



УДК: 616. 22–002–039. 11. 73–053. 2

ТОПИЧЕСКАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ НЕОБСТРУКТИВНЫХ ЛАРИНГИТОВ У ДЕТЕЙ

М. Р. Богомильский, Н. В. Ермилова, Е. Ю. Радциг, Г. Л. Балясинская

ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет

им. Н. И. Пирогова, г. Москва

(Зав каф. оториноларингологии педиатрического факультета –

член-корр. РАМН, проф. М. Р. Богомильский)

Предметом обсуждения являются вопросы, связанные с распространенностью и особенностями диагностики острых необструктивных ларингитов у детей. Приводится дифференциально-диагностический алгоритм обследования больного с дисфонией. Рассматриваются принципы лечения данной патологии, стандартные схемы терапии заболевания, группы лекарственных средств, используемых для этих целей. Представлены результаты применения некоторых лекарственных средств.

Ключевые слова: Дисфония, афония, острый ларингит, детский возраст, эндоскопическое исследование гортани, топическая антибактериальная терапия.

Библиография: 7 Источников.

Острый ларингит (воспаление слизистой оболочки гортани) является своеобразным «пасынком» в семействе ЛОР-осложнений острой респираторной вирусной инфекции. Внимание отоларингологов, педиатров, семейных врачей приковано в основном к различным формам синуситов и отитов. Существует множество статистических данных, статей и иных публикаций, посвященных этим нозологическим формам. Детально описаны диагностические алгоритмы, возрастные особенности, специфика протоколов лечения для каждой возрастной группы.

В отношении ларингитов ситуация несколько иная. Точных сведений о распространенности заболевания нет. Практически все авторы [1–4, 6] подчеркивают, что реальные показатели заболеваемости ларингитами выше официально приводимых данных. Наиболее веской причиной этого называют сложности осмотра гортани у детей, особенно грудного и раннего возраста, на амбулаторном этапе. Следует учитывать и отсутствие должного внимания к качеству голоса у детей и подростков [1, 2, 6, 7].

Ведущий симптом необструктивного ларингита – изменение тембра голоса (от легкой охриплости до афонии). В последние годы в связи с расширением оснащенности учреждений практического здравоохранения эндоскопическим оборудованием, был проведен ряд исследований [1, 2, 5, 7] с целью выяснения процента пациентов с нарушениями тембра голоса в детской популяции. Согласно полученным данным, дисфония у детей встречается достаточно часто и варьирует в пределах от 34,7% до 62%. Афония встречается реже (от 1% до 6%). Этиологический фактор зависит и от возраста ребенка.

Так, по данным [7] дисфония у детей грудного и раннего возраста наиболее часто связана с различной воспалительной патологией дыхательных путей (острые и/или рецидивирующие ларингиты или ларинготрахеиты, рефлюкс-ларингиты и пр.). Среди причин афонии – врожденные мембраны голосового отдела гортани, врожденный респираторный папилломатоз (рис. 1), парез левой половины гортани (рис. 2), инородные тела гортани (рис. 3), врожденная гемангиома трахеи.

По мере взросления ребенка в этиологии дисфонии появляются функциональные нарушения, нейрогенные состояния, различные формы хронического ларингита (наряду с острым воспалением слизистой оболочки дыхательных путей). Однако процент диагностированных ларингитов снижается. Возможно, это связано с отсутствием явлений стеноза гортани, требующих госпитализации. Возможно и то, что достаточно высокий процент больных с дисфонией занимается самолечением.

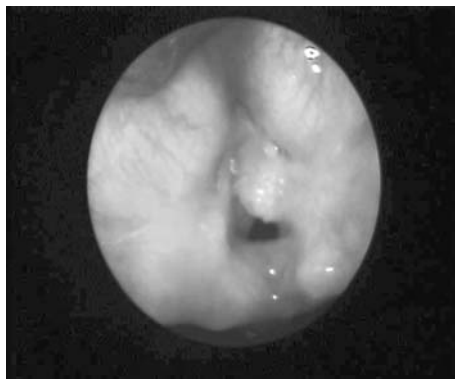


Рис. 1. Эндоларингоскопическая картина больного К., 11 мес, с врожденным респираторным папилломатозом гортани.

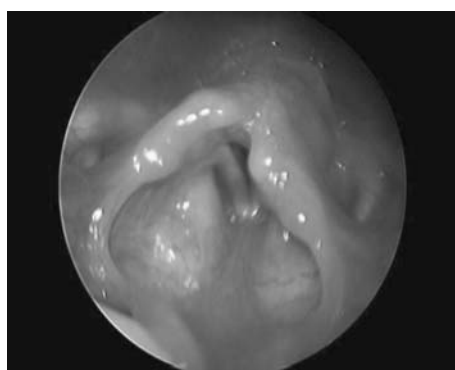


Рис. 2. Эндоларингоскопическая картина больной Р., 6 мес. с парезом левой половины гортани.

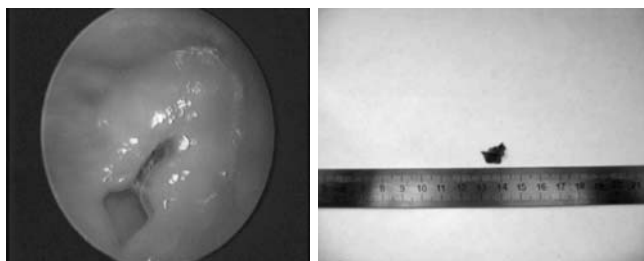


Рис. 3. А – Эндоларингоскопическая картина больного Ч., 11 мес., с длительно стоящим инородным телом гортани (лавровый лист); Б – длительно стоящее инородное тело (лавровый лист) после удаления.

Охриплость у больного должна настораживать врачей всех специальностей. Она может быть единственным симптомом ряда таких серьезных и опасных заболеваний, как папилломатоз гортани, различные врожденные пороки развития гортани, например, мембраны голосовой щели. Поэтому кратковременное и единичное нарушение тембра голоса (даже легкая охриплость) должны служить показанием к проведению эндоскопического исследования, а дети с рецидивирующими ларингитами на фоне ОРВИ, стойкой и/или выраженной охриплостью обязательно должны быть направлены на углубленное эндоскопическое обследование ЛОР-органов.

Результаты эндоскопического обследования гортани являются важным аргументом в постановке диагноза острый ларингит, хотя в ряде случаев для проведения дифференциального диагноза необходимы результаты дополнительных лабораторных исследований, важны и данные анамнеза.



Дифференциальный диагноз острого ларингита проводят с мутационной дисфонией, различными формами хронического ларингита, или ларингитом при специфических инфекционных процессах (корь, дифтерия, туберкулез) [5, 6].

Комплекс лечебных мероприятий при остром воспалительном процессе в гортани определяется его формой и степенью выраженности патологического процесса. Непременное условие лечения – щадящий голосовой режим, диета, исключая острую и пряную пищу, обильное теплое питье.

При необструктивных формах возможно применение отвлекающей терапии (горчичники на шею, грудную клетку, к икроножным мышцам; сухая горчица в носки у детей младшего возраста; банки на грудную клетку; сухое тепло на шею).

Для симптоматической терапии используют различные группы лекарственных средств: противокашлевые, мукоактивные препараты с различным механизмом действия, противовоспалительные, противовирусные препараты.

Широко используют физические методы лечения: паровые или аэрозольные ингаляции: щелочные, противовоспалительных препаратов (5% раствора аскорбиновой кислоты, 5% раствора эпислон-аминокапроновой кислоты), кортикостероидов, фитонцидов (лук, чеснок, хвоя).

Назначают также электрофорез 5% раствором кальция хлорида на область гортани и трахеи, на курс 8–10 процедур.

В период реабилитации показана фonoпедическая коррекция. Хорошо зарекомендовало себя использование биологической обратной связи в лечении и реабилитации больных с дисфонией.

При ларингитах инфекционного происхождения в комплекс лечения включают антибактериальные препараты. Еще раз напомним, что иногда катаральный ларингит путают с изменениями гортани во время мутации. Назначение неадекватной антибактериальной терапии детям в мутационный период категорически не показано. Для исключения ошибок диагностики следует обращать внимание на возраст ребенка и данные анамнеза.

Следует учитывать и способ введения антибактериального препарата. Наиболее физиологичным является ингаляционный способ введения лекарственного вещества, обеспечивающим непосредственное воздействие препарата на слизистую оболочку гортани. Также воздействовать непосредственно на слизистую оболочку могут лекарственные препараты, выпускаемые в форме спреев. Одним из таких препаратов является препарат Биопарокс («Лаборатория Сервье», Франция).

Для оценки эффективности препарата Биопарокс была набрана группа детей (30 человек) с острыми необструктивными ларингитами. Возраст детей колебался от 3 до 16 лет, средний возраст составил 7 лет 10 мес. Среди них было 14 (46%) мальчиков и 16 (54%) девочек. Длительность заболевания не превышала 48 часов. Больным основной группы был назначен препарат Биопарокс (фузафунгин) в качестве монотерапии в возрастной дозировке: по 1 сеансу (4 ингаляции через рот) 2–3 раза в день.

Группой сравнения стали больные (30 человек) сопоставимые по возрасту и полу с аналогичной патологией, получавшие симптоматическую терапию (спреи, содержащие биклотимол или бензидамин; щелочные ингаляции).

Всем больным проводилось:

- Клинический осмотр, включая ЛОР-обследование.
- Эндоскопическое исследование гортани.
- Субъективная оценка качества голоса.

У всех больных оценивали общее состояние (температуру тела), жалобы, качество голоса и результаты эндоскопического исследования до лечения и на 7 день от начала приема препарата.

Результаты представлены на рисунках 4–9.

В первый день наблюдения повышение температуры отмечалось у 38% детей основной и у 45% больных контрольной группы. На 7 день от начала лечения повышение температуры до 37,5 С отмечалось у одного ребенка основной группы и ни у одного ребенка контрольной группы. Динамика температурной реакции больных основной и контрольной групп представлена на рисунке 4.

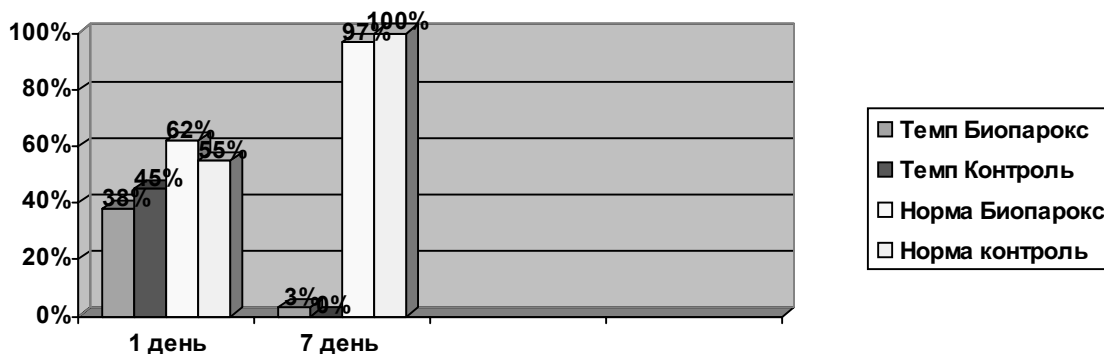


Рис. 4. Температурная реакция у больных основной и контрольной групп.

Основными жалобами, предъявляемыми больными, были боль в горле и затруднение глотания. Для объективизации интерпретации результатов эти показатели оценивались по 3-балльной шкале, где 0 баллов означало отсутствие симптома, а 3 балла – максимальную выраженность симптома.

До начала лечения интенсивность боли в горле оценивалась больными как 2,76 балла в основной группе и 2,54 балла в контрольной группе; затруднение глотания как 1,46 балла в основной группе и 2,0 балла в контрольной группе. После 7 дней приема препарата Биопарокс жалоб больные основной группы не предъявляли (как и больные контрольной группы). Динамика жалоб наблюдаемых больных представлена на рисунке 5.

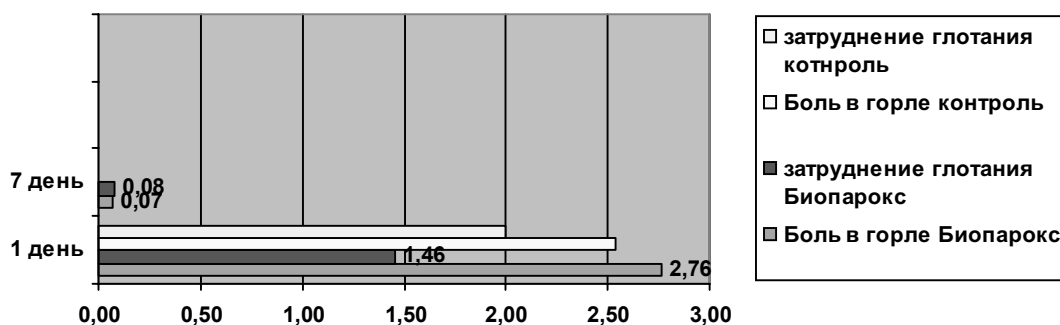


Рис. 5. Динамика жалоб на затруднение глотания и боль в горле у наблюдаемых больных.

Основными показателями эндоскопической картины были выраженность гиперемии слизистой оболочки и наличие отделяемого в гортани.

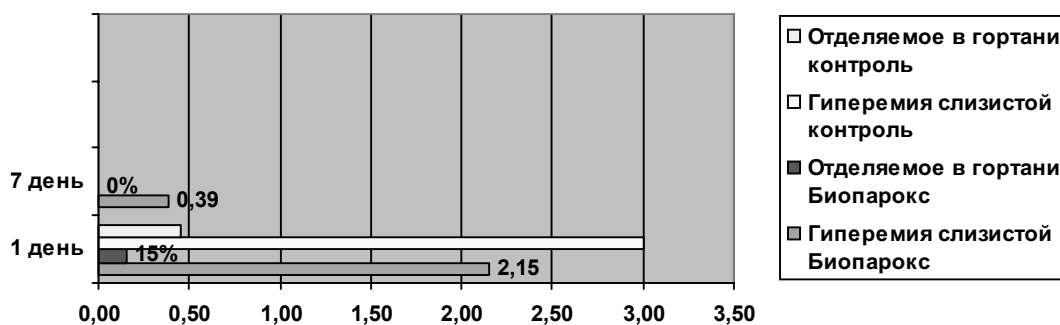


Рис. 6. Динамика параметров эндоскопической картины гортани у наблюдаемых больных.



Гиперемию слизистой оболочки гортани оценивали (по 3-балльной шкале, где 0 баллов означало отсутствие симптома, а 3 балла – его максимальную выраженность) до начала терапии в 2,15 балла в основной группе и 3 балла в контрольной группе. После 7 дней терапии у больных контрольной группы гиперемия оценивалась в 0,29 балла, а у больных, получавших Биопарокс, – в 0,38 балла (рис. 6).

Отделяемое в гортани (оценивалось в процентах от общего числа больных) до начала лечения было выявлено у 15% больных основной группы и у 45% контрольной группы, осмотр на 7 день от начала лечения показал отсутствие отделяемого в гортани у всех наблюдаемых больных (рис. 6).

Ларингоскопическая картина до и после лечения препаратом Биопарокс представлена на рисунке 7.

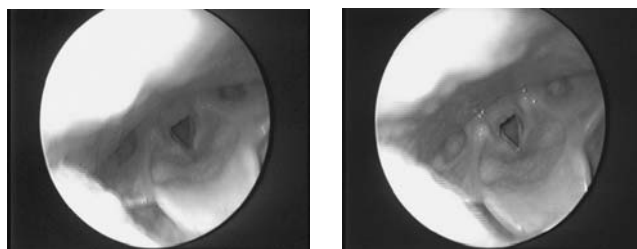


Рис. 7. Эндоларингоскопическая картина больного С, 9 лет.
А) до лечения; Б) после лечения препаратом Биопарокс.

Легкая степень охриплости определялась у всех больных до начала лечения; на 7 день не определялась ни у одного ребенка, получавшего препарат Биопарокс (рис. 8).

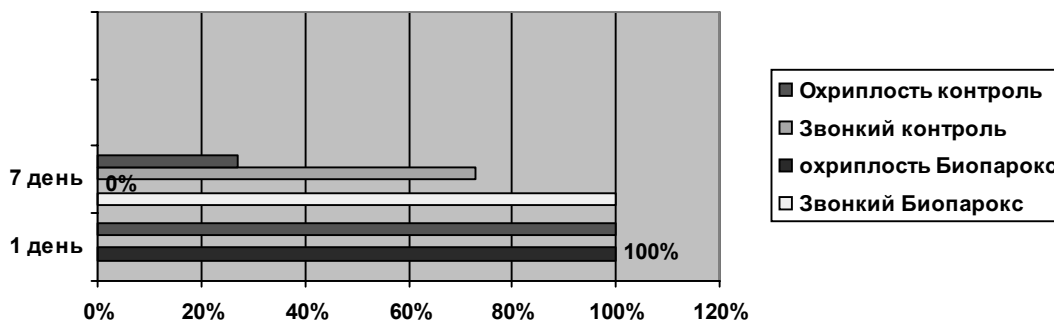


Рис. 8. Качество голоса у наблюдаемых больных.

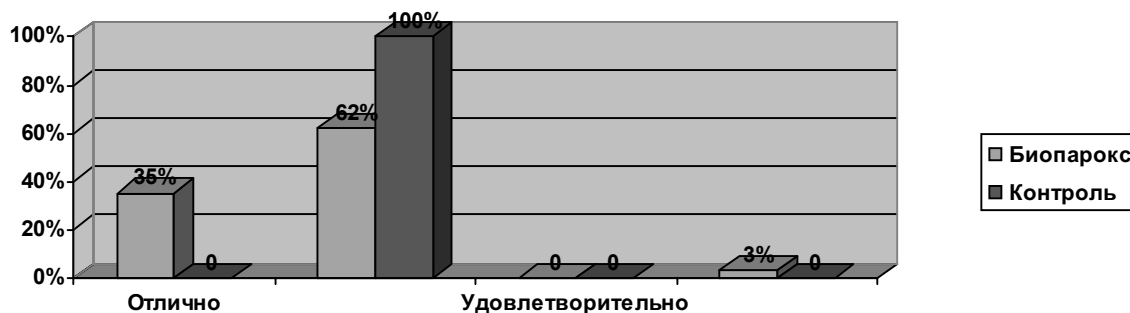


Рис. 9. Оценка эффективности проводимой терапии у больных основной и контрольной групп.



Проведенное лечение было оценено как отличное в 35% случаев, хорошее в 62% приема препарата Биопарокс. У одного больного (3%) на фоне приема препарата Биопарокс отмечена аллергическая реакция, потребовавшая отмены приема препарата. Оценка эффективности терапии у всех больных представлена на рисунке 9. У больных контрольной группы побочных или нежелательных явлений на фоне приема препарата не выявлено.

Выводы:

1. *Топический антибактериальный препарат Биопарокс может быть использован в лечении острого ларингита.*
2. *Эндоскопическое обследование необходимо для постановки диагноза «острый ларингит», а также как критерий эффективности проводимого лечения.*
3. *При сохранении изменений тембра голоса после перенесенного ОРВИ необходимо направить больного для углубленного эндоскопического обследования с целью исключения хронической патологии гортани.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомильский М. Р., Радциг Е. Ю. Возможности консервативной терапии нарушений голоса у детей// Вестн. оторинолар. – №5, 2007 – С. 35–37
2. Т. И. Гарашенко, М. Р. Богомильский, Е. Ю. Радциг. Современные возможности в диагностике нарушения голосообразования у детей. – Проблема реабилитации в оториноларингологии. Тр. Всерос. конф. с междунар. участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии» – Самара 2003 – С. 456–458.
3. Заболеваемость гриппом и ОРВИ в РФ. Еженедельный информационный бюллетень Роспотребнадзора. <http://www.gospotrebnadzoru/sanepid>
4. Коровина Н. А., Заплатников А. Л. Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра. М.: Медпрактика, 2004.
5. Орлова О. С., Радциг Е. Ю. Нарушения голоса у детей и подростков. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте. Национальное руководство. «Гэотар-медиа», 2008 – С. 571–586
6. Радциг Е. Ю. Воспалительные заболевания гортани. Там же. – С. 581–603
7. Радциг Е. Ю., Вязьменов Э. О. Причины нарушений голоса у детей грудного и раннего возраста: анализ результатов собственных наблюдений// Логопедия сегодня, №1 (19), 2008 – С. 40–44

Редакция журнала «Российская оториноларингология»
поздравляет всех подписчиков с **Новым 2010 годом**,

желает новых творческих
успехов, счастья и, главное,
здоровья.

В свою очередь все работники редакции обещают в наступающем году не сдавать высоких позиций журнала как по качеству публикуемого материала, так и по техническому оформлению. Мы заканчиваем перестройку работы редколлегии в соответствии с новыми требованиями ВАК (резюме на английском языке, электронная версия журнала, анонимное рецензирование) и, надеемся в Новом году еще плотнее приблизиться к международному уровню.

