

УДК 616.921.5

**ASSESSMENT OF THE SEVERITY, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF FALSE
CROUP IN CHILDREN**

Mulladjanova K.A.

Andijan state medical Institute, Uzbekistan

SUMMARY: Examined sick children, which was SARS-66% of cases, with chickenpox-22% and patients with acute bronchitis-12%. At careful gathering of the anamnesis from mother differentiations of a false croup with other diseases have started. Under the indication in branch of intensive therapy and in branch of an air-drop infection hospitalised patients, rendered the urgent help. Have worked recommendations to doctors and mothers of the child at a false croup. Adequate treatment a pre-hospital and stationary condition has given the favorable forecast of disease.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНОГО КРУПА У ДЕТЕЙ

АННОТАЦИЯ: Обследованные больные дети, которое составляло ОРВИ-66% случаев, с ветряной оспой-22% и больные с острым бронхитом-12%. При тщательной сборе анамнеза от матери приступили дифференциации ложного крупа с другими заболеваниями. По показанием в отделение интенсивной терапии и в отделение воздушно-капельной инфекции госпитализируя больных, оказывали неотложную помощь. Проработали рекомендации врачам и матерям ребенка при ложном крупе. Адекватное лечение до госпитальном и стационарном условии дало благоприятный прогноз заболевания.

Ложный круп, или острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) – это воспаление слизистой оболочки гортани, сопровождающееся спастическим сужением просвета гортани, которое характеризуется появлением грубого «лающего» кашля, хриплым или сиплым голосом и одышкой, чаще инспираторного характера, что обусловлено отеком подсвязочного пространства. Ложным крупом обычно страдают дети в возрасте от 6 мес до 6 лет, чаще от 6 до 36 месяцев. Соотношение мальчики и девочки составляют 1,5/1. Характерно сезонность заболеваемости с пиком поздней осенью-ранней зимой. Развитие заболевания связано с анатомо-физиологическими особенностями строения дыхательных путей детей указанного возраста, вследствие которых возникают ларингоспазм [1]. Среди инфекционных факторов обструкции дыхательных путей наибольшее значение имеет вирусные инфекции. Так, в 75% случаев ОСЛТ вызван вирусами парагриппа (чаще типа 1, возможно также типов 2 и 3): имеют значение аденовирусы риносинцитиальные вирусы, вирусы гриппа А и В, рино- и энтеровирусы, вирус кори. Бактериальные инфекции с развитием эпиглотита, заглоточного и паратонзиллярного абсцессов относительно реже являются причиной ОСЛТ. Однако возможно вторичного присоединения бактериальной флоры на фоне имеющийся вирусной инфекции [2, 3].

Цель исследования. Изучить оценку тяжести, экстренной диагностики и терапии до госпитальном этапе. Умение оказать первую помощь при ложном крупе у детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 125 детей с ложным крупом. Из них 83 с ОРВИ инфекцией, 27- ветряная оспа, 15-больные с острым бронхитом. Ложный круп следует дифференцировать с другими заболеваниями, сопровождающимися обструкцией дыхательных путей и требующими тактики лечения: истинным (дифтерийным) крупом, аллергическим отеком гортани, эпиглоттитом,

заглоточным абсцессом, инородными телами гортани и трахеи. Следует помнить, что круп неотложное состояние. Больные дети подлежат госпитализации в специализированный стационар, по показаниям в отделение интенсивной терапии, однако лечение следует начинать уже до госпитальной этапа. При комплексной оценке состояния больного следует учитывать такие факторы, как участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, наличие симптомов дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, угнетения сознания и гипертермии.

Результаты и обсуждение. Обследованные больные дети, которое составляло ОРВИ-66% случаев, с ветряной оспой-22% и больные с острым бронхитом-12%. При тщательной сборе анамнеза от матери приступили дифференциации ложного крупа с другими заболеваниями. По показанием в отделение интенсивной терапии и в отделение воздушно-капельной инфекции госпитализируя больных, оказывали неотложную помощь. Температура в помещении не должна превышать 18°C. Показано теплое питье, в частности, молоко с содой, увлажнение воздуха в помещении. В лечении ложного крупа у детей существует высокий уровень доказательства клинической эффективности глюкокортикостероидов. Таким образом, основу медикаментозной терапии ложного крупа составляют глюкокортикоидные препараты. Возможно применение дексаметазона внутрь или парентерально, преднизона в суппозиториях ректально. С целью разжижения и удаления мокроты из дыхательных путей назначают отхаркивающие и муколитические препараты, вводимые преимущественно ингаляционным способом. Назначение антибиотиков оправдано лишь при крупе, осложненном бактериальной инфекцией. Интубация и трахеостомия осуществляется при неэффективности консервативной терапии и проведении реанимационных мероприятий.

Выводы. При своевременной диагностики и адекватной терапии до госпитальном этапе прогноз заболевание благоприятен.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Волосовец А. П., Современные подходы к диагностике и лечению острого стенозирующего ларинготрахеита у детей // Здоров'я України. – 2007. – № 18/1. – С. 26–27.
2. Castro-Rodriguez J. A., Holberg C. J., Morgan W. J., et al. Relation of two different subtypes of croup before age three to wheezing, atopy, and pulmonary function during childhood: a prospective study. *Pediatrics* 2001; 107: 512-8.
3. Waisman Y., Klein B. L., Boenning D.a., et al. Prospective randomized double-blind study comparing L-epinephrine and racemic epinephrine aerosols in the treatment of laryngotracheitis (croup). *Pediatrics* 1992; 89: 302-6. статья размещена в номере 2 за апрель 2011 года, на стр. 21–23.