МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Уралов Ш.М
к.м.н., доцент, Самаркандский государственный медицинский университет, г.Самарканд, Узбекистан е-
Жалилов А.Х
к.м.н., доцент, Самаркандский государственный медицинский университет, г.Самарканд, Узбекистан
Аралов М.Ж
к.м.н., доцент, Самаркандский государственный медицинский университет, г.Самарканд, Узбекистан
Холикова Г.А
ассистент, Самаркандский государственный медицинский университет, г.Самарканд, Узбекистан

Актуальность проблемы острого стенозирующего ларинготрахеита (ОСЛТ), сопровождающего острые респираторные вирусные инфекции, обусловлена его высокой распространенностью в детском возрасте, выраженным динамизмом клинических симптомов, возможностью быстрого развития бактериальных осложнений и летального исхода. Современная концепция патогенеза рецидивирующего ОСЛТ предусматривает развитие патологического процесса в результате комплексного воздействия разнообразных этиологических факторов, в том числе инфекционных, аллергических, однако до настоящего времени лабораторная диагностика последних в практике, не получила широкого распространения. Основные патогенетические механизмы, формирующие дыхательные расстройства: отек слизистой оболочки гортани и трахеи, спазм мышц гортани, трахеи и бронхов, гиперсекреция желез слизистой оболочки гортани, трахеи и бронхов, становятся ведущими, определяющими клинику, а в конечном итоге и терапию. Следует отметить, что до настоящего времени актуальным остается поиск новых подходов к терапии ОСЛТ, которые позволяли бы влиять как на этиологические, так и патогенетические механизмы заболевания.

При анализе литературы, затрагивающей вопросы лечения ОСЛТ обнаружилось наибольшее число различных взглядов клиницистов на данную проблему [1, 2, 3]. Необходимым условием успешного лечения ОСЛТ является обязательная транспортировка ребенка в стационар. Дети с компенсированным и субкомпенсированным ОСЛТ должны быть госпитализированы в инфекционно-боксированные отделения детских больниц. Лечение декомпенсированных форм

осуществляется в отделениях реанимации. Ряд авторов придерживается точки зрения, что специализированное ларингитное отделение на базе многопрофильной детской больницы является наиболее рациональной формой оказания помощи больным острым ларинготрахеитом.

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 [2, 3]. Необходимо помнить, что глюкокортикоиды, особенно применяемые длительно и в больших дозах, служат причиной гормональной иммунодепрессии и прогрессирования воспалительного процесса при наличии бактериальной флоры. А если учесть, что по данным большинства авторов, при ОСЛТ в стадии стеноза гортани I-II удается достичь положительного клинического эффекта без применения стероидных гормонов.

Некоторые исследователи при ОСЛТ с целью снятия психомоторного возбуждения назначали седативную терапию (валериана, реланиум, 1-3% раствор бромида натрия, пипольфен, оксибутират натрия и др.). Много споров по поводу использования антибиотиков при данном заболевании. Имеются исследования, которые показали высокую распространенность у детей с рецидивирующими стенозирующими ларинготрахеитами персистирующей хламидийной инфекции. Авторы предлагают использовать «новые» макролиды, обладающие широким спектром действия (в том числе и в отношении хламидий) - сумамед, рулид, ровамицин, джозамицин (вильпрафен).

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 ученый отмечает, что 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 [4, 5].

На необходимость проведения иммунотерапии в периоде реконвалесценции указывают многие авторы. Продолжительность курсов иммунотерапии и выбор препарата определяется наличием этиотропного возбудителя и сопутствующей микрофлорой, распространенностью воспалительного процесса, возрастом ребенка [6, 7, 8, 9, 10].

Данные литературы свидетельствуют об увеличивающейся частоте заболевания среди детей, отсутствием 100% эффективности имеющихся методов лечения и профилактики, не отработанной индивидуальной реабилитацией [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20].

Для лечения детей, страдающих рецидивирующим стенозирующим ларинготрахеитом, были использованы бактериальные лизаты, такие как Бронхомунал и рибомунил, относящиеся к стимуляторам специфического и неспецифического иммунитета. В комплексной терапии также использовали бифиформ - комбинированный препарат, в состав которого входят натуральные бифидум-бактерии и энтерококки, фенспирида гидрохлорид, оказывающий противовоспалительный эффект, ретинола ацетат или капсулы "Триовит", содержащие витамины С, Е и β-каротин, фенибут - ноотропный препарат, который назначался пациентам, имеющим значительные нарушения биоэлектрической активности головного мозга. Технический результат предлагаемого способа заключается в выборе схемы терапии в зависимости от степени дисбиоза слизистых оболочек носо- и ротоглотки с последующим комплексным воздействием на микрофлору толстого кишечника, гиперчувствительность дыхательных путей и нарушенную биоэлектрическую активность головного мозга у детей.

Было установлено, что у детей, страдающих рецидивирующим стенозирующим ларинготрахеитом, имеются значительные нарушения состава микрофлоры слизистых оболочек носо- и ротоглотки, характеризующиеся развитием дисбиоза I или II степени, сопряженными нарушениями микробиоценоза пищеварительного тракта, формирующие хроническое воспаление слизистых оболочек, способствующее сенсибилизации организма, приводящее к нарушению функции внешнего дыхания и пороговой чувствительности, биоэлектрической активности головного мозга, что обуславливает персистирующее течение заболевания и обосновывает необходимость включения в комплекс терапии препаратов и методов, позволяющих корригировать выявленные изменения [21, 22, 23, 24, 25].

Местное использование гормональных препаратов с помощью небулайзера в 1,5-2 раза ускоряет купирование стеноза гортани при острых стенозирующих ларинготрахеитах, позволяет сократить сроки выздоровления и пребывания больных на койке. Небулайзер имеет преимущество перед другими типами ингаляторов, так как образует микрочастицы определенного размера и массы, облегчающих их осаждение на уровне верхних дыхательных путей [26, 27, 28, 29].

Предлагаемый метод лечения Т.В.Медведевой прост в исполнении, доступен для любого инфекционного стационара, оснащенного простейшими ингаляторами, снижает нагрузку лечебных воздействий на ребенка, а так же нагрузку физиокабинета. Благодаря противовирусному, иммуномоделирующему эффекту лейкинферона ожидается снижение частоты рецидивирования стенозов гортани у детей, а так же частоты ОРВИ. Способ терапии стенозирующего ларинготрахеита у детей, включающий проведение антибактериальной, гормональной, десенсибилизирующей, спазмолитической, муко-, секретолитической, ферментной терапии и ингаляционное введение лекарственного препарата, отличающийся тем,

что в качестве лекарственного препарата для ингаляционного введения в первый день лечения используют лейкинферон в дозе 10.000 МЕ по интерферону, разведенный в 5 мл 0,9%-ного раствора хлорида натрия, со второго дня - физиологический раствор хлорида натрия, причем ингаляции проводят три раза в день по 10 мин с интервалом 4 ч до исчезновения клинических симптомов.

Разработанный способ экстубации у больных с ОСЛТ с использованием препаратов: оксибутирата натрия, димедрола, преднизолона и лазикса, позволяет провести эффективную антиноцицептивную защиту трахеи. Кроме того, метод антиноцицептивной защиты трахеи при экстубации, способствует сокращению сроков пролонгированной интубации, по сравнению с традиционными методами, на 3-5 суток, а также снижает количество постинтубационных осложнений в 1,5-3 раза.

Подход к выбору комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий должен быть индивидуальным и определяться характером дисбиотических нарушений на слизистых оболочках верхних дыхательных путей и толстого кишечника, сенситивностью дыхательных путей и установленными изменениями биоэлектрической активности головного мозга. Некоторые исследователи при ОСЛТ с целью снятия психомоторного возбуждения назначали седативную терапию (валериана, реланиум, 1-3% раствор бромида натрия, пипольфен, оксибутират натрия и др.).

Для 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.

Необходимость в иммунокорригирующей терапии в комплексном лечении острых и рецидивирующих ларинготрахеитов может быть вызвана выраженностью иммунных и иммунорегуляторных нарушений, а также особенностями адаптивного иммунного ответа у детей.

В литературе последних лет все чаще появляются данные о том, что справиться с ростом инфекционной заболеваемости с помощью одних только антибиотиков, противовирусных и других химиотерапевтических препаратов практически невозможно. Выше перечисленные препараты подавляют размножение возбудителя, но конечная его элиминация из организма является результатом деятельности факторов иммунитета. Поэтому на фоне подавленной иммунореактивности действие противовирусных, антибактериальных средств будет неэффективным или малоэффективным. Кроме того, особое значение приобретает иммунотерапия в связи с увеличением антибиотикорезистентных 3-лактамаза-продуцирующих

штаммов, усилением роли условно-патогенной микробной флоры в этиологии ларингитов у детей.

В связи с этим в настоящее время существенно возрос интерес исследователей и практических врачей к препаратам, воздействующим на иммунитет, используемым в комплексном лечении различной патологии как инфекционного, так и иного генеза. Иммунотерапию назначают в комплексе с другими лекарственными средствами (антибиотики, НПВС). Ее эффективность зависит от правильной оценки исходного состояния иммунореактивности больного, характера и выраженности патологических изменений, выбора оптимального препарата и схемы его применения. Необходимо также иметь представление о механизмах действия назначаемых средств, их побочных эффектах, совместимости с другими методами лечения ларинготрахеитов, аллергизирующих свойствах.

С учетом патогенетических особенностей острых и рецидивирующих ларинготрахеитов у детей одной из главных проблем лечения следует считать поиск оптимально эффективных и безопасных средств этиотропной, иммуномодулирующей терапии, комплаентной для ребенка. Согласно предъявляемым требованиям, препараты, используемые при лечении острых и рецидивирующих вирусных инфекций у детей различной локализации, должны сочетать в себе свойства ингибитора вирусной репродукции и эффективного стимулятора иммунной защиты организма, с целью устранения инертности специфического противовирусного иммунного ответа у детей.

Среди всего многообразия иммунокорректоров наиболее перспективным представляется использование препаратов из класса рекомбинантных интерферонов, в частности виферона, индукторов эндогенного интерферона - препаратов универсально широкого спектра действия (арбидола), а также препаратов, относящихся к группе тимических факторов (имунофана).

Виферон является комплексным иммуномодулирующим и противовирусным препаратом, обладающим вирусоцидным действием, а также способностью модулировать и усиливать противовирусную резистентность. В состав Виферона включены мембраностабилизирующие компоненты (витамин Е и аскорбиновая кислота), сочетание с которыми обуславливает возрастание противовирусной активности рекомбинантного интерферона, усиление его иммуномодулирующего действия на Т - и В-лимфоциты. При воздействии экзогенного интерферона в организме усиливается активность естественных киллеров, Т-хелперов, цитотоксических Т-лимфоцитов, фагоцитарная активность, интенсивность дифференцировки В-лимфоцитов.

Перечисленные свойства интерферона позволяют ему эффективно участвовать в процессах элиминации возбудителя, предупреждении заражения и возможных осложнений. Виферон довольно широко применяется для лечения неосложненных

форм респираторных вирусных инфекций, однако оценка эффективности его использования при острых и рецидивирующих ларинготрахеитах не проводилась. В тоже время, учитывая нарушения в интерфероновом статусе, возникающие при острых, а особенно при рецидивирующих ларингитах/ларинготрахеитах мы предполагаем, что данный препарат будет достаточно эффективным при лечении детей с данной патологией.

Имунофан является препаратом, обладающим иммуностимулирующим, дезинтоксикационным, гепатопротективным и антиоксидантным эффектами. Его действие основано на усилении реакций фагоцитоза и гибели внутриклеточных бактерий и вирусов, а также восстановлении нарушенных показателей клеточного и гуморального иммунитета, путем усиления пролиферации Т- лимфоцитов, увеличения продукции интерлейкина-2, TNF-α, ИФН-γ. Как показал анализ литературных данных, данный препарат при острых и рецидивирующих ларинготрахеитах ранее не использовался. Однако, по нашему мнению, спектр иммунокорригирующего действия имунофана позволяет предположить эффективность его использования в комплексной терапии острых респираторных инфекций, в целом, и при ларинготрахеитах в частности.

В России в последнее время для лечения и профилактики респираторных вирусных инфекций широко используется препарат Арбидол. Поскольку данный препарат обладает помимо вирусоспецифического и антиоксидантного еще и иммуномодулирующим и интерфероиндуцирующим действием, представляется интересным сравнение эффективности применения арбидола при ЛТ у детей с эффективностью вышеуказанных препаратов. Арбидол - синтетический противовирусный препарат, способный также стимулировать синтез эндогенного интерферона, активизировать фагоцитоз и влиять на состояние Т-клеточного звена иммунитета. Механизм его антивирусного действия связан с ингибированием трансляции вирусспецифических белков в инфицированных клетках, в результате чего подавляется репродукция вирусов. Установлено, что арбидол специфически ингибирует вирусы гриппа А и В и повышает резистентность организма к другим респираторным вирусам. Арбидол относится к малотоксичным препаратам. При пероральном применении в рекомендуемых дозах не оказывает какого-либо отрицательного воздействия на детский организм. Применение арбидола при ОРВИ широко распространенно, однако оценка эффективности его использования для лечения острых и рецидивирующих ларинготрахеитов не проводилась.

Цитокины являются главными медиаторами местного воспаления и острофазового ответа на уровне организма. Изменения в состоянии иммунной системы детей с ОСЛТ, а так же возможность регуляции этих нарушений с помощью цитокинов дает основание для поиска иммунологических подходов к терапии данного заболевания. В настоящее время для коррекции выявленных нарушений при

ОСЛТ у детей нашли применение монопрепараты цитокинов как природного (человеческий лейкоцитарный интерферон), так и генноинженерного происхождения (реаферон), использование которых способствует купированию симптомов заболевания в более ранние сроки.

В тоже время, представляет интерес изучение роли комплексных препаратов цитокинов в терапии ОСЛТ у детей, учитывая многообразие иммунологических нарушений при данном заболевании. К числу препаратов комплексного типа относится лейкинферон. Показана клиническая эффективность лейкинферона у детей для иммунокоррекции заболеваний бронхолегочной системы, а также вирусных инфекций (вызванных вирусом герпеса, вирусами гепатитов В, С, Д др.). В этих случаях сочетается иммуномодулирующий эффект препарата с его противовирусным действием.

В силу биологических особенностей цитокинов (короткий период полураспада и др.) для достижения наибольшего клинического эффекта препарата оптимальным является создание высокой локальной концентрации в области воспаления. Подобный эффект может быть достигнут при ингаляционном введении лейкинферона.

Ингаляционное применение цитокинов (лейкинферона) в комплексной терапии ОСЛТ рекомендуется как эффективный, безопасный и легко выполнимый метод лечения детей со стенозом гортани 1-2 степени, позволяющий снизить объем лечебной нагрузки на пациентов и сократить сроки пребывания их в стационаре. Кроме того, изучение цитокинового, в частности интерферонового, статуса принципиально важно для уточнения важнейших патогенетических механизмов развития данной патологии в детском возрасте, что не только является важным критерием в назначении индивидуальной адекватной противовоспалительной и иммунокорригирующей терапии, но и, возможно, позволит индивидуализировать прогноз заболевания. Это будет способствовать дифференцированному подходу к выбору метода реабилитации и противорецидивного лечения, а также выделять детей из группы риска по возникновению рецидивов ОСЛТ в дальнейшем.

Таким образом, ОСЛТ у детей в настоящее время остаются серьезной проблемой для здравоохранения в связи с их широкой распространенностью, наносимым ими экономическим ущербом обществу в целом и отдельным лицам в частности. Обращает на себя внимание рост частоты рецидивирования ларинготрахеита, что способствует формированию хронической патологии органов дыхания, может приводить к задержке физического и психомоторного развития детей, отрицательно влиять на формирование иммунной системы ребенка, и приводить к развитию вторичной иммунодепрессии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Царькова С.А. Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2016. - №1. – 96-103.

2. Самиева Г.У. Совершенствование комплексной диагностики, лечения и профилактики стенозирующих ларингитрахеитов у детей. Автореф. Дисс… д.м.н. Ташкент, 2017. – 52 с.

3. Самиева Г.У., Карабаев К.А. Современные подходы к диагностике и лечению острого стенозирующего ларинготрахеита у детей // Вестник врача. – 2012. - №3. – 165-170.

4. Учайкин В.Ф., Савенкова М.С., Карасева Е.И. Синдром крупа как проявление респираторного аллергоза // Педиатрия. – 2006. - №6. - С. 33-37.

5. 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. - 2009. - №5. - С. 63-67.

6. Kh, J. A., & Achilova, F. A. (2022). The state of the erythron system in acute pneumonia in children. Web of Scientist: International Scientific Research Journal, 3(5), 798-808.

7. Khalikova, G. A. (2022). Evaluation of the effectiveness of the drug" genferon-lite" in acute bronchiolitis in children. Web of Scientist: International Scientific Research Journal, 3(5), 1430-1439.

8. Ibatova, S. M., Uralov, S. M., & Mamatkulova, F. K. (2022). Bronchobstructive syndrome in children. Web of Scientist: International Scientific Research Journal, 3(5), 518-522.

9. Улугов, Х. Х., Уралов, Ш. М., Шакаров, Ф. Р., & Гафурова, М. Э. (2014). Об эффективности противовирусного препарата Генферон лайт при лечении острых бронхиолитов у детей раннего возраста. In Молодежь и медицинская наука в XXI веке (pp. 92-92).

10. Uralov , S. (2022). COVID-19 pandemiyasi davrida chaqaloqlarni ko‘krak suti bilan oziqlantirish bo‘yicha tavsiyalar sharhi. Gepato-Gastroeterologik Tadqiqotlar Jurnali, 1(1), 98–103. https://doi.org/10.26739.2181-1008-2020-1-21

11. Исраилова, С. Б., Жураев, Ш. А., & Уралов, Ш. (2020). Сравнительный анализ различных календарей прививок у детей. Детская медицина Северо-Запада, 161.

12. Уралов, Ш. М., Рустамов, М. Р., Махмудова, Ф. В., & Атаева, М. С. (2006). Клинико-биохимическая оценка азотистого обмена у детей с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в зависимости от давности заболевания. Вятский медицинский вестник, (2), 62.

13. Жураев, Ш. А., Исраилова, С. Б., & Уралов, Ш. М. (2020). О необходимости профилактики завозной малярии в среднеазиатском регионе. In Актуальные аспекты медицинской деятельности (pp. 162-169).

14. Жураев, Ш. А., Рустамова, Ш. А., Уралов, Ш. М., & Исраилова, С. Б. (2020). Особенности протекания веряной оспы в современных условиях (по данному ретроспективному анализа). Медицинское образование сегодня , (3), 15-25.

15. Уралов, Ш., Рустамов, М., & Халиков, К. (2021). Изучение глюконеогенной и мочевинообразовательной функции печени у детей. Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований, 2(3.2), 18-20.

16. Эранов, Н. Ф., & Уралов, Ш. М. (2015). Профилактика и раннее лечение плоскостопия у детей. Современная педиатрия: актуальные задачи и пути их решения. Ташкент, 309-310.

17. Рустамов, М. Р., Ибатова, Ш. М., Уралов, Ш. М., Атаева, М. С., & Юсупова, М. М. (2008). О составе высших жирных кислот при витамин Д-дефицитном рахите. Вестник врача общей практики, (3), 54-56.

18. Уралов, Ш. М., Рустамов, М. Р., Закирова, Б. И., & Абдусалямов, А. А. (2006). Состояние глюконеогенной функции печени у детей с патологией гастродуоденальной зоны в зависимости от давности заболевания. Вятский медицинский вестник, (2), 61-62.

19. Улугов, Х. Х., Уралов, Ш. М., Шакаров, Ф. Р., & Гафурова, М. Э. (2014). Об эффективности противовирусного препарата Генферон лайт при лечении острых бронхиолитов у детей раннего возраста. In Молодежь и медицинская наука в XXI веке (pp. 92-92).

20. Абдуллаева, З. Х., Азимова, Г. А., Уралов, Ш. М., & Нажмиддинова, Н. К. (2014). Об эффективности проведения экспресс-диагностики возбудителей внебольничной пневмонии у детей. In Молодежь и медицинская наука в XXI веке (pp. 29-30).

21. Кулдашев, К., Кулдашева, Я., Хакимова, З., Мамажанов, К., & Уралов, Ш. (2021). Диагностика и хирургическое лечение внутричерепной гипертензии травматического генеза и внутричерепные инфекционно-воспалительные осложнения при сочетанной черепно-мозговой травме. Журнал стоматологии и краниофациальных исследований, 2(3), 36-39.

22. Кулдашев, К., Кулдашева, Я., Хакимова, З., Мамажанов, К., & Уралов, Ш. (2021). Современные аспекты хирургического лечения вторичных повреждений головного мозга при сочетанных черепно-мозговых травмах. Журнал стоматологии и краниофациальных исследований, 2(3), 32-35.

23. Juraev, S., Tirkashev, O., Uralov, S., Israilova, S., & Ibragimova, E. Clinical and epidemiological features of the course of mumps infection in the adult population of Samarkand region. Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation, 32, 2.

24. Уралов, Ш. М., Облокулов, Х. М., & Мамутова, Э. С. (2020). О неспецифической профилактике коронавирусной инфекции. In Актуальные вопросы современной науки (pp. 132-134).

25. Abdukhuhidovich, Z. S., Anvarovna, Y. N., Rustamova, S. A., Mukhtarovich, U. S., & Buribaevna, I. S. (2020). Some Clinical Features Of The Chickenpox In Adults And Children In Modern Conditions. European Journal of Molecular & Clinical Medicine, 7(03), 2020.

26. Уралов, Ш., Абдусалямов, А., Ибатова, Ш., & Умарова, С. (2014). Результаты проведенного анкетирования матерей, дети которых страдают острой респираторно-вирусной инфекцией. Журнал проблемы биологии и медицины, (3 (79)), 164-165.

27. Умарова, С., Уралов, Ш., Гарифулина, Л., & Шамсуддинова, Д. (2014). Изучение степени бронхиальной обструкции у детей, страдающих острым бронхиолитом. Журнал проблемы биологии и медицины, (3 (79)), 159-160.

28. Гарифулина, Л., Рустамов, М., Кудратова, Г., & Уралов, Ш. (2014). Урсодексихолевая кислота в терапии вирусных хронических гепатитов у детей. Журнал проблемы биологии и медицины, (3 (79)), 95-96.

29. Азимова, К. Т., Уралов, Ш. М., & Яхъяева, Н. (2013). Применение урсосана в практике лечения хронических гепатитов у детей. ББК 51.1+ 74.58 Қ 22, 6.