

Е.Ю. Радциг¹, М.Р. Богомильский¹, Е.П. Селькова², Н.В. Ермилова³,
Т.П. Легкова⁴, Л.И. Фельдфикс⁴

ДАННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ПОВТОРНЫМИ И РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ «КРУПАМИ»

¹Кафедра оториноларингологии (зав. член-корр. РАМН, засл. деятель науки РФ, проф., д.м.н. М.Р. Богомильский) педиатрического факультета ГОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова Росздрава, ²ФГУН МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора, ³Детская городская поликлиника № 99 г. Москвы, ⁴Морозовская детская городская клиническая больница (глав. врач – В.Л. Фомина), Москва

Авторы наблюдали 50 детей в возрасте 8 мес – 9 лет с рецидивирующим «крупом» (по данным анамнеза от 2 до 14 эпизодов). Методом ИФА в назальных смывах исследовали IgG и IgM к респираторным вирусам (адено-, респираторно-синтициальный, парагриппа 1-го и 2-го типов), вирусам простого герпеса 1-го и 2-го типов, цитомегаловирусу и вирусу Эпштейна–Барра. Чаще обнаруживали присутствие респираторно-синтициального вируса, вирусов парагриппа и Эпштейна–Барра. Наличие моноинфекции выявлены у 16% пациентов, микст-инфекции – у 84%. Эндоскопическое обследование гортани показало наличие признаков хронического ларингита у 42%, подострого ларингита – у 16%, узелков голосовых складок – у 30%, функциональной дисфонии – у 12%. Кроме того, у 26% пациентов раннего возраста обнаружены признаки ларингомалации. Обсуждается возможность применения гомеопатических препаратов у детей с рецидивирующим «крупом».

Ключевые слова: дети, рецидивирующий «круп», эндоскопическое обследование гортани, вирусологическое обследование, гомеопатические препараты.

Контактная информация:

Радциг Елена Юрьевна – д.м.н., проф. каф. оториноларингологии пед. фак. ГОУ ВПО РГМУ Росздрава
Адрес: 117997 г. Москва, ул. Островитянова, 1
Тел.: (495) 959-87-58, E-mail: radena@rambler.ru
Статья поступила 11.05.10, принята к печати 2.06.10.

Authors examined 50 children aged 8 months–9 years with history of recurrent croup (2–14 episodes). IgG and IgM antibodies to respiratory viruses (adenovirus, respiratory syncytial virus, parainfluenza virus type 1 and 2), to herpes simplex virus type 1 and 2; to cytomegalovirus and to Epstein–Barr virus were determined by immunofluorescent analysis (IFA) in nasal swabs. Presence of respiratory syncytial virus, parainfluenza virus and Epstein–Barr virus was most typical. Monoinfection occurred in 16% of patients and mixt-infection – in 84% of cases. Laryngoscopy showed signs of chronic laryngitis in 42% of patients, signs of subacute laryngitis in 16%, Ferrein’s cords noduli in 30% of cases and functional dysphonia in 12% of cases. Moreover 26% of examined infants had signs of laryngomalation. Authors discuss usage of homeopathic preparations in children with recurrent croup.

Key words: children, recurrent croup, endoscopy of larynx, virusological examination, homeopathic preparations.

Данные о распространенности воспалительной патологии гортани у детей скудны и противоречивы. Отчасти это связано с трудностью осмотра гортани у детей, особенно раннего возраста. Между тем, обструктивные формы ларингита и ларинготрахеита (объединяемые понятием «круп») являются неотложными состояниями в педиатрии. Кроме того, рецидивирующие ларингиты (в т. ч. и необструктивные) могут вызывать стойкое и выраженное изменение тембра голоса у детей. В ряде случаев это приводит и к развитию хронического воспалительного процесса в гортани, обостряющегося при очередном эпизоде острой респираторной инфекции (ОРИ).

Интерес оториноларингологов к детям с данной патологией не случаен. Ранее уже прово-

дилась оценка сопутствующей ЛОР-патологии у больных с первичным, повторным и рецидивирующим «крупом» [1]. Однако анализ качества голоса детей с нарушениями тембра голоса в рамках вышеупомянутой работы не проводился.

Среди детей, направленных к оториноларингологу с жалобами на стойкую охриплость (для проведения эндоскопического обследования гортани), в анамнезе имели эпизоды «ложного крупа» или изменение качества голоса на фоне или после перенесенной ОРИ. Эндоскопическое обследование гортани показано и для уточнения диагноза детям с повторными или рецидивирующими «крупами» [2].

Нами предпринята попытка оценить влияние повторных или рецидивирующих «ложных крупов» на качество голоса и состояние структур

гортани у детей, а также определить этиологически значимые вирусы у данного контингента детей (совместно с эпидемиологами).

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 50 детей, неоднократно поступавших в стационар с направляющим диагнозом «ложный круп». Возраст детей колебался от 8 мес до 9 лет. Мальчиков было 34 (68%), девочек – 16 (32%).

Максимальное количество перенесенных эпизодов «крупы» составило 14, минимальное – 2 в течение жизни ребенка. Детям проводилось лечение педиатрами (в стационаре или по месту жительства), однако, несмотря на нормализацию дыхательной функции и исчезновение катаральных явлений, качество голоса не восстанавливалось. Кроме того, на консультацию оториноларинголога направлялись дети для уточнения клинического диагноза в случае неэффективности проводимой терапии.

Всем больным проводили эндоскопическое обследование ЛОР-органов с использованием ригидной и гибкой оптики с различными углами зрения минимум дважды. Первый раз во время пребывания ребенка в стационаре или сразу после выписки (но не более чем через 1 месяц от начала последнего эпизода «крупы»). Повторный осмотр проводили в сроки не ранее чем через месяц после предыдущего (мы руководствовались тем, что острым считается воспалительный процесс, длящийся не более 1 месяца), вне катаральных явлений для уточнения состояния структур гортани.

Результаты эндоларингоскопии записывали на цифровой носитель для объективизации исследования и создания электронной базы данных (по предложенной нами ранее методике [3]).

Типирование причинно-значимых вирусов в назальных смывах проводили методом иммуноферментного анализа (ИФА) путем определения Ig классов M и G к следующим вирусам: респираторные вирусы (адено-, респираторно-синцитиальный, парагриппа I и II типов); вирусы простого герпеса 1-го и 2-го типов; цитомегаловирус; вирус Эпштейна–Барра.

Мы не включили в этот перечень вирус папилломы человека (6-го и 11-го типов), так как проводимое эндоскопическое исследование позволяло нам исключать из

группы обследуемых больных с признаками респираторного папилломатоза. Кроме того, носительство вируса папилломы человека достаточно широко изучено и многократно освещалось в периодической литературе [4, 5].

Результаты и их обсуждение

Проводимое эндоскопическое обследование позволило уточнить диагноз детям, госпитализируемым в стационар с диагнозом «ложный круп». По нашим данным, «масками» «ложного крупа» могут быть инородные тела гортани (рис. 1 и 2), врожденные аномалии развития (рис. 3) и упоминавшийся ранее врожденный респираторный папилломатоз (рис. 4).

Результаты этиологической расшифровки ОРИ представлены в табл. 1.

Наиболее часто у детей определялись респираторно-синцитиальный вирус и вирусы парагриппа. Моноинфекция определялась в 8 случаях (16%), при этом у 7 (14%) больных выделены вирусы парагриппа, а у одного больного (2%) – респираторно-синцитиальный вирус. В остальных случаях (84%) определялась смешанная инфекция (табл. 2) – различные ассоциации респираторных вирусов. Также в достаточном проценте случаев (40%) у наблюдаемых детей были выявлены IgG к вирусу Эпштейна–Барра.

Проведенное эндоскопическое исследование выявило, что различные формы хронического ларингита выявлены у 21 ребенка (42%), подострый (в т. ч. реактивный) ларингит – у 8 (16%) и узелки голосовых складок (формирующиеся) – у 15 (30%) детей. У 6 детей (12%) изменение тембра голоса наблюдалось при отсутствии изменений структур гортани (рис. 5), причем именно в эту группу вошли дети с наибольшим количеством эпизодов «ложного крупа» (от 6 до 14 эпизодов). Признаки пролабирования надскладковых структур (ларингомалация) встречались у детей грудного и раннего возраста – у 13 детей (26%) в сочетании с различной органической патологией, описанной выше.

Корреляции между данными эндоскопического и вирусологического исследований выявлено не было. У детей с наибольшим количеством эпи-

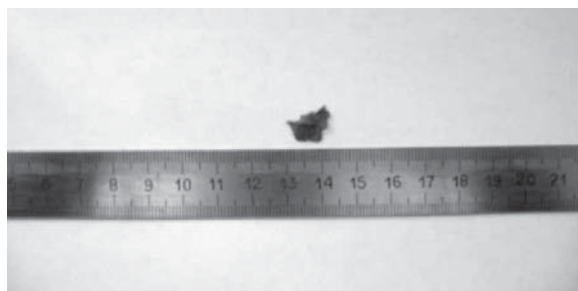


Рис. 1. Длительно стоящее инородное тело гортани (лавровый лист) у ребенка 11 мес.

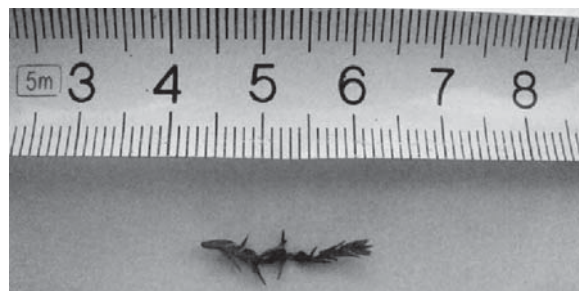


Рис. 2. Самопроизвольно удаленное (при кашле) инородное тело гортани (веточка комнатного растения) у ребенка 7 мес.

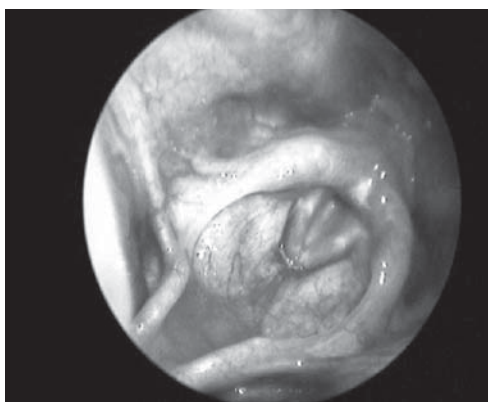


Рис. 3. Врожденная мембрана подскладкового отдела гортани (эндофотография) у больного 9 мес.

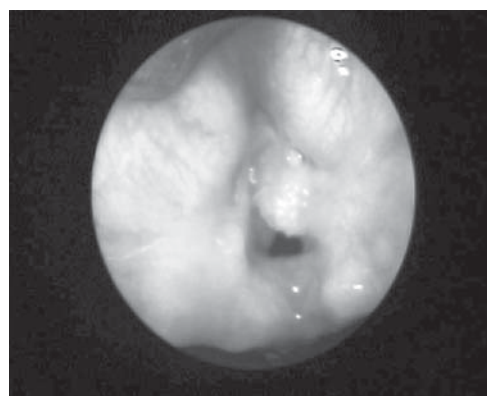


Рис. 4. Врожденный респираторный папилломатоз гортани (эндофотография) у больного 1 года 3 мес.

Таблица 1

Результаты этиологической расшифровки ОРВИ у детей с повторными и рецидивирующими «крупами»

Иммуноглобулины	Аденовирусы	Респираторно-синцитиальный вирус	Вирусы парагриппа	Вирусы простого герпеса	Цитомегаловирус	Вирус Эпштейна-Барра
IgM	2*	2	8	2	2	2
IgG	46	64	74	14	4	40

* данные представлены в %.

Таблица 2

Количество возбудителей, выявленных у детей с повторными или рецидивирующими «крупами»

Количество возбудителей	Абс. число детей	Частота, %
0	2	4
1	8	16
2	12	24
3	13	26
4	12	24
5	2	4
6	1	2
Итого	50	100

зодов «ложного крупа» не было выявлено органической патологии гортани.

На основании вышеизложенных данных логичным является включение противовирусных препаратов в протоколы лечения детей с нарушениями тембра голоса (охриплостью), ассоциированных с повторными и рецидивирующими «ложными крупами». Однозначный ответ об эффективности этих препаратов в лечении дисфонии у таких детей, как в качестве монотерапии, так и в комплексном лечении, на сегодняшний день мы дать не можем. Данный вопрос нуждается в более детальном исследовании (например, анализ носительства вирусов после курса лечения в сопоставлении с данными эндоскопического осмотра структур гортани). Кроме того, интересна оценка

эффективности противовирусных средств, принимаемых и с профилактической целью.

Учитывая многоуровневость и многокомпонентность процесса голосообразования, отсутствие побочного (негативного) влияния натуропатических (комплексных гомеопатических) препаратов на качество голоса при приеме (тем более длительном), использование этих средств особенно показано данному контингенту больных (как в качестве монотерапии, так и в комплексном лечении). Результаты применения комплексных гомеопатических препаратов у больных с дисфонией различного генеза были описаны нами ранее [6–10].

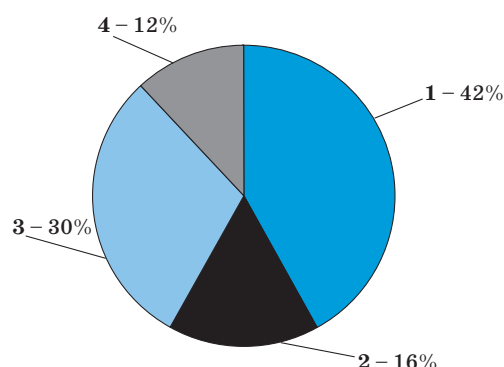


Рис. 5. Результаты эндоларингоскопии у детей с рецидивирующими и повторными «крупами».

1 – хронический ларингит, 2 – подострый ларингит, 3 – узелки голосовых складок, 4 – функциональная дисфония.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голубцова Е.Е. Значение патологии ЛОР-органов при рецидивирующем синдроме крупа у детей: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2001.
2. Савенкова М.С., Богомильский М.Р., Фомина В.Л. и др. Круп у детей. Методические рекомендации. М.: МЗ РФ, 2009.
3. Радциг Е.Ю. Модификация непрямой оптической видеоларингоскопии в диагностике патологии гортани у детей раннего возраста. Вестн. оториноларингологии. 2007; 1: 29–31.
4. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Погосова И.Е., Стрыгина Ю.В., Дюдя А.В. Инфицированность вирусом папилломы человека верхних дыхательных путей у детей без клинических признаков респираторного папилломатоза. Вестн. оториноларингологии. 2009; 1: 32–35.
5. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Стрыгина Ю.В., Погосова И.Е. Рецидивирующий респираторный папилломатоз: современное состояние проблемы. Вестн. оториноларингологии. 2009; 4: 24–26.
6. Гаращенко Т.И., Радциг Е.Ю., Богомильский М.Р. Комплексные гомеопатические препараты в лечении дисфонии у детей. 5-й Российский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии» М., 2006: 458.
7. Радциг Е.Ю., Богомильский М.Р. Возможности консервативной терапии нарушений голоса у детей. Вестн. оториноларингологии. 2007; 5: 35–37.
8. Радциг Е.Ю., Пивнева Н.Д. Лекарственные препараты и голос человека. Аптекарь. 2008; 3 (1): 57.
9. Радциг Е.Ю., Богомильский М.Р. Ларингит у детей: особенности течения и лечения. Вестн. оториноларингологии. 2009; 1: 45–49.
10. Радциг Е.Ю. Нарушение голоса у детей и подростков и лечение гомеопатическим препаратом Гомеовокс. Педиатрия. 2009; 6: 130–137.