Т. Г.Вовк, С. В.Кузнєцов, А. М.Татаркіна, С. М.Букій

**Ефективність застосування різних видів інгаляційної терапії при гострих стенозуючих ларинготрахеїтах у дітей**

Харківський національний медичний університет, м.Харків

На сьогодні гострий стенозуючий ларинготрахеїт (ГСЛТ, круп) залишається однією із найбільш актуальних проблем сучасної педіатрії. Ведучими чинниками захворювання на ГСЛТ є гострі респіраторні вірусні інфекції. Лікування крупу спрямоване на достатньо швидке відновлення прохідності дихальних шляхів за рахунок ліквідації стенозу та набряку слизової оболонки гортані. Основою терапії і самим доступним способом лікування ГСЛТ вважаються інгаляції. У ланці практичної охорони здоров'я до теперішнього часу широко використовуються різні види інгаляційної терапії (парові, ультразвукові і небулайзерні).

Ціль. Провести порівняльний аналіз ефективності застосування парової, ультразвукової та небулайзерної терапії при ГСЛТ у дітей.

Обстежено 122 дітей у віці від 9 місяців до 6 років, серед яких було 47 дівчаток і 75 хлопчиків. Діагностика базувалась на характерній клінічній картині. Усі шпиталізовані хворі мали схожі клінічні симптоми: надзвичайно гострий початок захворювання, грубий «гавкаючий кашель», хриплий голос, інспіраторну задуху. При визначенні тяжкості ГСЛТ критеріями були: характер задухи, ступінь участі роботи дихальної мускулатури, признаки дихальної, серцево-судинної і церебральної недостатності. ГСЛТ 1 ступеню зареєстрований у 88(72,1%) хворих, 11ступеню - у 34(27,9%). Хворі на ГСЛТ 111ступеню не спостерігались.

Усі діти були розподілені на три рівнозначні групи в залежності від віку, статі, форми, варіанту перебігу хвороби і відрізнялися лише видом інгаляційної терапії. Парові інгаляції (ПІ) отримували 43(35,3%)дитини, ультразвукові (УЗІ) – 38(31,1%) і небулайзерні (НБІ) – 41(33,6%). Для інгаляцій використовували 0,01% розчин адреналіну, фізіологічний розчин, трав'яні настої. Інгаляції глюкокортикостероїдами призначали при ГСЛТ 11 ступеню. Перевагу наддавали будесоніду (Пульмікорт - суспензія через небулайзер) зважаючи на його ефективність обумовлену швидким надходженням кортикостероїда безпосередньо в дихальні шляхи, його високою місцевою протизапальною дією, в тому числі вираженим судинозвужувальним ефектом.

Проведений аналіз результатів застосування різних видів інгаляційної терапії при ГСЛТ виявив, що інгаляції через небулайзер значно скоріше купірують прояви стенозу гортані уже у першу добу захворювання у 79,1 % дітей. У порівнянні з НБІ, ПІ купірують прояви стенозу в першу добу лише у 32,2% хворих (р<0,001) і УЗІ – у 36,1 % (р<0,001). Ця закономірність зберігається при обох ступенях ГСЛТ. Слід відмітити, що на фоні НБІ грубий «гавкаючий» кашель скоріше становився продуктивним на 3-ю добу захворювання у більшості хворих (67,1%) на відміну від ПІ – у 39,2%(р<0,001) і УЗІ – у 49,1% (р<0,05). НБІ сприяли також більш швидкій нормалізації голосу. При лікуванні НБІ зникнення хрипоти в голосі і становлення повноцінної звучності голосу відмічалося на 3 добу у 100 % хворих, на фоні ПІ – у 63,1% (р<0,01) і при УЗІ - у 71,5%. Успішне застосування небулайзерної і ультразвукової інгаляційної терапії сприяли скороченню перебування хворого у стаціонарі до 7±1,2 днів відповідно у 80,1% і 72,2% дітей, ПІ – у 55,6% хворих (р<0,05). Ускладнення бронхітом виникли у трьох і пневмонією - у чотирьох дітей, які отримували ПІ. На фоні УЗІ бронхіт як ускладнення зареєстровано у 5 випадках, а пневмонії – у двох. При використанні НБІ ускладнення пневмонією діагностовано лише у одного хворого. Виявлена різниця результатів інгаляційної терапії, скоріше за все, пояснюється розміром часточок суміші, яку вдихає хворий і її температурою.

Таким чином, проведений аналіз свідчить на користь широкого застосування небулайзерної інгаляційної терапії у лікуванні ГСЛТ у дітей і ще раз підтверджує її ефективність у порівнянні з паровими і ультразвуковими інгаляціями.