

ОСТРЫЙ СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛАРИНГОТРАХЕИТ В УСЛОВИЯХ МНОГОУРОВНЕВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

В последние годы значительно возросло количество больных с обструктивными заболеваниями дыхательных путей. Росту числа неблагоприятных исходов при этой патологии способствуют поздняя госпитализация детей, ошибки при оказании неотложной помощи и ее несвоевременное начало, медленное внедрение новых лечебных технологий и неадекватное использование возможностей фармакологического рынка [1, 2].

Проблема острых стенозирующих ларинготрахеитов (ОСЛТ) у детей является чрезвычайно актуальной, поскольку заболеваемость не имеет тенденции к снижению, а успех терапии во многом определяется своевременным и дифференцированным подходом к оказанию лечебной помощи больным с данной патологией на всех этапах [3, 4].

В структуре госпитальной заболеваемости стационара Детской клинической больницы № 1 г. Кемерово на протяжении многих лет острый стенозирующий ларинготрахеит составляет от 30 % до 35 % всех поступивших. Соотношение клинических форм стеноза в 25 % случаев представлено субкомпенсированным стенозом и до 1 % — декомпенсированным стенозом.

В течение последних 6 лет (с 2000 г.) стационар работает по принципу многоуровневой системы госпитализации. Дети со стенозирующим ларинготрахеитом, нуждающиеся в неотложной помощи, с признаками декомпенсации, поступают на этап коррекции неотложных состояний в отделение реанимации и интенсивной терапии (26 % детей), из них 60 % госпитализируются бригадой скорой медицинской помощи, остальные — по направлению участкового педиатра. Значительное уменьшение количества декомпенсированных форм острых стенозирующих ларинготрахеитов (до 1 %) связано с улучшением качества оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. Благодаря тесному сотрудничеству врачей стационара, участковых врачей, врачей Станции скорой медицинской помощи стало возможным осуществлять раннюю госпитализацию детей со стенозирующими ларинготрахеитами, что позволило разработать и внедрить алгоритмы дифференциального диагноза синдрома обструкции верхних дыхательных путей и оказания неотложной помощи на догоспитальном и госпитальном этапах [5].

Диагноз устанавливался в соответствии с классификацией тяжести стенозов и клинических форм заболевания [6]. В 60 % случаев дети поступали в осенне-зимний период и в половине случаев в ночное время. Большинство детей имели отягощенный аллергологический анамнез (атопический дерматит, нейродермит, поливалентная аллергия, аллергопатология у родственников) и сопутствующие хронические заболевания. Лечебная тактика определялась с учетом клинической формы заболевания и алгоритмами, которые предусматривают дифференцированный подход к терапии острых стенозирующих ларинготрахеитов.

На всех этапах многоуровневой системы госпитализации неотложная терапия направлена на восстановление проходимости дыхательных путей ингаляционными методами с помощью небулайзера, с применением ингаляционных глюкокортикостероидов. Это является более предпочтительным, поскольку техника ингаляции легко выполнима для детей, возможно использование при жизнеугрожающих состояниях, приступы удушья быстро купируются, лечебная процедура продолжается недолго, создается аэрозоль с оптимальным размером частиц, высокие дозы препарата доставляются непосредственно в легкие, фреон и другие пропелленты отсутствуют, нет необходимости корректировать вдох. При субкомпенсированном стенозе подключалась базисная терапия в виде противовирусных препаратов.

Нами разработан и внедрен **алгоритм лечения стенозов:**

Стадия неполной компенсации:

- щелочные ингаляции — 1 % раствор соды, физиологический раствор через небулайзер каждые 1-2 часа;
- муколитики, предпочтительнее лазолван через небулайзер каждые 8 часов, по 7,5 мг при массе тела ребенка до 20 кг, или по 15 мг при массе более 20 кг;
- пульмикорт через небулайзер каждые 12 часов, при массе тела ребенка до 20 кг — 250 мкг, более 20 кг — 500 мкг;
- при неэффективности предыдущей терапии вводится преднизолон из расчета 4 мг/кг парентерально в качестве неотложной помощи, затем — 4-6 мг/кг в сутки, коротким курсом, до 3-х дней.

Стадия декомпенсации:

- щелочные ингаляции — 1 % раствор соды, физиологический раствор через небулайзер каждые 1-2 часа;
- муколитики, предпочтительнее лазолван через небулайзер каждые 8 часов, по 7,5 мг при массе тела ребенка до 20 кг, или по 15 мг при массе более 20 кг;
- пульмикорт через небулайзер каждые 12 часов, при массе тела ребенка до 20 кг — 250 мкг, более 20 кг — 500 мкг;
- при поступлении вводится преднизолон по вышеуказанной схеме;
- кислородотерапия при сатурации кислорода менее 90 %;
- при неэффективности проводится искусственная вентиляция легких с интубацией трахеи трубкой на 1-2 размера меньше расчетной;
- при недостаточности кровообращения — кардиотоники (дофамин, добутамин).

Ранняя госпитализация больных со стенозирующими ларинготрахеитами и дифференцированный подход к лечению позволили отказаться от длительных курсов терапии системными глюкокортикостероидами, инфузионной терапии, уменьшить количество декомпенсированных и осложненных форм заболевания, сократить пребывание больных в стационаре, что является актуальным для профилактики внутрибольничного инфицирования. В результате многоуровневой системы госпитализации пребывание детей на этапе коррекции неотложных состояний сократилось на 2,5 койко-дня, с 4,3 в 2000 году до 1,8 в 2006 году.

После достижения стадии компенсации, либо детям, поступившим с клиникой компенсированного стеноза гортани, осуществляется помощь на этапе интенсивного лечения, где больные получают:

- щелочные ингаляции (сода 1 %, изотонический раствор NaCl через небулайзер каждые 1-2 часа);
- муколитики (лазолван в тех же дозах, через небулайзер);
- базисную и симптоматическую терапию (оральная регидратация в объеме физиологической потребности, противовирусная терапия).

После купирования явлений стеноза гортани, нормализации температуры и самочувствия следующим этапом является этап круглосуточного пребывания в стационаре, где проводится лечение до выздоровления.

Особенностью стенозирующих ларинготрахеитов на современном этапе является увеличение числа больных с рецидивирующими формами заболевания. Более 3-х рецидивов в анамнезе имеют более 20 % больных, поступающих в клинику со стенозирующими

ларинготрахеитами. Учитывая частоту аллергических проявлений у детей с рецидивирующими формами стенозирующих ларинготрахеитов, особенно в возрасте старше 3 лет, на амбулаторном этапе терапия должна включать профилактические мероприятия, а именно: гипоаллергенное окружение, рациональное вскармливание, санация очагов хронической инфекции, создание групп высокого риска по рецидивам заболевания.

Актуально предупреждение у детей первых месяцев жизни первичных эпизодов обструкции верхних дыхательных путей, особенно у детей с отягощенным аллергологическим анамнезом, путем первичной антенатальной и постнатальной профилактики.

Таким образом, внедрение алгоритмов лечебно-профилактической помощи на всех этапах многоуровневой системы госпитализации позволило уменьшить в структуре заболеваемости декомпенсированные формы (менее 1 % от числа детей, поступивших со стенозом гортани), сократить сроки пребывания в стационаре, а использование новых технологий (небулайзерная терапия пульмикортом) позволяет исключить необоснованное применение системных глюкокортикостероидов.

Тесное сотрудничество при оказании помощи на всех этапах (детская поликлиника, скорая медицинская помощь, специализированный пульмонологический стационар) обеспечило раннюю госпитализацию больных с острым стенозирующим ларинготрахеитом и, как следствие, отсутствие летальности.

Фармакоэкономический эффект внедренных алгоритмов лечения стенозов верхних дыхательных путей в условиях многоуровневой госпитализации позволил также дифференцированно использовать конечный фонд и снизить расходы на содержание детей в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ширшов, И.В. Местные факторы защиты при острых стенозах верхних дыхательных путей у детей /И.В. Ширшов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 2000. — 24 с.
2. Мизерницкий, Ю.Л. Небулайзерная терапия при респираторной патологии у детей /Ю.Л. Мизерницкий, И.К. Ашерова. //Медицинская помощь. — 2003. — № 3. — С. 26-29.
3. Царькова, С.А. Клиническая и фармакоэкономическая эффективность небулайзерной терапии при острой обструкции дыхательных путей у детей /Царькова С.А., Ваисов Ф.Д., Мизерницкий Ю.Л. //Пульмонология детского возраста. — М., 2006. — С. 48-59.
4. Алгоритм диагностики и этапы лечения детей с заболеваниями органов дыхания в условиях многоуровневой системы госпитализации /Первощикова Н.К., Коба В.И., Торочкина Г.П. и др. — Кемерово, 2006. — 132 с.
5. Митин, Ю.В. Острый ларинготрахеит у детей /Митин Ю.В. — М.: «Медицина», 1986. — 206 с.

