

Г.Г. Махкамова, Д.К. Ганиева, Д.Э. Мазина

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА КРУПА НІВ-ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

G.G. Mahkamova, D.K. Ganieva, D.E. Mazinova

CLINICAL FEATURES OF CROUP SYNDROME OF H1B-ETIOLOGY IN CHILDREN

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

соответственно в 4,1 и 39,2 раза уровни этих цитокинов в сыворотке крови у практически здоровых детей. В периоде клинической ремиссии заболевания у детей с atopическим дерматитом сохранялся высокий уровень интерферона-альфа ($p < 0,001$) в сыворотке крови, который превышал в 4,3 раза его уровень у практически здоровых детей (таблица).

Уровень интерлейкина-1бета у больных atopическим дерматитом в периоде ремиссии заболевания был гораздо ниже ($p < 0,001$), чем в периоде обострения болезни, однако превышал ($p < 0,001$) в 16,2 раза этого цитокина у практически здоровых детей. Уровни фактора некроза опухолей-альфа в сыворотке крови у детей с atopическим дерматитом в периодах обострения и клинической ремиссии заболевания существенно не отличались у уровня этого цитокина у практически здоровых детей.

Выводы

В периоде обострения заболевания у детей с atopического дерматитом отмечались: уменьшение относительного количества Т- и CD8-лимфоцитов, увеличение абсолютного количества В-лимфоцитов в крови, низкие уровни сывороточных IgG, IgA, IgM и гипериммуноглобулинемия E, значительное снижение показателей ФАН, ФИ и НСТ-теста, значительное повышение уровня ИФН- α и резко выраженное повышение уровня ИЛ-1 β в сыворотке крови.

Список литературы

1. Альбанова В.И., Пампура А.Н. Атопический дерматит. Москва, 2014. 160 с.
2. Баранова А.А., Балаболкина И.И. Детская аллергия. Москва, 2006. 688 с.
3. Белокриницкий Д.В. Методы клинической иммунологии. В кн: Лабораторные методы исследования в клинике (под ред. Меньшикова В.В.). Москва, 1987. С. 277–311.
4. Вельтищев Ю.Е. Становление и развитие иммунной системы у детей. Иммунная недостаточность. Иммунодиагностика // Российский вестник перинатологии и педиатрии. Лекции для врачей, № 21. Москва, 1998. 79 с.
5. Иллек Я.Ю., Зайцева Г.А., Тарасова Е.Ю. Атопический дерматит у детей раннего возраста. Киров, 2003.
6. Ковязина Н.А., Иллек Я.Ю., Зайцева Г.А., Галанина А.В., Федосимова Н.А., Высотина А.В., Рамазанова С.М. Клинический и иммуномодулирующий эффекты магнитоинфракрасной лазерной терапии при тяжелом atopическом дерматите у детей раннего возраста // Аллергология и иммунология в педиатрии. 2005. № 2. С. 37–41.
7. Научно-практическая программа. Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика. Москва, 2000. 76 с.
8. Российский национальный согласительный документ по atopическому дерматиту (под общей редакцией акад. РАМН Р.М. Хаитова и чл.-корр. РАМН, проф. А.А. Кубановой). М.: «ФармарусПринт», 2008.

Сведения об авторе

Мамедова Севиндж Миртагикызы – к.м.н., ассистент кафедры анатомии Кировской ГМА. E-mail: sevindzh.m@mail.ru ; тел.: (8332) 67-65-03.

Выполнено исследование роли гемофильной палочки при крупе у детей и особенности течения крупа НІВ-этиологии. Проведено клинико-лабораторное обследование 50 детей в возрасте до 5 лет, диагностика Haemophilus influenzae типа b проводилась с помощью ПЦР.

В результате исследования НІВ выявлена в 6 случаях (12%). Практически у всех детей заболевание развивалось при неблагоприятном преморбидном фоне. Круп НІВ-этиологии проявлялся в виде эпиглоттита, для которого было характерно острое начало заболевания и выраженная интоксикация. Отличительными признаками явились наличие слюнотечения, дисфагии, боль в горле и вынужденное положение головы.

Ключевые слова: Haemophilus influenzae, дети, круп, ПЦР, эпиглоттит.

To study the role of H1B in croup of children, and especially its course. The clinical and laboratory examination of 50 children under 5 years, diagnosis of Haemophilus influenzae type b was carried out by PCR.

The study revealed H1B in 6 cases (12%). Almost all the children developed the disease in the unfavorable premorbid background. Croup of H1B-etiology manifested as epiglottitis, which was typical for: acute onset and severe intoxication. The distinguishing features were the presence of salivation, dysphagia, sore throat, and forced head position.

Key words: haemophilus influenzae, children, croup, PCR, epiglottitis.

Актуальность

Синдром крупа (в литературе это заболевание часто описывают как стенозирующий ларингит, острый стеноз верхних дыхательных путей, острый обструктивный ларингит (круп) по МКБ-10), приводящий к стенозу гортани, является одной из недостаточно решенных проблем в педиатрии. Высокая распространенность крупа в детском возрасте, выраженный динамизм клинических симптомов, возможность быстрого развития тяжелых бактериальных осложнений и летального исхода – всё это делает эту проблему весьма актуальной [2, 5]. По данным

Савенковой М.С. (2007 год), летальность при крупе колеблется от 0,4 до 5%, а в случаях декомпенсированных форм стеноза гортани от 33 до 60% [1].

За последние два десятилетия инфекция, вызываемая бактериями *Haemophilus influenzae*, стала проблемой здравоохранения, особенно для детей раннего возраста во многих странах. *Haemophilus influenzae* является наиболее частым агентом тяжелых генерализованных форм заболевания, преимущественно детей раннего возраста. НВ-инфекция проявляется многими клиническими формами: менингитом, пневмонией, бактериемией, эпиглоттитом, отитом, артритом, пиелонефритом и др. Особое место по тяжести клинических проявлений и необходимости экстренной диагностики и лечения занимает эпиглоттит. Эпиглоттит является причиной смерти в 5% случаев [3, 4].

Все это определяет актуальность изучения проблемы диагностики, дифференциальной диагностики синдрома крупа у детей с целью разработки оптимальных методов диагностики и рациональных методов лечения этого состояния.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости и клинические особенности синдрома крупа НВ-этиологии.

Материалы и методы исследования

Исходя из поставленной цели, методом ПЦР диагностики, нами было проведено обследование 50 детей для выявления роли *Haemophilus influenzae* типа b в этиологии синдрома крупа. Из 50 детей с крупом у 6 (12%) была подтверждена НВ-этиология, из них в 83,3% наблюдалось сочетание с респираторными вирусами.

При распределении больных с НВ-инфекцией в зависимости от возраста наибольшая частота заболеваемости регистрируется в возрастной группе от 1 до 3 лет (83,3%), у детей до 1 года гемофильная инфекция определена у 1 ребенка (16,7%), в возрастной группе старше 3 лет не выявлена.

Результаты исследования: практически у всех детей заболевание развивалось на неблагоприятном преморбидном фоне, существенную роль которого при НВ-инфекции подчеркивают многие специалисты. Мы установили, что у 67% детей наблюдались аллергические проявления (экссудативно-катаральный диатез, пищевая аллергия, лекарственная непереносимость), у 83,3% выявлена анемия I степени.

Перинатальная энцефалопатия отмечена у 33,3% детей. Среди перенесенных инфекционных заболеваний были отмечены частые ОРВИ у 83,3%, детские воздушно-капельные инфекции (корь, ветряная оспа) у 33,3%, пневмония у 50% и ОКИ у 33,3% детей с крупом НВ-этиологии. Круп НВ-этиологии проявлялся в виде эпиглоттита. Для эпиглоттита было характерно острое начало заболевания (у 83,3% больных).

Основными жалобами при поступлении были: боль в горле, охриплость голоса, лихорадка и затрудненное дыхание – стридорозное дыхание, проявляющееся в основном при вдохе. Общее состояние у всех больных с эпиглоттитом было тяжелым, проявлялось резко выраженными симптомами общей интоксикации у 83,3% больных, умеренно – у 16,7%.

Повышение температуры тела при поступлении

до высоких цифр (39°C и выше) отмечалась у 4 больных (66,7%), у 2 детей (33,3%) наблюдалась фебрильная лихорадка (38,2°C). Средняя продолжительность лихорадочного периода составила 4,2±0,2 дня.

У 50% больных были отмечены резкие боли в области глотки, у 33,3% голова принимала вынужденное положение. Сухой кашель был отмечен только у 1 пациента (16,7%), который купировался на 4-й день болезни.

Катаральные симптомы в виде слизистого отделяемого из носа отмечены только у 1 ребенка, у остальных детей носовое дыхание было свободное с обеих сторон. При аускультации у 83,3% детей выслушивалось жесткое дыхание в течение 3,5±0,2 суток, у 1 ребенка в легких выслушивалось везикулярное дыхание. Тоны сердца были приглушены, тахикардия. Инспираторная одышка отмечалась у всех детей с крупом НВ-этиологии на протяжении первых двух суток.

При осмотре у всех больных отмечалась распространенная гиперемия мягкого неба, дужек и слизистой оболочки глотки и стридорозное дыхание.

Примечательно, что у 66,7% (4) больных наблюдалась гиперсаливация, у 33,3% дисфагия (2), что является результатом поражения IX-X пар черепно-мозговых нервов за счет выраженной интоксикации и отека.

В анализах крови у всех больных эпиглоттитом отмечался умеренный лейкоцитоз 11,5±0,2·10⁹/л с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево и ускорение СОЭ в среднем до 20±2,7 мм/ч. Общий анализ мочи – без отклонений от нормы.

Учитывая тяжелое состояние детей, признаки интоксикации, а также чувствительность НВ к цефалоспорином, всем детям была назначена антибактериальная терапия – цефтриаксон в дозе 50–100 мг/кг веса ребенка, внутримышечно 1 раз в сутки, в течение 7 дней, также дезинтоксикационная и симптоматическая терапии.

На фоне проводимой терапии в течение суток купировались стеногические явления и нормализовалась температура тела у 3 детей, на 2-е сутки температура тела нормализовалась у 1 ребенка. В течение последующих 6 дней состояние детей нормализовалось. Дети выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы

Таким образом, для эпиглоттита гемофильной этиологии характерно острое начало заболевания и выраженная интоксикация. Основными жалобами явились затрудненное дыхание, изменение голоса, лихорадка. Отличительными признаками от крупа вирусной этиологии явились наличие слюнотечения, дисфагии, боль в горле и вынужденное положение головы.

Список литературы

1. Савенкова М. С. Современные аспекты этиопатогенеза и тактики ведения детей с острым стенозирующим ларингитом. // Педиатрия. М., 2008. № 1. С. 133–138.
2. Солдатский Ю.Л. Заболевания гортани. // Педиатрическая фармакология. 2007. Том 4. № 6.

С. 6–15.

3. *Спирихина Л.В., Самсонова И.М., Грачева А.М.* Иммуноферментный анализ для диагностики заболеваний органов дыхания, вызванных *Haemophilus influenzae* типа b. // Российский педиатрический журнал. 2000. № 5. С. 29–33.

4. *Acevedo J., Lander L.* Airway management in pediatric epiglottitis: a national perspective. // *Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2009. vol. 140 (4). P. 548–551

5. *Bent J.* Pediatric management laryngotracheal obstruction: current perspectives on stridor // *Laryngoscope.* 2006. vol.116(7). P.1059–1070.

Сведения об авторах

Махкамова Гульчехра Ганиевна – к.м.н., доцент кафедры амбулаторной медицины, клинической радиологии Ташкентского педиатрического медицинского института. E-mail: g.mahkamova@yandex.com.

Ганиева Дурдона Камаловна – к.м.н., доцент кафедры амбулаторной медицины и клинической радиологии Ташкентского педиатрического медицинского института. E-mail: dilyamail@rambler.ru.

Мазинова Диляра Эмильевна – к.м.н., ассистент кафедры амбулаторной медицины и клинической радиологии Ташкентского педиатрического медицинского института. E-mail: dilyara.mazinova@yandex.ru.

УДК 616.831.38-005.1-053.31-036.082

Н.Б. Мерзлова¹, Ю.В. Курносов², М.В. Маслов¹

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В ОТДЕЛЕНИЕ И РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПЕРМСКОЙ КРАЕВОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

*¹Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера
²Пермская краевая детская клиническая больница*

N.B. Merzlova¹, Yu.V. Kurmosov², M.V. Maslov¹

ANALYSIS OF CASES OF INTRAVENTRICULAR HEMORRHAGE IN THE ICU OF THE PERM REGIONAL CHILDREN'S CLINICAL HOSPITAL

¹Academician E.A. Wagner Perm State Medical University

²Child's Republican clinical hospital of Perm

Ретроспективный анализ 152 историй болезней показал, что одним из частых осложнений у новорожденных является внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК). Так, 37 детей (24%), переведенных в отделение реанимации Пермской краевой детской

клинической больницы (ПКДКБ), имели ВЖК различной степени тяжести уже при поступлении. Полученные результаты демонстрируют необходимость ранней диагностики данного осложнения, своевременной транспортировки ребенка в специализированный центр для улучшения состояния его здоровья.

Ключевые слова: внутрижелудочковые кровоизлияния, новорожденные.

Retrospective analysis of 152 disease histories showed that one of the frequent complications in newborns is intraventricular hemorrhage. So 37 children (24%), transferred to the intensive care unit of the Perm regional children's clinical hospital (PRCCH), had a high fatty acids of different degrees during admission. The obtained results demonstrate the need for early diagnosis of this complication, the timely transportation of the child to a specialized center to improve his health.

Key words: intraventricular hemorrhage, newborn.

Актуальность

Наиболее частая причина инвалидности и смертности у новорожденных из-за поражения центральной нервной системы (ЦНС). Одним из самых частых и тяжелых заболеваний головного мозга у недоношенных новорожденных являются ВЖК, которые очень часто становятся причинами летальности и психоневрологических расстройств в детском возрасте.

Этиология и патогенез. Выделяют 3 группы факторов:

- Антенатальные (ВУИ);
- Интранатальные (отслойка плаценты, ДВС у матери);
- Постнатальные (ИВЛ с высоким положительным давлением на вдохе, массивные внутривенные инфузии гиперосмолярных растворов, множество инвазивных исследований, нарушение температурного, влажностного и охранительного режима).

Кровоизлияния, как правило, симметричные. Локализуются в эпендиме наружной стенки боковых желудочков, в зародышевом слое хвостатого ядра. В связи с этим при повышении внутримозгового или артериального давления, венозном застое крови возникают диапедезные субэпендимальные кровоизлияния (СЭК).

Классификация

- ВЖК I степени (ограничиваются только стенкой желудочков и кровь не проникает в полость желудочков);
- ВЖК II степени (кровь проникает в полость желудочка);
- ВЖК III степени (нарушается нормальная циркуляция ликвора, что приводит к накоплению в желудочках мозга и их расширению). Может осложняться развитием гидроцефалии;
- ВЖК IV степени (проникновение крови в мозговую ткань).

Цель работы: проанализировать все случаи внутрижелудочковых кровотечений у детей, находившихся в отделении реанимации ПКДКБ за 11 месяцев 2014 года.