

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

*На правах рукописи*  
УДК:616.22-007.271:-053.3

**МАХКАМОВА ГУЛЧЕХРА ГАНИЕВНА**

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО  
ОБСТРУКТИВНОГО ЛАРИНГИТА (КРУП) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ  
ЭТИОЛОГИИ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ**

**14.00.09 – Педиатрия**  
**14.00.46 - Детские инфекционные болезни**

**АВТОРЕФЕРАТ**  
**диссертации на соискание учёной степени**  
**кандидата медицинских наук**

**Ташкент – 2010**

Работа выполнена в Ташкентском педиатрическом медицинском институте Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук, доцент  
Шамансурова Эльмира Аманнулаевна

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор  
Шамсиев Фуркат Мухиддинович

доктор медицинских наук, профессор,  
Ибадова Гулнора Алиевна

**Ведущая организация:** Научный центр здоровья детей Российской  
Академии медицинских наук

Защита состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2010г. в \_\_\_\_\_ часов на заседании  
Специализированного совета Д. 087.10.01 при Ташкентском педиатрическом  
медицинском институте по адресу: 100140, Ташкент, ул. Богишамол, 223.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентского  
педиатрического медицинского института.

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2010 г.

**Ученый секретарь  
Специализированного совета,  
доктор медицинских наук**

**М. К. Шарипова**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

**Актуальность работы:** Несмотря на достаточную изученность проблемы стенозирующих и обструктивных состояний органов дыхания у детей, многие аспекты данной патологии до настоящего времени сохраняют свою актуальность. В первую очередь, это относится к стенозирующим ситуациям, связанным с поражением верхних дыхательных путей (круп). Высокая распространенность крупа в детском возрасте, выраженный динамизм клинических симптомов, возможность быстрого развития тяжелых бактериальных осложнений и летального исхода – всё это требует пристального внимания врачей многих специальностей (Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С. и соавт., 2000; Орлова С.Н., Рывкин А.И., 2006).

Около 99% наблюдений обструктивного ларингита у детей приходится на синдром крупа при ОРВИ и летальность при этом поражении занимает одно из ведущих мест в детской практике. Летальность при крупе колеблется от 0,4 до 5%, а в случае декомпенсированных форм крупа – от 33 до 60% (Богомильский М.Р., Радциг Е.Ю., 2007; Савенкова М.С., 2007).

В этиологии заболеваний сопровождающихся синдромом крупа, основную роль играют респираторные вирусы, в частности, вирусы парагриппа и гриппа (33-48% случаев). Присоединение бактериальной флоры, является одной из причин развития тяжелых форм синдрома крупа.

Так, в последнее время среди бактериальных агентов заболеваний, сопровождающихся синдромом крупа у детей, большое значение придается гемофильной инфекции. Особое место по тяжести клинических проявлений и необходимости экстренной диагностики и лечения занимает эпиглоттит, протекающий с тяжелой обструкцией верхних дыхательных путей. Эпиглоттит практически не диагностируется со стороны практических врачей (Горбунов С.Г., Горелов А.В., Демина А.А., 2002; Лекомцева О.И., Юзефович Н.В., Скрипина О.В., 2005; Махмудов О.С. и соавт 2009).

Несмотря на достигнутые, за последние годы, успехи в медикаментозной терапии крупа, по многим вопросам нет единых подходов, целесообразность используемых препаратов не всегда строго обоснована (Гоева С.В, Соболева М.К., 2005; Дусчанов Б.А., Алимухамедова М.Р., Назаров К.Д. 2005; Гайнутдинова Г.Р., Саидова А.Я., 2008; Сайдалиев С.С. и соавт, 2008; Махмудов О.С., Турсунов Ш.Б., Пулатова Р.З., 2009).

**Степень изученности проблемы.** Несмотря на достаточную изученность проблемы острых обструктивных ларингитов у детей, многие аспекты данной патологии до настоящего времени не потеряли свою актуальность. В первую очередь это относится к вопросам лечения этого состояния. В настоящее время нет единых подходов к лечению заболевания. По мнению, Цыбулькина Э.А. и соавт. (2000), большое количество процедур, использование антигистаминных, мочегонных и седативных препаратов, особенно внутривенных вливаний, приводящих к негативным реакциям,

беспокойству ребенка с сопутствующим ларингоспазмом и к увеличению потребности в кислороде, ускоряют развитие декомпенсации.

Многочисленные исследования, проведенные во многих странах мира, освещают вопросы применения глюкокортикостероидов при лечении крупа у детей.

Гемофильная инфекция играет важную роль в этиологии респираторных инфекций, однако, истинная её распространённость изучена недостаточно.

Среди наиболее частых и тяжело протекающих заболеваний вызываемых *Haemophilus Influenzae*, является эпиглоттит. Заболеваемость эпиглоттитом в ряде стран составляет от 5 до 11 на 100000 детей различных возрастных групп в разных странах. В России гемофильная инфекция в 80-90 гг. регистрировалась редко, а эпиглоттиты, вызванные данной инфекцией до 1997 не диагностировались, и в настоящее время существуют лишь единичные работы, посвященные изучению этой инфекции. [Гоева С.В., Соболева М.К. и соавт., 2005; Покровский В.И., Таточенко В.К., 2005].

Частота пневмоний гемофильной этиологии в Узбекистане составляет около 35% (Шамансурова Э.А., 2008), данные о заболеваемости эпиглоттитом *Hib* этиологии отсутствуют.

**Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР:** Настоящее исследование выполнено в рамках ГНТП «Охрана здоровья населения на основе совершенствования имеющихся и создания новых методов и технологий в медицине».

**Цель исследования:** выявить особенности клинического течения обструктивного ларингита вирусной и бактериальной этиологии у детей и разработать тактику лечения этих заболеваний.

Для решения поставленной цели определены следующие задачи:

1. Определить роль некоторых возбудителей (парагрипп и респираторно-синтициальный вирус, гемофильная инфекция тип В) в этиологии острого обструктивного ларингита у детей.

2. Изучить характер клинического течения острого обструктивного ларингита вирусной и бактериальной этиологии.

3. Оценить эффективность применения шкалы Westley для определения степени выраженности крупа у детей.

4. Разработать показания к назначению антибактериальной терапии при крупе у детей.

5. Провести оценку эффективности использования местного ингаляционного глюкокортикостероида Беклазон-эко при лечении крупа у детей.

**Объект и предмет исследования:** Результаты работы основаны на клиническом наблюдении и обследовании 163 детей в возрасте от 3-х месяцев до 5 лет, поступивших в ГКИБ №3 г. Ташкента за период с 2005 по 2007 года с диагнозом ларингит и ларинготрахеит. На основании определения диагностически значимых уровней антител к вирусам

парагриппа, респираторно-синтициальному вирусу (РС-вирус), а также определения ДНК гемофильной инфекции тип b (Hib) выявлена этиология у 50 больных с крупом.

**Методы исследований:** В работе использованы результаты клинического обследования, данные анамнеза, клинические лабораторные исследования, иммуноферментный анализ, ПЦР и метод статистической обработки.

#### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Этиологическим фактором синдрома крупа у детей в 18% случаях является РС-вирус, в 8% - парагрипп. Hib инфекция является причиной крупа в 12% случаях. Эпиглоттит, вызванный Hib, характеризуется острым (внезапным) началом, болью в горле, слюнотечением, дисфагией, отмечается вынужденное положение головы.

2. Использование шкалы Westley позволяет сократить время диагностики и провести объективную оценку степени стеноза при крупе.

3. Показаниями для назначения антибактериальной терапии являются: наличие признаков эпиглоттита, бактериальных осложнений, признаков бактериального воспаления при стенозе II и III степени: развитие крупа в поздние сроки ОРВИ, продолжительность лихорадки более 3-х дней, сохранение симптомов стеноза гортани более 3-х суток, наличие воспалительных изменений в общем анализе крови (умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ). При легком и среднетяжелом течении крупа, при отсутствии осложнений, назначение антибактериальной терапии не показано.

4. Патогенетическая терапия Беклазоном-эко позволяет сократить время пребывания детей в стационаре, снизить частоту рецидивов и осложнений крупа.

**Научная новизна:** Впервые изучена роль Haemophilus influenzae типа b в этиологической структуре синдрома крупа у детей в г. Ташкенте, уточнены основные клинические симптомы эпиглоттита у детей.

На основании результатов клинико-диагностического обследования обоснованы показания к назначению антибактериальной терапии при крупе у детей.

Впервые в Узбекистане при лечении крупа у детей доказана эффективность применения ингаляционного глюкокортикостероида Беклазон-эко.

Результаты проведенных исследований в значительной степени расширили и углубили представление о роли Hib-инфекции в развитии острого стеноза гортани, определили важность дифференциальной диагностики для выбора рациональной терапии.

Основываясь на результатах исследования, разработан алгоритм диагностики и лечения синдрома крупа у детей.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.** Изучение роли некоторых возбудителей при синдроме крупа у детей показало, что наряду с вирусами имеют значение и бактериальные агенты.

Проведенное исследование показывает, что Hіb- инфекция может явиться причиной болезни и проявляться у детей в виде эпиглоттита, что диктует необходимость проведения дифференциальной диагностики с крупом вирусной этиологии для выбора соответствующих методов лечения.

Внедрение шкалы Westley, позволит быстро и объективно оценить состояние пациентов и выбрать правильную тактику лечения.

Обоснованное назначение антибиотиков при крупе позволит значительно уменьшить осложнения от антибактериальной терапии.

Применение ингаляционного глюкокортикостероида Беклазон-эко при крупе у детей, позволит достичь более быстрого клинического улучшения состояния больных и уменьшить число детей нуждающихся в системном введении гормонов.

Разработанный алгоритм диагностики и лечения синдрома крупа позволит ускорить диагностику и отработать эффективную тактику ведения больных с крупом.

**Реализация результатов:** Разработанный алгоритм диагностики и лечения крупа у детей внедрен в практическую деятельность Городской клинической инфекционной больницы №3 г. Ташкента, Областного детского многопрофильного центра Джизакской области, районного медицинского объединения Заминского района Джизакской области.

**Апробация работы.** Основные положения диссертации доложены на: научно-практической конференции «Дни молодых ученых» (2008), Республиканской научно-практической конференции «Медико-биологические основы формирования здоровья детей и подростков» (2008), заседании кафедры Амбулаторной медицины Ташкентского педиатрического медицинского института (2009г.), апробационном совете Ташкентского педиатрического медицинского института (2009 г.), научном семинаре при Специализированном совете Ташкентского педиатрического медицинского института (2010 г.).

**Опубликованность результатов.** По теме диссертации опубликовано 20 работ, из них 4 журнальные статьи и 14 тезисов, методические рекомендации, получено авторское свидетельство на программу.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 126 страницах. Состоит из введения, обзора литературы, раздела «Материалы и методы исследования», трех глав результатов собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Библиографический указатель включает 174 источника, в том числе 88 отечественных и 86-иностранных авторов. Работа иллюстрирована 22 таблицами, 23 рисунками.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** изложена актуальность изучаемой проблемы, связь исследовательской работы с тематическими планами НИР, цель и задачи, научная новизна, научная и практическая значимость результатов исследования, основные положения, выносимые на защиту, внедрение результатов в практику здравоохранения, апробация диссертации, структура и объем диссертации.

**В первой главе** (обзор литературы) рассматривается современное представление об этиологии и клинике заболеваний, сопровождающихся синдромом крупа. Раскрывается понятие синдрома крупа, проявлением которого является развивающийся в гортани и трахее воспалительный процесс, приводящий к стенозу гортани.

**Во второй главе** отражены материалы и методы, применяемые в данной работе, результаты клиничко-лабораторного обследования 163 детей в возрасте от 3 месяцев до 5 лет, поступивших в ГКИБ №3 г. Ташкента за период с 2005 по 2007 годы с диагнозом обструктивный ларингит.

Дети распределены на 3 возрастные группы: I группа – 46 детей до 1 года, II группа – 84 ребенка от 1 года до 3 лет, III группа – 33 ребенка от 3 до 5 лет. Большую часть детей составила группа от 1 до 3 лет (51,53%), при распределении по половому признаку большинство пациентов были мальчики (76,07%).

При постановке диагноза мы руководствовались МКБ-10 пересмотра. Оценка тяжести состояния детей, определение степени стеноза гортани проводилась по шкале Westley С. (Westley С.Р., Cotton Е.К., 1978). Согласно шкале Westley для оценки степени тяжести крупа учитывались следующие симптомы: стрidor, втяжение грудной клетки при дыхании, затрудненное дыхание, цианоз, сознание. Каждый симптом оценивался в баллах от 0-5. Состояние детей оценивалось в динамике при поступлении, затем каждые 10 мин в течение 40 минут, далее - в течение 3 суток.

При поступлении у 28,6% детей отмечался стеноз гортани I степени - круп легкой степени, у 64,9% - стеноз гортани II степени, или умеренный круп, у 6,5% детей – стеноз гортани III степени, тяжелый круп.

Для выявления этиологической структуры заболеваний, сопровождающихся синдромом крупа, проведено исследование сывороток крови 50 детей на наличие антител класса IgG к парагриппу I типа и РС-инфекции путем постановки ИФА. При интерпретации данных ИФА положительным результатом для РС-вируса принимали показатель  $>0,4$  единиц, а для вируса парагриппа  $>0,52$  единиц оптической плотности (ед.ОП).

С целью определения роли *Haemophilus influenzae* типа b в этиологической структуре крупа 50 детям была проведена ПЦР.

Изучение эффективности использования ингаляционного глюкокортикостероида Беклазон-эко в лечении крупа у детей проведено при наблюдении за 47 детьми (основная группа), контрольную группу составили 30 детей получавших традиционное лечение.

Для обоснования необходимости проведения антибактериального лечения при крупе был проведен ретроспективный анализ историй болезни 141 ребенка.

Полученные данные подвергали статистической обработке на персональном компьютере Pentium-4 по программам, разработанным в пакете EXCEL с использованием библиотеки статистических функций с вычислением среднеарифметической ( $M$ ), среднего квадратичного отклонения ( $\sigma$ ), стандартной ошибки ( $m$ ), относительных величин (частота, %), критерий Стьюдента ( $t$ ) с вычислением вероятности ошибки ( $P$ ).

Различия средних величин считали достоверными при уровне значимости  $P < 0,05$ .

**В третьей главе** представлены результаты серологических исследований на наличие антител класса IgG к вирусу парагриппа и РС-вирусу (ИФА) и ПЦР исследования на Ніб.

В результате проведенных исследований у 36 (72%) детей были выявлены диагностически значимые уровни антител к РС-инфекции, у 30 детей (60%) к парагриппу (табл. 1).

**Таблица 1**

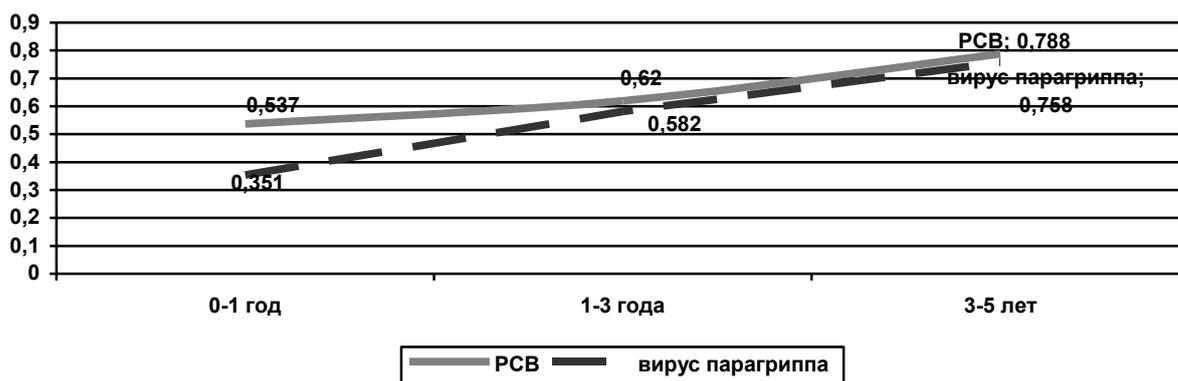
**Результаты ИФА исследования на парагрипп и РС вирусы (n=50)**

Результаты	РС		ПГ	
	n	Показатели ед.ОП	n	Показатели ед.ОП
Отрицательный	14	0,321±0,03	20	0,319±0,02
Положительный	36	0,812±0,01**	30	0,814±0,05**
K <sup>+</sup>		1,906		1,677
K <sup>-</sup>		0,132		0,217

Примечания: \* - достоверность данных между показателями оптической плотности с отрицательным результатом (\*- $P < 0,05$ ; \*\* -  $P < 0,01$ ; \*\*\*- $P < 0,001$ )

Анализ результатов иммуноферментного анализа в зависимости от возраста детей показал, что у детей до 1 года более высокий уровень антител был зарегистрирован к РС-вирусу (почти в 1,5 раз больше, чем к парагриппу). С возрастом отмечалось увеличение показателя уровня антител как к РС вирусу, так и к парагриппу (рис 1).

Наиболее чаще вирус парагриппа встречается в группе детей от 3-5 лет (53,3±9,1;  $P < 0,05$ ). При анализе результатов исследования в зависимости от пола выявлено, что встречаемость положительных результатов к вирусу парагриппа достоверно чаще регистрируется у мальчиков (63,3%±8,7 случаев) по сравнению с девочками ( $P < 0,05$ ).



**Рис. 1. Средний уровень антител к РС -вирусу и парагриппу в зависимости от возраста**

По данным встречаемости РС-вируса у детей с крупом в зависимости от возраста наблюдается такая же тенденция, как и при вирусе парагриппа, т.е. наибольшая частота встречаемости регистрируется в возрасте 3-5 лет ( $50 \pm 8,3\%$ ). При распределении по половому признаку так же преобладают мальчики ( $66,7 \pm 7,8\%$ ,  $P < 0,05$ ).

По результатам ПЦР у  $12 \pm 4,6\%$  детей с крупом зарегистрирована Hib-инфекция. Анализ встречаемости инфекционного агента в зависимости от пола показал, что заболеваемость чаще наблюдается среди мужского пола ( $83,3 \pm 6,7\%$ ;  $P < 0,05$ ). Высокая распространенность Hib инфекции регистрировалась в возрастной группе от 1-3 лет ( $83,3 \pm 6,7\%$  по сравнению с  $16,7\%$  в возрастной группе до 1 года), тогда как в группе детей от 3-5 лет – не встречалась.

Изолированная парагриппозная инфекция была отмечена у  $8,0\%$  больных, а РС инфекция – у  $18\%$ . Микст инфекция, т.е сочетание РС-вируса и парагриппа, встречалась у  $44\%$  детей и у  $10\%$  детей отмечалось сочетание вирусной инфекции с Hib (табл. 2).

**Таблица 2**

**Результаты ИФА и ПЦР исследований в зависимости от этиологии возбудителя в возрастном аспекте**

Результаты ИФА и ПЦР	Возраст (n=50)						Всего	
	до 1 года (n=9)		1 – 3 года (n=20)		3 – 5 лет (n=21)		абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Отрицательный	4	44,4	3	15,0	2	9,5	9	$18,0 \pm 5,4$
РС	2	22,2	4	20,0	3	14,3	9	$18,0 \pm 5,4$
ПГ	-		3	15,0	1	4,8	4	$8,0 \pm 3,8$
РС+ПГ	2	22,2	5	25,0	15	71,4	22	$44,0 \pm 7,0$
РС+Hib	1	11,1		0,0			1	$2,0 \pm 1,9$
РС+ПГ+Hib	-		4	20,0			4	$8,0 \pm 3,8$
Hib			1	5,0			1	$2,0 \pm 1,9$
Итого:	9	$18 \pm 5,4$	20	$40 \pm 6,9$	21	$42 \pm 6,9$	50	100

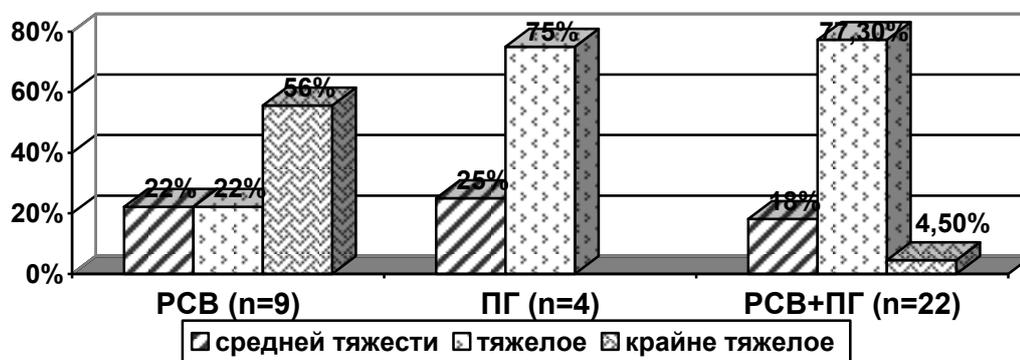
Как видно из таблицы наиболее чаще микст инфекция встречается в возрасте от 3 до 5 лет (71,4%), а сочетание вирусно-бактериальной инфекции приходится на 1-3 года (20,0%).

Таким образом, ведущую роль в этиологии крупа занимают вирусы (88%), и только в 12% случаев наблюдается гемофильная инфекция тип b. Среди вирусной этиологии крупа микст инфекция отмечается в 44%, а вирусно-бактериальные ассоциации регистрируются в 10% случаях.

**В четвертой главе** дана клиническая характеристика заболеваний, сопровождающихся синдромом крупа у детей.

При парагриппе острое начало заболевания было зарегистрировано у 75%, тогда как при РС вирусной инфекции в 66,7%.

При поступлении общее состояние большинства детей при крупе вирусной этиологии было оценено как тяжелое. При крупе парагриппозной этиологии в 75% случаев, при смешанной этиологии – в 77,3%, крайне тяжелое состояние при этих инфекциях наблюдалась редко (4,5%) (рис. 2).



**Рис. 2. Общее состояние детей при синдроме крупа вирусной этиологии**

При крупе РС вирусной этиологии чаще отмечалось тяжелое течение - крайне тяжелое состояние отмечалось в 55,6% случаях. В этой группе также регистрируется наибольший (33,3%) процент осложнений (пневмонии, бронхит).

У большинства обследованных детей с крупом вирусной этиологии наблюдалась выраженная интоксикация, которая наиболее часто встречалась у детей с РС вирусной инфекцией (66,7%).

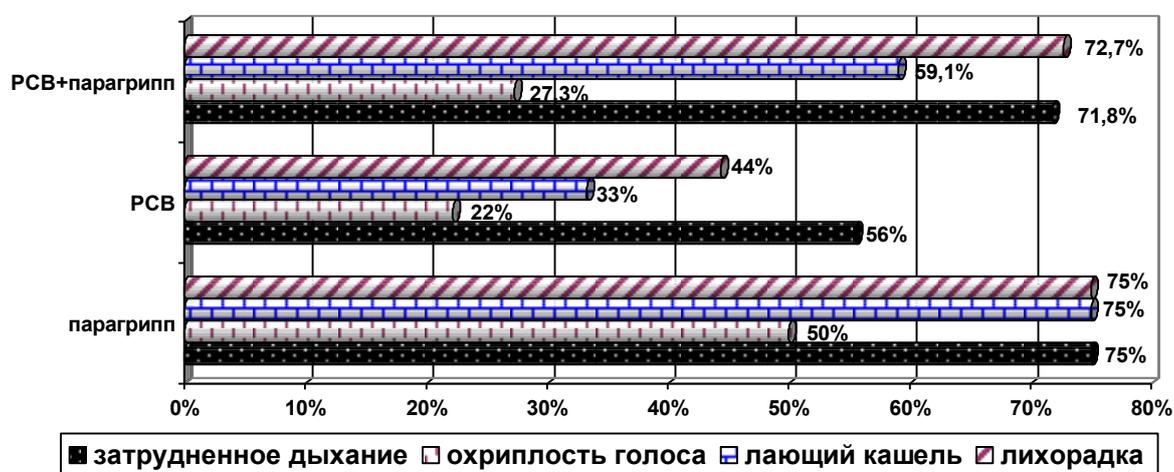
Среди перенесенных заболеваний у детей с обструктивным ларингитом вирусной этиологии часто регистрируется ОРВИ (95%), также у данных детей в анамнезе наблюдается перенесенный ларингит (31,4%), особенно это выявлено у детей с крупом смешанной этиологии (36,4%). Это указывает на сенсбилизацию организма вирусной инфекцией, что является предрасполагающим фактором к обструктивному ларингиту и приводит к рецидивирующему течению заболевания.

При поступлении у 27,6% больных отмечалась гипертермия, которая держалась в течение первых 2 суток, в анамнезе она регистрировалась почти у 94% детей с крупом вирусной этиологии.

При анализе характера кашля были выявлены различия в зависимости от этиологии вирусного крупа. Так при парагриппе и микст инфекции наиболее чаще встречался лающий кашель (75% и 59,1% соответственно), тогда как при РС вирусе сухой кашель регистрировался в 44,4%, влажный у 22,3%, лающий – у 33,3% детей.

У всех обследованных детей наблюдалось изменение голоса. Осиплый голос наиболее чаще регистрировался при крупе РС- вирусной этиологии (у 77,8% детей), тогда как охриплость при парагриппозной этиологии крупа (у 50% детей).

На рис. 3 представлена выраженность основных клинических симптомов крупа в зависимости от его этиологии.



**Рис. 3. Выраженность клинических симптомов крупа в зависимости от этиологического фактора**

Результаты исследований показали, что для крупа парагриппозной этиологии характерными симптомами явились охриплость голоса ( $50 \pm 0,5\%$ ), затрудненное дыхание ( $75 \pm 0,2\%$ ) и лающий кашель ( $75 \pm 0,5\%$ ), а для РС-вирусной этиологии – сухой кашель ( $67 \pm 0,4\%$ ), затрудненное дыхание ( $56 \pm 0,4\%$ ;  $p < 0,05$ ).

Для смешанной вирусной этиологии крупа основными клиническими симптомами явились лихорадка, затруднение дыхания, лающий кашель и охриплость голоса.

В общем анализе крови у больных вирусным крупом в 78,7% случаях отмечался нормальный уровень лейкоцитов в крови, в остальных случаях лейкопения и лимфоцитоз при нормальном уровне СОЭ.

Нiв-этиология крупа была подтверждена у 6 из 50 детей (12%) была, у 83,3% из них Нiв-инфекция сочеталась с вирусной.

Практически у всех детей заболевание развивалось на неблагоприятном преморбидном фоне, существенную роль которого при Нiв-инфекции подчеркивают многие специалисты. Мы установили, что у 50% детей наблюдались аллергические проявления (экссудативно-катаральный диатез,

пищевая и лекарственная аллергия), у 83,3% выявлена анемия I степени. Перинатальная энцефалопатия отмечена у 33,3% детей. Среди перенесенных инфекционных заболеваний у детей с крупом Ніб этиологии были отмечены частые ОРВИ у 83,3%, диарея у 50%.

Клинически круп Ніб-этиологии проявлялся он в виде эпиглоттита. Для эпиглоттита было характерно: острое начало заболевания (у 83,3% больных), осиплость голоса, лихорадка и затрудненное дыхание - стридорозное дыхание, проявляющееся в основном при вдохе. Инспираторная одышка наблюдалась у всех детей с крупом Ніб-этиологии на протяжении первых двух суток.

Общее состояние у всех больных с эпиглоттитом было тяжелым, проявлялось резко выраженными симптомами общей интоксикации у 83,3% больных, умеренными - у 16,7%.

Повышение температуры тела при поступлении до гектических значений ( $39^{\circ}\text{C}$  и выше) отмечалось у 4 больных (66,7%), у 2 детей (33,3%) отмечена фебрильная температура тела. Средняя продолжительность лихорадочного периода составила  $4,2 \pm 0,2$  дня.

У 50% больных были отмечены резкие боли в горле, у 33,3% - наблюдалось вынужденное положение головы.

Сухой кашель был отмечен только у 1 пациента (16,7%), который купировался на 4 день болезни. При аускультации у 83,3% детей выслушивалось жесткое дыхание в течение  $3,5 \pm 0,2$  суток.

При осмотре у всех больных наблюдалась распространенная гиперемия мягкого неба, дужек, слизистой оболочки зева и стридорозное дыхание. Примечательно, что у 4 (66,7%) больных наблюдалась гиперсаливация, у 2 дисфагия (33,3%), 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  $11,5 \pm 0,2 \cdot 10^9/\text{л}$  со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и ускорение СОЭ в среднем до  $20 \pm 2,7$  мм/ч.

Учитывая тяжелое состояние детей, признаки интоксикации, а также чувствительность Ніб к цефалоспорином всем детям была назначена антибактериальная терапия - цефтриаксон в дозе 50-100 мг/кг/сутки, в течение 7 дней, также дезинтоксикационная и симптоматическая терапии.

На фоне проводимой терапии в течение суток купировались стенотические явления и нормализовалась температура тела у 3 детей, на 2-е сутки температура тела нормализовалась ещё у 1 ребенка. В течение последующих 6 дней состояние детей улучшилось, дети выписаны домой.

Таким образом, характерными симптомами для крупа РС этиологии явились лающий кашель и затрудненное дыхание, для парагриппозной - охриплость голоса и затрудненное дыхание. Для крупа Ніб-этиологии характерно было острое начало, выраженная тяжесть явлений обструкции

верхних дыхательных путей с прогрессирующей дыхательной недостаточностью.

Отличительными клиническими особенностями крупа Ниб-этиологии были боль в горле, слюнотечение, дисфагия, вынужденное положение головы ребенка.

**В пятой главе** представлены результаты лечения заболеваний, сопровождающихся синдромом крупа у детей. Как известно, большинство больных с крупом в стационаре получают антибактериальное лечение. В нашем случае антибактериальная терапия была назначена 86,5% (141) больным крупом. Дети с легким и умеренным крупом получали антибиотики пенициллинового ряда, при тяжелом течении крупа и при наличии бактериальных осложнений были назначены цефалоспорины.

С целью рационализации назначения антибиотиков при крупе мы ретроспективно изучили эффективность антибактериальной терапии у наших больных. Для оценки эффективности антибактериальной терапии принимали во внимание такие симптомы как нормализация температуры тела, исчезновение симптомов интоксикации, одышки, кашля, восстановление голоса. С этой целью дети, получавшие антибактериальную терапию, были разделены на 3 группы: первую группу составили 46 детей с I степенью стеноза гортани, вторую группу – 26 детей со стенозом II степени (умеренное течение крупа, без признаков бактериального воспаления), третью группу составили - 44 ребенка с тяжелым течением крупа (стеноз гортани II-III степени, с лихорадкой более 3 суток, развитие крупа в поздние сроки ОРВИ (на 4 -5 день), сохраняющиеся более 3 суток симптомы стеноза гортани и изменения в анализе крови (умеренный лейкоцитоз ( $9-10 \cdot 10^9/л$ ), ускорение СОЭ  $17 \pm 0,2$  мм/ч) и четвертую группу – 25 детей с крупом и признаками бактериальной инфекции (отит, синусит, бронхит, пневмония, инфекция мочевыводящих путей). Группу сравнения составили 22 ребенка, не получавшие антибактериальную терапию (табл. 3).

**Таблица 3**

**Эффективность применяемой антибактериальной терапии у детей при крупе**

Группы	Сроки купирования клинических симптомов заболевания					Койко-дни
	Температура	Интоксикация	Одышка	Кашель	Восстановление голоса	
I (n=46)	2,1±0,3	3,5±0,17	2,7±0,22	6,0±0,25	3,9±0,17	7,63±0,3
II (n=26)	2,1±0,41	3,2±0,32	3,3±0,27	5,9±0,61	3,5±0,29	7,86±0,3
III (n=44)	3,6±0,4*	4,2±0,4*	3,2±0,4*	5,9±0,26	3,9±0,27	8,1±0,7
IV (n=25)	3,8±0,3*	4,5±0,2*	3,7±0,3	6,8±0,2*	4,2±0,3	8,7±0,5
Сравнение (n=22)	2,2±0,4	3,6±0,19	2,23±0,11	5,8±0,33	3,8±0,2	7,6±0,23

\* - Достоверность данных по сравнению с группой сравнения (\*-P<0,05)

Больные обеих групп получали патогенетическую и симптоматическую терапии. При сравнительном анализе сроков исчезновения основных

клинических симптомов заболевания у детей первой группы и группы сравнения не было выявлено достоверных различий, т.е. температура нормализовалась в среднем на  $2,1 \pm 0,3$  и  $2,2 \pm 0,4$  дни соответственно, интоксикация –  $3,5 \pm 0,17$  и  $3,6 \pm 0,19$ , одышка -  $2,7 \pm 0,22$  и  $2,23 \pm 0,11$ , кашель –  $6,0 \pm 0,25$  и  $5,8 \pm 0,33$  день соответственно, восстановление голоса отмечалось на  $3,9 \pm 0,17$  день ( $3,8 \pm 0,2$ ). Средняя продолжительность пребывания детей в стационаре составила  $7,63 \pm 0,3$  ( $7,6 \pm 0,23$ ) дней.

У детей второй группы сроки исчезновения основных клинических симптомов незначительно отличались от показателей группы сравнения. Температура нормализовалась на  $2,1 \pm 0,4$  и  $2,2 \pm 0,4$  день соответственно, исчезновение симптомов интоксикации отмечалось на  $3,2 \pm 0,3$  и  $3,6 \pm 0,2$  день, исчезновение кашля регистрировалось на  $5,9 \pm 0,61$  и  $5,8 \pm 0,33$  день, одышки -  $3,3 \pm 0,27$  и  $2,2 \pm 0,11$  день соответственно, восстановление голоса наблюдалось на  $3,5 \pm 0,3$  день (в группе сравнения  $3,8 \pm 0,2$ ).

Средняя продолжительность пребывания ребенка в стационаре составила  $7,9 \pm 0,3$  дня, тогда как в группе сравнения  $7,6 \pm 0,2$  дней. Достоверных различий не получено.

При анализе показателей сроков исчезновения клинических симптомов заболевания, у больных третьей группы было выявлено достоверное отличие по сравнению с группой сравнения.

У больных третьей и четвертой группы детей, с бактериальными осложнениями, продолжительность клинических симптомов была практически одинаковой ( $p > 0,05$ ).

Отсутствие разницы в сроках купирования основных клинических симптомов у больных 1 и 2 группы по сравнению с контрольной позволило сделать следующее заключение: при крупе со стенозом I и II степени антибактериальная терапия не показана. Антибактериальная терапия показана детям с крупом при наличии признаков эпиглоттита; при наличии бактериальных осложнений (отит, синусит, бронхит и др) и при клинических признаках бактериальной инфекции у детей со стенозом II и III степени: при развитии крупа в поздние сроки ОРВИ, продолжительности лихорадки более 3-х дней, сохранении более 3-х суток симптомов стеноза гортани, наличии воспалительных изменений в общем анализе крови (умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ).

Помимо антибактериального лечения больным крупом, для быстрого снятия симптомов стеноза, показана патогенетическая терапия. С этой целью 77 детям с крупом был назначен ингаляционный глюкокортикостероид (Беклазон-эко).

Основную группу составили 47 детей, которые получали Беклазон-эко по схеме: дети с первой степенью крупа по 100 мкг однократно в течение первых суток, при второй и третьей степени стеноза гортани – по 100 мкг 2 раза в сутки в течение 3 суток. Наряду с этим детям из данной группы по показаниям назначалось симптоматическое лечение.

Группу сравнения составили 30 детей, которым с целью купирования стеноза гортани назначался преднизолон в/м или в/в на фоне традиционного лечения. Традиционное лечение включало в себя щелочные ингаляции, десенсибилизирующие и дезинтоксикационные, противовирусные средства, гормонотерапия (преднизолон в/м).

Следует отметить, что основная группа и группа сравнения были сопоставимы между собой как по возрасту, полу, так и по тяжести заболевания при поступлении.

Оценка степени тяжести крупа зачастую носит субъективный характер и зависит от квалификации врача, его практического опыта. С целью оптимизации диагностики и оценки тяжести состояния у детей при крупе была использована шкала Westley, которая помогает быстро оценить состояние ребенка. На оценку тяжести состояния у детей с крупом по шкале Westley в приемном отделении было затрачено  $7 \pm 0,07$  минут.

При поступлении, выраженность симптомов крупа у больных по шкале Westley в основной и контрольной группах составила  $6,0 \pm 0,18$  и  $6,4 \pm 0,2$  баллов соответственно, но уже через 5-10 минут наблюдалось выраженное различие в группах. В основной группе через 10 минут выраженность симптомов крупа по шкале Westley составила 2,4 балла, тогда как в контрольной группе отмечалось даже некоторое ухудшение состояния больных, выраженность симптомов крупа в этой группе составил 7,2 балла.

Добавление к терапии ингаляции Беклазона-эко существенно отразилось на динамике дыхания. При детальном анализе влияния Беклазона-эко выявлено, что если в основной группе через 35 минут уже у 46 (97,9%) больных стридор отсутствовал, то в группе сравнения наблюдалась крайняя нестабильность дыхания и изменение выраженности стридора в течение 3 суток.

При наблюдении за ретракцией грудной клетки в основной группе также отмечалось более быстрое клиническое улучшение, чем в группе сравнения, т.е. в течение 35 мин у 46 (97,9%) больных этот симптом не наблюдался.

Через 15 минут после ингаляции Беклазона-эко в основной группе у 46 (97,9%) пациентов отмечался нормальный вдох, тогда как в группе сравнения состояние больных ухудшалось до критического, нормальный вдох констатирован лишь у 6 (20%) детей.

Применение ингаляционного глюкокортикостероида в основной группе больных позволило достоверно сократить время пребывания в стационаре. Так средняя продолжительность пребывания детей в стационаре в основной группе составила  $4,47 \pm 0,19$  дней, что на 2,4 дня меньше чем в контрольной группе ( $6,9 \pm 0,23$ ) ( $p < 0,001$ ).

В ходе лечения у большинства больных температура тела нормализовалась в течение первых двух дней. Купирование кашля наблюдалось в основной группе на 3-4 дни, в группе сравнения на 4-5 дни. У некоторых больных сухой переходил в продуктивный кашель.

При наблюдении за течением заболевания в течение 5-7 дней в основной группе число рецидивов заболевания было зарегистрировано в 1,3 раза меньше по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, шкала Westley позволяет быстро, объективно оценить состояние больного и выбрать правильную тактику ведения больных с крупом. Назначение Беклазона-эко приводит к быстрому купированию стеноза гортани, снижению частоты рецидивов и осложнений крупа, и как следствие, сокращению времени пребывания детей в стационаре.

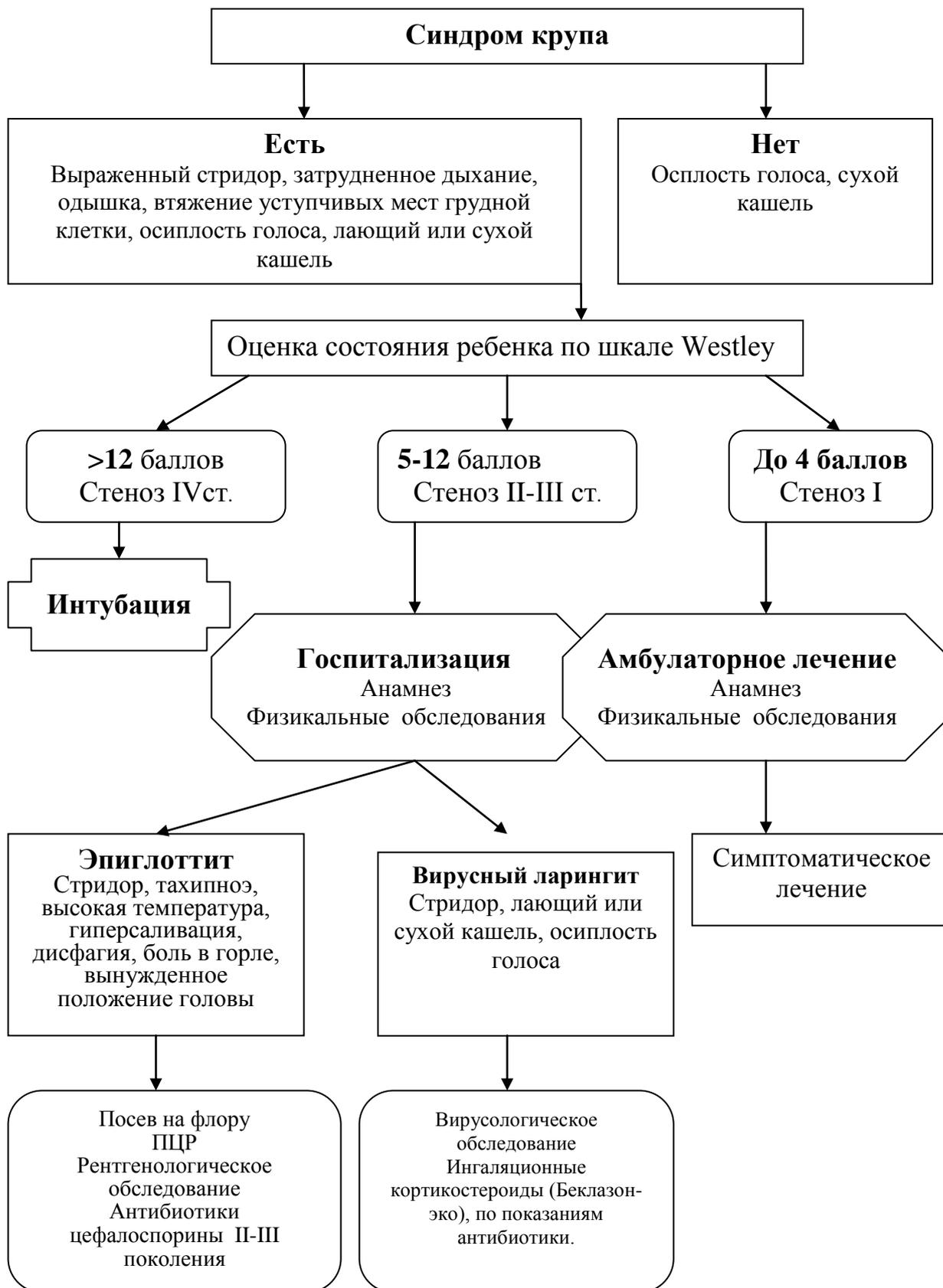
На основании результатов исследования нами был разработан собственный алгоритм лечебно-диагностических мероприятий, который позволяет в кратчайшие сроки поставить правильный диагноз и оказать квалифицированную медицинскую помощь (рис.4).

При выявлении у ребенка затрудненного дыхания, одышки, выраженного стридора, втяжения уступчивых мест грудной клетки, осиплости голоса, лающего или сухого кашля мы рекомендуем оценить состояние больных по шкале Westley.

Шкала Westley позволяет быстро оценить состояние детей с крупом и принять решение о необходимости госпитализации больных в отделение; о проведении амбулаторного лечения или о необходимости экстренных инвазивных вмешательств в виде интубации трахеи, трахеостомии.

Так, если состояние ребенка по шкале Westley оценено в 4 балла, что соответствует стенозу 1 степени, рекомендуется однократная ингаляция Беклазона-эко и пациент может получать дальнейшее лечение в амбулаторных условиях. Если состояние ребенка соответствует 12 баллам, то необходимо решать вопрос об интубации трахеи. В случае оценки состояния детей от 5 до 12 баллов ребенок нуждается в госпитализации и проведении тщательного физикального обследования.

При наличии высокой температуры, гиперсаливации, боли в горле, дисфагии, вынужденного положения головы нужно думать о бактериальной этиологии крупа (эпиглоттит), что требует назначения антибактериальных препаратов (цефалоспорины). Осиплость голоса, лающий кашель свидетельствуют о вирусной природе крупа, что является показанием к назначению ингаляционных глюкокортикостероидов и по показаниям – антибактериальной терапии.



**Рис. 4. Алгоритм диагностики и лечение больных с крупом**

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Результаты исследования позволили сформулировать следующие **выводы:**

1. В этиологии острого обструктивного ларингита ведущую роль играют вирусы (70%), чаще наблюдается сочетанная форма вирусных инфекций (44%). Изолированные формы РС вирусной инфекции и парагриппа встречаются в 18% и в 8% случаях, соответственно. При РС вирусной этиологии круп характеризуется более тяжелым течением.

2. Бактериальным возбудителем крупа в 12% случаев является *Haemophilus influenzae* тип b. Отличительными симптомами крупа *Hib*-этиологии являются острое (внезапное) начало, боль в горле, слюнотечение, дисфагия, вынужденное положение головы.

3. Шкала Westley позволяет в кратчайшие сроки оценить степень выраженности крупа у детей. У 28,6% детей с крупом диагностирован стеноз I степени, у 64,9% - стеноз II степени, у 6,5% детей – стеноз III степени.

4. Показаниями для назначения антибактериальной терапии при крупе являются:

- наличие признаков эпиглоттита;
- наличие бактериальных осложнений при крупе.

- стеноз II и III степени и наличие признаков бактериальной инфекции: развитие крупа в поздние сроки ОРВИ, продолжительность лихорадки более 3-х дней, сохранение симптомов стеноза гортани более 3 суток; воспалительные изменения в общем анализе крови (умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ).

5. Включение в комплекс лечебных мероприятий вирусного крупа ингаляционного глюкокортикостероида Беклазон-эко приводит к сокращению времени пребывания в стационаре на 2,4 дня, снижению частоты рецидивов и осложнений крупа в 1,3 раза.

### **Практические рекомендации:**

1. При заболеваниях, сопровождающихся синдромом крупа, у детей не следует исключать возможность эпиглоттита *Hib*-этиологии, который характеризуется внезапным началом, высокой температурой тела, быстро нарастающими симптомами обструкции верхних дыхательных путей, стридором, слюнотечением, дисфагией, болью в горле и требует назначения антибактериальной терапии.

2. Для оценки степени стеноза при крупе рекомендуется использовать шкалу Westley, которая позволяет в кратчайшие сроки определить степень выраженности крупа и выбрать оптимальную тактику лечения.

3. Детям с крупом II и III степенью стеноза при наличии признаков бактериального воспаления показана антибактериальная терапия.

4. При крупе вирусной этиологии рекомендуется использовать местный ингаляционный глюкокортикостероид, который приводит к быстрому купированию стеноза гортани, снижению частоты рецидивов и осложнений крупа, а также сокращению времени пребывания в стационаре.

5. Для быстрой диагностики и оказания неотложной помощи при крупе рекомендуется использовать предложенный алгоритм диагностики и лечения.

### **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Махкамова Г.Г., Шамансурова Э.А. Острые респираторные заболевания: этиология, клинические формы, иммунопрофилактика //Стоматология. – Ташкент, 2005. - №1-2. – С.35-38.

2. Махкамова Г.Г., Шамансурова Э.А. Круп у детей: этиология, диагностика, лечение, профилактика // Педиатрия. – Ташкент, 2006. - №2. – С. 126-129.

3. Махкамова Г.Г. Этиологическая структура и особенности клинического течения заболеваний, сопровождающихся синдромом крупа у детей // Педиатрия. – Ташкент, 2007. - № 3-4. – С. 48-53.

4. Махкамова Г.Г., Шамансурова Э.А. Результаты изучения этиологии крупа у детей и оценка эффективности ингаляционных кортикостероидов. // Педиатрическая фармакология. – Москва, 2009. – Т.6. - №4. С. 35-39.

5. Махкамова Г.Г., Шамансурова Э.А. Программа для диагностики заболеваний, сопровождающихся синдромом крупа у детей. // Государственное патентное ведомство РУз. Свидетельство № DGU 01182. 22.12.2006.

6. Махкамова Г.Г. Профилактика ОРЗ у детей. //Проблемы биологии и медицины. – Ташкент, 2005. - №3 (41). – С. 108-110.

7. Махкамова Г.Г. Особенности течения ларинготрахеитов Ніб этиологии у детей //Республиканская науч-практ конф. «Актуальные проблемы заболеваний органов дыхания»: Сб. науч. тр. – Ташкент, 2005. – С.100.

8. Махкамова Г.Г. Роль Ніб-инфекции в этиологии заболеваний сопровождающихся синдромом крупа у детей // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2006. - №5. – С. 97.

9. Шамансурова Э.А., Махкамова Г.Г. Лечение синдрома крупа у детей раннего возраста // Нижнекамский медицинский журнал. – Нижнекамск, 2007. - №1 (3). – С. 26.

10. Махкамова Г.Г., Шамансурова Э.А. Диагностика эпиглоттита в практике семейного врача // Республиканская конференция «Реформирование первичного звена здравоохранения и подготовка врачей общей практики»: Сб. науч. трудов. – Ташкент, 2007. – С. 57-58.

11. Махкамова Г.Г., Шамансурова Э.А. Использование нового метода оценки тяжести крупа у детей. // Республиканская научно-практ. конф.

«Педиатрия Узбекистана: реформирование и стратегия развития»: Сб. науч. трудов. – Ташкент, 2007. – С.190-191.

12. Махкамова Г. Г., Давлетова З. Ж., Махкамова Г.Т. Современное лечение синдрома крупа при острых респираторных заболеваниях у детей. // Республиканская научно-практ. конф. «Педиатрия Узбекистана: реформирование и стратегия развития»: Сб. науч. трудов. – Ташкент, 2007. – С.191.

13. Махкамова Г.Г. Эффективность применения ингаляционного бекламетазона при лечении крупа у детей // Сборник материалов XII Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». – Москва, 2008. – С. 478-479.

14. Махкамова Г.Г., Шамансурова Э.А. Особенности клинической картины и лечения эпиглоттитов у детей. // Материалы научно-практической конф. аспирантов и соискателей. - Ташкент, 2008. – С. 76-77.

15. Махкамова Г.Г.. Влияние преморбидного фона на течение заболеваний сопровождающихся синдромом крупа у детей // Материалы научно-практической конференции «Дни молодых ученых» - Ташкент, 2008. – С. 77-78.

16. Махкамова Г.Г. Клинические особенности крупа в зависимости от этиологии заболевания // Медико-биологические основы развития здоровья детей и подростков: Материалы республиканской научно-практической конференции. – Ташкент, 2008. – С. 164-165.

17. Махкамова Г.Г., Шамансурова Э.А. Диагностика и лечение синдрома крупа у детей. Методические рекомендации. – Ташкент, 2009. - 26с.

18. Махкамова Г.Г., Шамансурова Э.А., Каримова Д.И. Оптимизация тактики ведения детей с острым стенозирующим ларингитом // Материалы научно- практической конференции «Актуальные проблемы внутренних болезней и пелиатрии» - Ташкент, 2009. – С. 172.

19. Махкамова Г.Г. Сравнительная характеристика крупа вирусной и бактериальной этиологии // Сборник тезисов VI съезда педиатров Республики Узбекистан. – Ташкент, 2009. – С. 264-265.

20. Махкамова Г.Г. Экономическая эффективность рационального лечения крупа у детей // Сборник тезисов VI съезда педиатров Республики Узбекистан. – Ташкент, 2009. – С. 265-266.

**Тиббий фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Г.Г. Махкамованинг 14.00.09 - Педиатрия, 14.00.46 – Болалар юқумли касалликлари ихтисосликлари бўйича “Ўткир обструктив ларингитнинг (круп) этиологиясидан келиб чиккан ҳолда ўзига хос клиник кечиши, даволаш тактикаси” мавзусидаги диссертациясининг**

## **РЕЗЮМЕСИ**

**Таянч (энг муҳим) сўзлар:** круп, болалар, этиология, Нib-инфекция

**Тадқиқот объектлари:** Ларингит ва ларинготрахеит ташхиси билан 2005 йилдан дан 2007 йилгача бўлган даврда Тошкент шаҳар 3-сонли ШЮКШ га келган 3 ойдан 5 ёшгача бўлган 163 бола текширилган.

**Ишнинг мақсади:** болаларда вирусли ва бактериал обструктив ларингитнинг ўзига хос клиник кечишини ўрганиш ва бу касалликларнинг даволаш тактикасини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқот методлари:** Ишда клиник маълумотлар, анамнез маълумотлари, клиник лаборатор текширувлар, ИФА ва ПЦР дан фойдаланилган, маълумотларнинг статистик ишлови ўтказилган.

**Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги:** Илк маротаба Тошкент шаҳрида болаларда круп синдромининг этиологик структурасида b типидagi Haemophilus influenzae роли ўрганилди, болаларда эпиглоттитнинг асосий клиник симптомлари ёритилди. Болаларда круп синдроми билан кечадиган касалликларнинг ташхислаш ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилди. Болаларда крупда антибактериал терапияга кўрсатмалар ишлаб чиқилди. Илк маротаба Ўзбекистонда болаларда крупни даволашда ингаляцион глюкокортикостероид беклазон-эконинг самарадорлиги исботланди.

**Амалий аҳамияти:** Нib- инфекция крупнинг сабабчиси бўлиши ва болаларда эпиглоттит кўринишида намоён бўлиши мумкин, бу ўз ўрнида мос даволаш усулини танлаш учун вирусли круп билан дифференциация қилишни тақозо этади. Westley шкаласининг қўлланилиши беморнинг аҳволини тез объектив баҳолаш ва даволаш тактикасини тўғри танлашга ёрдам беради. Ишлаб чиқилган ташхислаш ва даволаш алгоритми круп билан оғриган беморларни олиб бориш тактикасини яхшилашга имкон беради. Антибиотикларнинг асосли тавсия этилиши антибактериал терапиядан асоратларни камайтиради. Беклазон-эконинг крупни даволашда қўлланилиши беморларнинг умумий аҳволини яхшилаш билан бир қаторда тизимли гормон олишга муҳтож бўлган болаларни сониникамайтиришга олиб келади.

**Тадбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги:** Ишлаб чиқилган болаларда крупни ташхислаш ва даволаш алгоритми Тошкент шаҳар 3-сонли ШЮКШ, Жиззах вилояти Вилоят болалар кўп тармоқли маркази, Жиззах вилояти Зомин тумани тиббиёт бирлашмаси фаолиятида амалга тадбиқ қилинди.

**Қўлланиш соҳаси:** тиббиёт (педиатрия).

## РЕЗЮМЕ

диссертации Махкамовой Г.Г. на тему: «Особенности клинического течения острого обструктивного ларингита (круп) в зависимости от этиологии, тактика лечения», на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальностям 14.00.09 – Педиатрия, 14.00.46 - Детские инфекционные болезни

**Ключевые слова:** круп, дети, этиология, Н1в-инфекция

**Объект исследования:** Обследовано 163 ребенка в возрасте от 3 месяцев до 5 лет, поступивших в ГКИБ №3 г. Ташкента за период с 2005 по 2007 года с диагнозом ларингит и ларинготрахеит.

**Цель работы:** изучить клинические особенности обструктивного ларингита вирусной и бактериальной этиологии у детей и разработать тактику лечения этих заболеваний.

**Методы исследования:** В работе использованы результаты клинического обследования, данные анамнеза, клинические лабораторные исследования, иммуноферментный анализ и ПЦР, проведена статистическая обработка данных.

**Полученные результаты и их новизна:** Впервые изучена роль *Haemophilus influenzae* типа b в этиологической структуре синдрома крупа у детей в г Ташкенте, описаны основные клинические симптомы эпиглоттита у детей. Разработан алгоритм диагностики и лечения синдрома крупа у детей. Разработаны показания к назначению антибактериальной терапии при крупе у детей. Впервые в Узбекистане при лечении крупа у детей доказана эффективность применения ингаляционного глюкокортикостероида Беклазон-эко.

**Практическая значимость:** Показано, что Н1в- инфекция может явиться причиной крупа и проявляться у детей в виде эпиглоттита, что диктует необходимость проведения дифференциальной диагностики с крупом вирусной этиологии для выбора соответствующих методов лечения. Внедрение шкалы Westley позволяет быстро и объективно оценить состояние пациентов и выбрать правильную тактику лечения. Разработанный алгоритм диагностики и лечения синдрома крупа позволит улучшить тактику ведения больных с крупом. Обоснованное назначение антибиотиков при крупе позволит значительно уменьшить осложнения от антибактериальной терапии. Применение местного ингаляционного глюкокортикостероида Беклазон-эко при крупе позволит достичь более быстрого клинического улучшения состояния больных и уменьшить число детей нуждающихся в системном введении гормонов.

**Степень внедрения и экономическая эффективность:** Разработанный алгоритм диагностики и лечения крупа у детей внедрен в практическую деятельность в ГКИБ №3 г. Ташкента, Областном детском многопрофильном центре Джизакской области, РМО Заминского района Джизакской области.

**Область применения:** медицина (педиатрия).

## RESUME

**Thesis of Mahkamova G.G. on the scientific degree competition of the candidate of medical sciences on speciality 14.00.09 – pediatrics, 14.00.46 - children infection diseases subject: “Clinical course peculiarities of acute obstructive laryngitis (croup) depending on etiology, tactics of treatment”**

**Key words:** croup, children, etiology, Hib-infection.

**Subjects of the research:** 163 children at the age from 3 months to 5 years, entering in State Clinical Infection Hospital №3 of Tashkent city from 2005-2007 with the diagnoses laryngitis and laryngotracheitis, were examined.

**Purpose of work:** To research etiological and clinical peculiarities of obstructive laryngitis, virus and bacterial etiology and carry out the tactics of treatment these diseases.

**Methods of research:** Clinical data, anamnesis, clinical and laboratory studies, IFA, PChR, statistic processing of data were carried out.

**The results obtained and their novelty:** For the first time at present work the part of Haemophilus influenzae type b was researched in etiological structure of croup syndrome at children of Tashkent, the main clinical symptoms of epiglottitis in children, were described. Algorithms of diagnostics and treatment diseases accompanying by croup syndrome in children were carried out. The indices to management antibacterial therapy at croup in children Standards of treatment for diagnostics diseases, accompanying by croup syndrome were carried out. For the first time in Uzbekistan at treatment of croup in children inhalational glucocorticosteroid beklazon-echo was used.

**Practical value:** It is shown that Hib-infection may be caused croup and it reveal as epiglottitis in children that makes necessity differential diagnostics with croup of virus etiology for the choice of following medical ways. Introduction of Westley scale let fast and objectively evaluate the patients status and choose right tactics of treatment. The carried out algorithm of diagnostics and treatment croup syndrome allows to improve tactics of managing patients with croup. The proved antibiotics management at croup allows considerably to reduce complications from antibacterial therapy. Use inhalational Beklazon-echo at croup allows to reach more fast clinical improvement of patients state and reduce number of children being need in systemic hormone introduction.

**Degree of embed and economic effectivity:** The carried out diagnostics algorithm and treatment croup of children were put into in practice of study in State Clinical Infection Hospital №3 of Tashkent city, Regional children hospital in Djizak area.

**Field of application:** pediatrics.

**Соискатель:** \_\_\_\_\_

## СПИСОК УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ГКИБ	Городская клиническая инфекционная больница
ДНК	Дезоксирибонуклеиновая кислота
ИФА	Иммуноферментный анализ
ОРВИ	Острая респираторная вирусная инфекция
ПЦР	Полимеразно-цепная реакция
РС-вирус	Респираторно-синцитиальный вирус
СОЭ	Скорость оседания эритроцитов
ТашПМИ	Ташкентский педиатрический медицинский институт
Hib	Haemophilus influenzae тип b
IgG	иммуноглобулин G