная формула у больных соответствовала картине крови при ОРВИ: (89,7%) - (78,8%). У 17,2% больных был выявлен лейкоцитоз с нейтрофилезом и умеренное повышение СОЭ.

Терапия у всех больных включала антибактериальное, патогенетическое и симптоматическое лечение. Антибиотики были назначены большинству 69% - 98% больных с поступления. Спектр назначаемых антибиотиков был разнообразным: ампициллин, цефотаксим, цефтриаксон, меркацин, ципрокс. Монотерапию получали 15 (60%) - 18 (72%) детей, последовательную смену антибиотиков 9 (36%) - 7 (28%) больных. Основным показанием для назначения антибактериальной терапии явилось: наличие неотложных синдромов, развитие пневмонии и лихорадка больше 3 дней. Среди больных с верхней обструкцией антибиотики получали 69%(20), а среди больных с нижней - 98%(51). В обеих группах с одинаковой частотой дети получали антибактериальные средства цефалоспоринового ряда 65% и 68% соответственно. А среди больных с синдромом бронхиальной обструкции последовательная смена антибиотиков у 29,4% больных. В основном назначались при смене на макролиды (меристат), цефалоспорины 1У поколения, ципрокс. Длительность назначения антибиотиков в обоих случаях не превышало 5 дней у 85% - 56,9%. Более одной недели получали антибиотики в среднем 11% больных. Лишь 1 ребенок с ОСЛТ

И не получил антибиотик. Сальбутамол по алгоритму назначался только больным с нижней обструкцией, а с верхней обструкцией не получали. С приемного отделения был назначен 35 (67,3%), а 9 больных не получали. 3 больным первые дозы сальбутамола были назначены по скорой медицинской помощи. Длительность применения сальбутамола составлял 1-2 дня у 12 больных (35,8%), 3-4 дня 19 (44,2%).

Кортикостероиды получили в основном внутримышечно с ОСЛТ- 23 (79,3%) и 14 (26,9%) больных с СБО, получали в основном однократно или двукратно по назначению скорой медицинской помощи и в поликлинике 10,3% - 57,7%. Длительность применения кортикостероидов составляло 1-2 дня 83,3% - 92,8%. Только 1 больной с крупом получал перорально.

Инфузионная терапия была назначена 16 (55,2%) - 34 (65,4%) больным. Следует подчеркнуть, что только 30,8% детям с явлениями ДН и купирования обструктивного синдрома назначался эуфиллин. У (9) 56,3% с СБО назначен был эуфиллин с приемного отделения, по тяжести состояния было продолжено в отделении у 7 (43,6%). Длительность назначения их составлял не более 1-3 дней почти у всех.

Исход болезни: у 17,3% - 20,7% больных закончился выздоровлением, 72,4% - 76,9% выписаны с улучшением из-за опасности суперинфекции.

Выводы:

1. Синдром верхней обструкции (ОСЛТ) чаще встречается у детей старше года (84%), а синдром нижней обструкции (СБО) у детей до года (88%), преимущественно с отягощенным преморбидным фоном (анемией, паратрофией, гипотрофией, положительным аллергоанамнезом).

2. У детей с признаками верхней обструкции дыхательная недостаточность чаще развивается в ранние сроки заболевания в связи с чем, госпитализируются впервые 2-е суток от начала болезни.

3. Развитие пневмонии у большинства больных с СБО связано с поступлением детей в более поздние сроки болезни, ранним возрастом,

иммунодефицитным состоянием и поражением нижнего отдела респираторного тракта.

4. Назначение сальбутамола, эффективность его применения требует четкой динамической оценки врачей, чтоб не прибегать к назначению инфузионной, антибактериальной терапии.

5. Необходимо при длительном течении СБО и отсутствии эффективности от препаратов цефалоспоринового ряда обследовать больных на атипичную пневмонию и выявлять другие этиологии заболеваний.

Литература:

1. Бронхообструктивный синдром у детей. Учебное пособие для врачей-интернов, клинических ординаторов, врачей-педиатров. Барнаул, 2010.

2. С.Л.Бевза, Ф.С.Харламова. Респираторная-синцитиальная вирусная инфекция: современный взгляд на проблему./ Детские инфекции. 2008.-№1.- С. 43 – 49.

3. Л. В. Крамарь, А. А. Арова, Ю. А. Желудков, Н. В. Мухина, Т. О. Медведева, А. Б. Невинский, Н. В. Родионова, А. М. Алюшин оптимизация терапии острых стенозирующих ларинготрахеитов у детей с учетом данных доказательной медицины.

Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН.4.2009 стр.34-36

4. И.П.Лобушкова, Е.А.Спиридонова. Синдромальная диагностика дыхательной недостаточности у детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом. /Детские инфекции. -2009.-№3.-С. 59 – 61.

5. В.Ф. Суховецкая и др. Клиника и диагностика острых стенозирующих ларинготрахеобронхитов у детей при ОРВИ различной этиологии. / Детские инфекции. – 2007-№1- С.10 – 15.

6. Pediatric infectious diseases: principles and practice. Second ed. / ed. by B. Jenson., R. S. Baltimor. — Philadelphia, 2009. — P. 771—778.

7. Manual of Childhood Infections. Second ed. / ed. by E. Graham Davies, David A. C. Elliman, C. Anthony Hart, et al. — London, 2008. — P. 71— 83.