

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Zebo Farxotovna SAFOEVA

Samarqand Davlat tibbiyot Instituti assistenti

E-mail: Safoeva90@gmail.com

Gulnoza Utkirovna SAMIEVA

Samarqand Davlat tibbiyot Instituti dotsenti

E-mail: samg83@rambler.ru

Sabina Zavkiyevna SATTAROVA

Samarqand Davlat tibbiyot Instituti assistenti

BOLALARDAGI QAYTALANUVCHI STENOZLI LARINGOTRAXEITNING YOSHIGA, ANAMNEZIGA VA NAFAS OLISH SISTEMASINING ALLERGOLOGIK HOLATIGA QARAB RIVOJLANISHI

For citation: Z.F. Safoeva, G.U. Samieva, S.Z. Sattarova THE DEVELOPMENT OF RECURRENT STENOSIS LARYNGOTRACHEITIS IN CHILDREN, DEPENDING ON THE AGE, ANAMNESIS AND ALLERGIC STATE OF THE RESPIRATORY SYSTEM Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 152-158

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-104>

ANNOTATSIYA

O'tkir laringotraxeit muammolaridan biri nafaqat uning keng tarqalishi, balki bir qator asoratlarning rivojlanish ehtimoli yuqoriligi va o'lim xolatiga olib kelishi bilan bog'liq. Yana shuni aytish joizki o'tkir stenozli laringotraxeit qaytalanishga moyilligi bilan ham ajralib turadi.

Agar o'tkir birlamchi stenozli laringotraxeit yosh bolalarda - asosan 6 oydan 3 yilgacha rivojlansa, 4 oygacha bo'lgan bolalarda bu kasallik deyarli kuzatilmaydi. Bundan tashqari, so'ngi yillarda bolalarda laringotraxeitning takroriy epizodlarining ko'paishi tez-tez kuzatilmoqda, bu nafaqat nafas olish kasalligini murakkablashtiradi, balki hayotga xavf soluvchi ("yolg'on" krup) paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin.

Shu munosabat bilan, bolaning yoshiga, nafas olish va allergologik anamneziga qarab, qaytalanuvchi stenozli laringotraxeit (QSLT) shakllanishining o'ziga xos xususiyatlarini o'rganish amaliy qiziqish uyg'otadi.

Зебо Фархотовна САФОЕВА

Самаркандский Государственный
медицинский институт, ассистент

E-mail: Safoeva90@gmail.com

Гулноза Уткуровна САМИЕВА

Самаркандский Государственный
медицинский институт, доцент

E-mail: samg83@rambler.ru

Сабина Завкиевна САТТАРОВА
Самаркандский Государственный
медицинский институт, ассистент

ФОРМИРОВАНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ВОЗРАСТА, АНАМНЕЗА И РЕСПИРАТОРНО-АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА

АННОТАЦИЯ

Проблемы острого ларинготрахеита обусловлена не только его высокой распространенностью, возможностью развития ряда осложнений и наступлением летального исхода, но и тем что очень часто острый стенозирующий ларинготрахеит имеет склонность к рецидивированию.

Так если, острый первичный ларинготрахеит (ПСЛТ) развивается у детей раннего возраста - в основном от 6 мес. до 3 лет, то у детей в возрасте до 4 месяцев это заболевание практически не встречается. Кроме того в последние годы отмечается тенденция к росту частоты повторных эпизодов ларинготрахеита у детей, которая не только осложняет течение респираторного заболевания, но и может привести к возникновению угрожающего для жизни состояния («ложного» крупа)

В связи с этим, определенный практический интерес представляет, изучение особенностей формирования рецидивирующего стенозирующего ларинготрахеита (РСЛТ) в зависимости от возраста ребенка, респираторного и аллергологического анамнеза.

Zebo Farhotovna SAFOEVA

Samarkand state medical
institute assistant

E-mail: Safoeva90@gmail.com

Gulnoza Utkurova SAMIEVA

Samarkand State
Medical Institute, Associate Professor
E-mail: samg83@rambler.ru

Sabina Zavkiyevna SATTAROVA

Samarkand state medical
institute assistant

THE DEVELOPMENT OF RECURRENT STENOSIS LARYNGOTRACHEITIS IN CHILDREN, DEPENDING ON THE AGE, ANAMNESIS AND ALLERGIC STATE OF THE RESPIRATORY SYSTEM

ANNOTATION

One of the problems of acute laryngotracheitis is associated not only with its widespread spread, but also with a high probability of developing a number of complications and leading to a state of death. It is worth noting that acute stenosis laryngotracheitis is also characterized by a tendency to recurrence.

If acute primary stenosis laryngotracheitis develops in young children - mainly from 6 months to 3 years, in children up to 4 months, this disease is almost not observed. In addition, in the latter years, there is often an increase in the number of repeated episodes of laryngotracheitis in children, which not only complicates the respiratory disease, but can also lead to the appearance of life-threatening ("false" croup).

In this regard, it is of practical interest to study the specific features of the formation of recurrent stenosis laryngotracheitis (QSLT), depending on the age of the child, respiratory and allergic Anamnesis.

Dolzarbli. O'tkir laringotraxeit muammolaridan biri nafaqat uning keng tarqalishi, balki bir qator asoratlarning rivojlanish ehtimoli yuqoriligi va o'lim xolatiga olib kelishi bilan bog'liq. Yana shuni aytish joizki o'tkir stenozli laringotraxeit qaytalanishga moyilligi bilan ham ajralib turadi.[1,2,4,12]

Agar o'tkir birlamchi stenozli laringotraxeit yosh bolalarda - asosan 6 oydan 3 yilgacha rivojlansa, 4 oygacha bo'lgan bolalarda bu kasallik deyarli kuzatilmaydi. Bundan tashqari, so'ngi yillarda bolalarda laringotraxeitning takroriy epizodlarining ko'paishi tez-tez kuzatilmoqda, bu nafaqat nafas olish kasalligini murakkablashtiradi, balki hayotga xavf soluvchi ("yolg'on" krup) paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin.[3,5,6,13]

Shu munosabat bilan, bolaning yoshiga, nafas olish va allergologik anamneziga qarab, qaytalanuvchi stenozli laringotraxeit (QSLT) shakllanishining o'ziga xos xususiyatlarini o'rganish amaliy qiziqish uyg'otadi.[7,8,9,11,14]

Tadqiqot maqsadi bolaning yoshiga, nafas olish va allergologik anamneziga qarab qaytalanuvchi stenozli laringotraxeit (QSLT) shakllanishining xususiyatlarini o'rganishdir.

Tadqiqot materiallari va usullari. Tadqiqot 2019-2020 yillarda Samarqand shahridagi RSHTYMF da davolangan birlamchi va qaytalanuvchi stenozli laringotraxeitli 275 nafar bolaning klinik-laboratoriya tekshiruviga asoslangan. Barcha tekshirilgan bolalar Y.V. Mitin tasnifiga ko'ra [10] o'tkir stenozli laringotraxeit shakllari bo'yicha 2 guruhga bo'lingan:

- 1-guruh birlamchi stenozli laringotraxeitli 122 (44,4%) bolalardan iborat.
- 2 guruh – 153 (55,6%) dan qaytalanuvchi stenozli laringotraxeit.

Natijalar va ularning muhokamasi. O'tkir stenozli laringotraxeitli bolalarni taqsimlash tahlili shuni ko'rsatdiki, o'g'il bolalar qiz bolalarga qaraganda ko'proq kasal bo'lishi kuzatildi. Qizlar va o'g'il bolalarning nisbati 1-guruhda 1:1,8 - da 2 guruhida 2: 1 edi.

O' RVI fonida bolalarda laringeal stenozining birinchi qismining paydo bo'lishining o'rtacha yoshi 1 yildan 6 yilgacha bo'lgan yosh oralig'iga mos keladi (jadval. 1).

Ushbu patologiyaga ega bo'lgan bolalarning premorbid fonini tahlil qilish asosiy va QSLT bo'lgan bolalarda sezilarli farqlarni aniqlamadi, bu ularni uzoq davom etadigan kasallikning bosqichi deb hisoblash imkonini beradi.

QSLT 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda 26 (21,3%), 1 yoshdan 3 yoshgacha 53(43,%), 3 yoshdan 6 yoshgacha 43 (35,2%) ni tashkil qiladi.

Jadval 1

Yoshga qarab asosiy SLT shakllanishining xususiyatlari

Bolalarda birinchi marta SLT bilan kasallangan yoshi :	Bolalar soni	
	абс	%
1 yoshgacha	26	21,3
1-3 yoshgacha	53	43,4
3-6 yoshgacha	43	35,2

QSLT bilan og'rigan 37 (24,2%) nafar bolalar bir yoshida SLT o'tkazgan, 1 yoshdan 3 yoshgacha 64 (41,8%), 3 yoshdan 6 yoshgacha 52 (34,0) (jadval 2).

Jadval 2

SLT retsidivlarini xosil bo'lish chastotasi, hayotining birinchi yillarida respirator anamnezi, QBLT yoshiga qarab shakllanishining xususiyatlari

Ko'rsatkichlar	Bolalar soni	
	абс	%

Bolalarda birinchi marta SLT bilan kasallangan yoshi :		
1 yoshgacha	37	24,2
1-3 yoshgacha	64	41,8
3-6 yoshgacha	52	34,0
Residivlar chastotasi		
- Yiliga 1 marta	39	25,5
- yiliga kamida 1 marta	8	5,2
- Yiliga 3 marta	82	53,6
- yiliga 3 martadan ko'p	24	15,7
Birinchi va takroriy SLT o'rtasidagi vaqt davomiyligi:		
- 1 oy	18	11,8
- 2-4 oy	19	12,4
- 4-8 oy	27	17,6
- 8-12 oy	18	11,8
- 1-2 yil	29	19,0
- 2 yilda ortiq	42	27,5
Birinchi va takroriy SLT o'rtasidagi kasalliklar		
- O'RVI – 1 holat	20	13,1
- O'RVI - 2 holat	22	14,4
- O'RVI – 3tadan 5gacha holat	38	24,8
- O'RVI - 5 tadan ko'p bo'lgan holat	27	17,6
- hech qanday kasallik kuzatilmagan	46	30,1

QSLT retsedivlari bir yilda bir marta 39 (25,5%) bemorda takrorlanadi, yarim yilda 1 marta 8 (5,2%) ta bemorda kuzatildi, bir yilda 3marta 82 (53,6%)ta bemorda kuzatildi va bir yilda 3 martadan ko'p 24 (15,7%)ta bemorda kuzatildi.

Birlamchi va qaytalanuvchi SLT o'rtasidagi davomiyligini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, 1 oyda 18 (11,8%) ta retsediv holatlari, 2-4 oydan so'ng 19 (12,4%) ta sodir bo'lgan, 4-8 oydan so'ng – 27 (17,6%) ta holat takrorlangan, 1-2 yildan so'ng 29 (19,0%)ta holat, 2 yildan ortiq vaqtda 42 ta holat.

Respirator anamnezining tahlili shuni ko'rsatdiki, 46 (30,1%) bolalar va qaytalanish o'rtasidagi bolalar virusli-bakterial kasalliklarga ega emas, 20 (13,1%) 1 O'RVI kasalligi bilan kasallangan, 22 (14,4%) bemorlarlarda – 2 ta holat, 38 (24,8%) - 3 dan 5gacha va 27 (17,6%) - 5 O'RVI holatlaridan ko'proq, ya'ni birinchi va takroriy SLT orasida bolalar uchta yoki undan ortiq O'RVI (laringeal stenoz sindromi kuzatilmagan) bilan kasallangan.

Kasalxonada laringeal stenozining o'tkir davrida kelayotgan bolalarning ko'pchiligi klinik tekshiruvda 79 (64,8%) kasalxonaga yotqizilgan va RSLT - 51 (33,3%) bo'lgan bolalarda yuqori tana harorati, shu jumladan intoksikatsiyaning aniq belgilari mavjud. Konyunktivit, burun bitishi,

rinofaringit shaklida kataral sindrom 96 (75,2%) da takroriy SLT ($p<0,001$) va 103 (84,4%) bo'lgan bolalarda qayd etildi (jadval. 3.7).

Qabul qilinganlarning ko'pchiligida " xurish " kabi yo'tal kuzatildi (109 (89,3%) va 146 (95,4%) guruhlar bo'yicha), BSLT ga qaraganda 3,5 marotaba ko'p bolalarda ovozi bo'g'ilishi, quruq xirilash QSLT da kuzatildi.

Fizikal tekshiruv natijasida shuni aniqladikki 27 (17,6%) bolada o'pkada hech qanday o'zgarish kuzatilmadi, 21 (13,7%)da quruq xirilashlar eshtildi, 35 (22,9%)($P<0,001$) har xil kattalikdagi nam xirilashlar kuzatildi. BSLT bilan kelgan 27 (17,6%) bolalarda o'pkasida hech qanday o'zgarishlar kuzatilmadi, 48 (39,8%) da quruq xirilashlar eshtildi, bundan tashqari 10 (8,2%) bolada har xil kattalikdagi nam xirilashlar kuzatildi.

Jadval 3

O'SLT bilan bolalarni ob'ektiv tekshirish ma'lumotlari

Belgilari	1 grupp (n=122)		2 grupp (n=153)	
	abs	%	abs	%
Ovozining bo'gilishi	122	100,0	153	100,0
Kataral sindrom	103	84,4	96	62,7***
"Xurish" kabi yo'tal	109	89,3	146	95,4
Dag'al nam yo'tal	13	10,7	78	51,0***
Shovqin-siz nafas	64	52,5	29	19,0***
Tana xaroratining ko'tarilishi	79	64,8	51	33,3***
O'pkada o'zgarishlarsiz	64	52,5	27	17,6***
Quruq yo'tal	48	39,8	21	13,7***
Har xil kattalikdagi nam xirilashlar	10	8,2	35	22,9***

Eslatma: * - 1 guruh ma'lumotlariga nisbatan farqlar muhim (*- $P<0,05$, ** - $P<0,01$, *** - $P<0,001$)

Tekshirilgan bolalarda nafas etishmovchiligining belgilari chastotasini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, QSLT bo'lgan bolalarda BSLT bo'lgan bolalarga qaraganda ancha ko'p uchraydi, bu ularning zaiflashgan holatini ko'rsatadi (jadval. 3).

QSLT bo'lgan bolalarda 79,3%, ($p<0,001$) inspirator nafas qisilishi, shovqinli nafas olish- 2,1 marta, ko'krak qafasidagi yumshoq joylarning cho'kish BSLT ga qaraganda ko'proq kuzatildi.

Laringeal stenozining davomiyligi QSLT da 1 kungacha – 88 (57,5%), 3 kungacha – 51 (33,6%), 3 kundan ortiq – 15 (9,8%); BLTda 1 kungacha 50 (41%), 3 kungacha 56 (45,9%), 3 kundan ortiq 16 (13,1%) (jadval. 4).

Jadval 4

Tekshirilgan bolalarda nafas etishmovchiligining belgilari

Belgilari	1 grupp (n=122)		2 grupp (n=153)	
	abs	%	abs	%
Inspirator hansirash	81	66,4	129	84,3***
Teri qoplamalarig rangparligi	98	80,3	107	69,9*
Burunlab uchburchagi sianozi	73	59,8	117	76,5**
Akrosianoz	17	13,9	21	13,7

Umumiy sianoz	9	7,4	22	14,4
Taxikardiya	79	64,8	51	33,3**
Burun qanotlarining taranglashuvi	60	49,2	137	89,5***
Bo'yin mushaklarining taranglashuvi	73	59,8	103	67,3
Qovurg'alar aro mushaklarning nafas olishda ishtiroki	53	43,4	104	68,0***

Eslatma: * - 1 guruh ma'lumotlariga nisbatan farqlar muhim (*- $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$)

O'SLT og'irlik darajasini uchta komponentni ko'rib chiqdik:

- laringit belgilari ovoznig tembrni (ovozni bo'g'ilishi) va yo'talni ("hurish" yoki nam xirillashlar) shaklining o'zgarishi;
- stenoz belgilari mavjudligi: inspirator hansirash, shovqinli nafas olish, ko'krak qafasining yumshoq joylarini cho'kishi ;
- nafas etishmovchiligi belgilari mavjudligi: inspirator hansirash, teri qoplamalarining rangparligi, burunlab uchburchakning siyanozi, akrosianoz, umumiy sianoz,taxikardiya, yordamchi mushaklarning nafas olishda ishtiroki.

Jadval 5

O'SLT bilan tekshirilgan bolalarda allergik kasalliklar

Kasalliklar	1 guruh (n=122)		2 guruh (n=153)	
	abs	%	abs	%
Rinit	8	6,6	39	25,5***
Konyuktivit	3	2,5	8	5,2
Oziq-ovqat allergiyasi	7	5,7	37	24,2***
Medikamentoz allergiya	8	6,6	29	19,0**
Polinoz	4	3,3	9	5,9
Atopik dermatit	6	4,9	21	13,7**
Diatez	5	4,1	16	10,5*
Kvinki shishi	0	0	3	2,0

Eslatma: * - 1 guruh ma'lumotlariga nisbatan farqlar muhim (*- $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$)

Anamnez yig'ilganda, qaytalanuvchi laringotraxeit 94,8% hollarda allergiya fonida kasallik kelibchiqanligi qayd etildi, o'tkir laringotraxeit esa faqat 33,6% bemorlarda allergiya fonida aniqlangan (jadval. 3.11).

QSLTda ko'proq uchragan allergik kasalliklar: Diatez (16 (10,5%) ($p < 0,001$)), atopik dermatit (21 (13,7%) ($p < 0,01$)), medikamentoz allergiyasi (29 (19,0%) ($p < 0,01$)) allergik rinit (39 (25,5%) ($p < 0,001$)), oziq-ovqat allergiyasi (37 (24,2%) ($P < 0,001$)). Bu kasallikning patogenezi allergik komponentning katta roli haqida xulosa chiqarish imkonini beradi.

Shunday qilib, QSLT bilan og'rigan bolalarning premorbid fonini tahlil qilish kasallikning asosiy xavf omillarini aniqlashga imkon beradi: takroriy O'RVI, allergik kasalliklar, irsiy, akusherlik anamnezi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

1. Абдуллаева Н.Н., Таджибаев Г.А. //Оптимизация лечения хронического ларингита с учетом этиологии и патогенеза // Stomatologiya. – 2014. - №1. – С. 70-72.
2. Абдуллаева Н.Н., Ходжаева К.А. Закирова Ш.А. //Иммунокорригирующая терапия при патологии ЛОР-органов // Медицинский журнал Узбекистана. – 2002. - №1. - С. 92-94.
3. Арифов С.С., Далиев А.Г. Показатели исходного вегетативного тонуса у детей с острым ларинготрахеитом // Журнал вушних, носових i горлових хвороб. – 2009. - №3. – С. 66-69.
4. Бакрадзе М.Д., Дарманиян А.С., Таточенко В.К. Рациональная терапия крупа у детей//Вопросы современной педиатрии. — 2007. — Т. 6, № 5. — Р. 32-36.
5. Балаболкин И.И. Профилактика аллергических болезней у детей // В кн.: Аллергические болезни у детей /под ред. М.Я. Студеникина, И.И. Балаболкина. - М.: Медицина, 2011. - С. 319-324.
6. Ермаченко М.Ф. Особенности тактики терапии острых стенозирующих ларинготрахеитов у детей в условиях реанимационного отделения // Здоровье детей Сибири. - 2010. - №1. - С. 47-50.
7. Медведева, Евгения Александровна // Клинико-патогенетическое значение метаболической активности микрофлоры ротоглотки и кишечника у детей с респираторными заболеваниями// Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва-2017. С.25-48
8. Орлова С.Н., Рывкин А.И., Побединская Н.С. Анализ эффективности комплексов лечебно-реабилитационных мероприятий у детей, страдающих рецидивирующим стенозирующим ларинготрахеитом // Вестник Ивановской медицинской академии. 2016. № 21 (1). С. 45–49.
9. Самиева Г.У //Дисбиотические расстройства верхних дыхательных путей у детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом// медицинские новости-2015 С.70-72.
10. Самиева Г.У //Современные методы лечения острого стенозирующего ларинготрахеита у детей // Молодой ученый -2014. №11 С.149-151.
11. Delany D.R., Johnston D.R. Role of direct laryngoscopy and bronchoscopy in recurrent croup // Otolaryngology– Head and Neck Surgery. 2015. Vol. 152. No. 1. P. 159–164.
12. Kim Y.I., Jung Y.H., Cho B.H., Kim J.R., Kim S.S., Son W.S., Park S.B. The assessment of the short- and long-term changes in the condylar position following sagittal split ramus osteotomy (SSRO) with rigid fixation // J. Oral Rehabil. – 2010. - N37. – P.262–270.
13. Kokubo Y., Fukushima S., Sato J., Seto K. Arrangement of artificial teeth in the neutral zone after surgical reconstruction of the mandible : a clinical report // J Prosthet. Dent. – 2002. – Vol. 88, N 2. – P. 125–127.
14. Kotrikova B., Wirtz R., Krempien R. Piezosurgery: a new safe technique in cranial osteoplasty // Int. J.Oral Maxillofac. Surg. - 2006.- N35. -p.461-546.