Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
(ФГБОУ ВО СибГМУ Министерства Российской Федерации)

Острый обструктивный ларингит Эпиглоттит

Дассык А.Б.

ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ ЛАРИНГИТ (КРУП)

воспаление гортани и тканей подскладочного пространства с сужением просвета гортани

ЭТИОЛОГИЯ

Респираторные вирусы, причем до 80% случаев:

- парагриппа
- вирусы гриппа А и В
- аденовирусы
- респираторно-синцитиальный вирус
- риновирусы
- энтеровирусы
- бокавирус
- коронавирус
- метапневмовирус

В крайне редких случаях круп может быть обусловлен бактериальными возбудителями, например, Mycoplasma pneumoniae.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Наиболее частая причина острой обструкции верхних дыхательных путей у детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет. В структуре ежегодных обращений к педиатрам и в отделения неотложной помощи до 6% визитов приходится на долю детей с обструктивным ларингитом.

Обычно это быстрокупирующееся острое заболевание, разрешение симптомов наступает в течение 48 часов от начала адекватной терапии в 60% случаев, однако приблизительно 5% детей с крупом требуется госпитализация в стационар, причем 1 - 3% из госпитализированных может понадобиться искусственная вентиляция легких

СТЕПЕНИ СТЕНОЗА ГОРТАНИ (ПО В.Ф. УНДРИЦУ, 1969 Г.)

Степень	Клинические проявления
I (стадия компенсации)	Осиплость, грубый навязчивый кашель, умеренная одышка
II (стадия неполной компенсации)	Осиплость, грубый навязчивый кашель, выраженная одышка, возбуждение, дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, втяжением податливых мест грудной клетки, раздуванием крыльев носа, цианоз носогубного треугольника, тахикардия
III (стадия декомпенсации)	Осиплость, грубый навязчивый кашель, беспокойство, страх, возможна апатия, резкая одышка с выраженным втяжением податливых мест грудной клетки, бледность, акроцианоз
IV (терминальная стадия, асфиксия)	Сознание отсутствует, резкая бледность и цианоз, гипотермия, возможны судороги, мидриаз, дыхание частое, поверхностное, артериальная гипотензия, нитевидный пульс. Эта стадия предшествует остановке дыхания и сердца

КЛИНИКА

Начинается с неспецифических симптомов острой респираторной вирусной инфекции:

- появляются ринорея, першение в горле, кашель.
- невысокой температуры, редко – на фоне фебрильной лихорадки
- Как правило, симптомам стеноза гортани предшествуют признаки ларингита: осиплость голоса и/или сухой грубый кашель. При прогрессировании воспалительного процесса в гортани осиплость может усиливаться, кашель приобретает лающий характер, появляется шумное дыхание или шумный вдох (стридор). При нарастании степени стеноза гортани развивается инспираторная одышка, которую можно заметить по втяжению яремной ямки на вдохе.

Симптомы обструктивного ларингита обычно развиваются вечером, ночью, нередко в предутренние часы.

Стеноз гортани первой степени сопровождается периодическим грубым, лающим кашлем и осиплостью голоса; в покое стридор отсутствует и нарастает только при беспокойстве ребенка или при физической нагрузке. 9 Может быть слабовыраженное втяжение надключичных ямок и межреберных промежутков при дыхании.

При *стенозе гортани второй степени* лающий кашель учащается, стридорозное дыхание сохраняется и в покое, отмечается выраженное втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании в покое.

Стеноз гортани третьей степени проявляется симптомами выраженной дыхательной недостаточности, сопровождается выраженным беспокойством или угнетением сознания. В этой стадии болезни ребенку требуется экстренная помощь.

ФИЗИКАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

При осмотре необходимо обратить внимание на наличие признаков респираторного дистресса:

цианоз,

участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания,

втяжения яремной ямки и межреберных промежутков при дыхании,

оценить частоту дыхательных движений,

измерить уровень сатурации.

Аускультативно уточняют характер одышки (для обструктивного ларингита характерна инспираторная, при сопутствующей бронхиальной обструкции может наблюдаться экспираторная, смешанная), смешанная одышка также может отмечаться при выраженной обструкции верхних дыхательных путей на фоне тяжелого крупа..

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Лейкопения, характерная для гриппа и энтеровирусных инфекций, обычно отсутствует при других ОРВИ.

Для РС-вирусной инфекции характерен лимфоцитарный лейкоцитоз, который может превышать 15 х 109 /л.

При аденовирусной инфекции лейкоцитоз может достигать уровня 15 – 20 х·109 /л и даже выше, при этом возможны нейтрофилез более 10 х 109 /л, повышение уровня С-реактивного белка выше 30 мг/л.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

При отсутствии соответствующей сопутствующей патологии или необходимости проведения дифференциальной диагностики инструментальная диагностика не проводится

ЛЕЧЕНИЕ

Суспензии Будесонида через компрессорный небулайзер или МЭШ (мембранный)- небулайзер в дозировке 2 мг в сутки.

Дексаметазон 0,15 – 0,6 мг/кг вводится внутримышечно (или внутривенно) детям со стенозом гортани 2 степени или при неэффективности ингаляции суспензии Будесонида при стенозе 1 степени, а также детям младшего возраста при невозможности адекватного проведения ингаляции или чрезмерном беспокойстве ребенка при попытке ингаляции Будесонидом.

При отсутствии Дексаметазона пациенту может быть назначен Преднизолон в эквивалентной дозировке (1 мг Преднизолона соответствует 0,15 мг Дексаметазона), однако при сходной эффективности, особенно при крупе легкого и среднетяжелого течения, после терапии преднизолоном выше риск повторного возникновения симптомов крупа, что может потребовать повторного введения препарата.

При крупе гриппозной этиологии рекомендуется применение ингибиторов нейраминидазы (Осельтамивир, Занамивир)

ЛЕЧЕНИЕ

Дексаметазон** в дозе 0,15 мг/кг оказывает такой же эффект, что и дозировка 0,6 мг/кг. В подавляющем большинстве случаев детям в возрасте до 3-х лет может быть достаточным введение не более 4 мг (1 мл) Дексаметазона

При снижении сатурации крови кислородом ниже 92% рекомендована оксигенотерапия

При стенозе гортани 3-й степени рекомендована неотложная интубация

ЭПИГЛОТТИТ

остро возникшее бактериальное воспаление надгортанника и окружающих тканей, которое может привести к быстрому жизнеугрожающему нарушению проходимости дыхательных путей.

ЭТИОЛОГИЯ

Haemophilus influenzae типа b (>90%)

В редких случаях эпиглоттит могут вызывать Streptococcus pneumoniae, Streptococci групп A и C (в т.ч. и Streptococcus pyogenes), Staphylococcus aureus, Haemophilus parainfluenzae, Neisseria meningitidis и др

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Эпиглоттит является редкой болезнью преимущественно детского возраста.

Заболеваемость эпиглоттитом значительно сократилась во многих странах, где была введена массовая иммунизация от инфекции Haemophilus influenzae типа b.

До начала массовой вакцинации ежегодная заболеваемость составляла от 3 до 5 на 100000 детей в возрасте до 5 лет.

КЛИНИКА

Эпиглоттит является тяжелой бактериальной инфекцией:

- заболевание обычно начинается остро с высокой температуры и нарушения общего состояния,
- характерны боль в горле, тризм, слюнотечение, поза «треножника», приоткрытый рот,
- быстрое развитие стридора, западение надгортанника в положении на спине.

Типичного для крупа лающего кашля не отмечается.

ФИЗИКАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

- Эпиглоттит диагностируется на основании характерных клинических признаков.
- Следует помнить, что осмотр ротоглотки ребенка с подозрением на эпиглоттит проводится *только в условиях операционной в полной готовности к интубации* трахеи в связи с высокой вероятностью развития рефлекторного спазма мышц гортани и, как следствие, асфиксии

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

ОАК: высокий лейкоцитоз >15·109 /л. (с высокой лихорадкой)

Биохимический анализ крови: определение уровня С-реактивного белка (в сомнительных случаях).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Круп		**Эпиглоттит**
6 месяцев – 3 года	Возраст	Старше 3 лет
Постепенное (24 – 72 ч)	Развитие стридора	Быстрое (8 – 12 ч)
Катаральные явления в продромальном периоде (признаки острой респираторной инфекции), грубый, лающий кашель, осиплость голоса, грубый инспираторный стридор, редко шум на выдохе Отсутствие или умеренная боль в горле	Симптомы	Умеренно выраженный ринит, несильный кашель, приглушенный, но не осиплый голос, умеренный инспираторный стридор, усиливающийся в положении на спине, низкий звук на выдохе Боль в горле «Опасные» признаки: гиперсаливация, тризм
Чаще субфебрилитет Отсутствие интоксикации и нарушения общего состояния	Лихорадка и интоксикация	Температура >39ºС, выраженная интоксикация, выраженное недомогание.
Сужение дыхательных путей	Рентгенография	Отек надгортанника (положительный симптом «большого пальца»: увеличенный в размерах надгортанник на рентгенограмме шеи в боковой проекции)

ЛЕЧЕНИЕ

Пациент должен находиться в положении сидя, в т.ч., при транспортировке в стационар.

Ранняя интубация для профилактики внезапной асфиксии

Внутривенно Цефотаксим 150 мг/кг/сут или Цефтриаксон 100 мг/кг/сут

При неэффективности (инфекция S. aureus!) внутривенно Клиндамицин 30 мг/кг/сут или Ванкомицин 40 мг/кг/сут.

Антибактериальная терапия должна быть продолжена до 7 – 10 дней.

При снижении сатурации крови кислородом ниже 92% рекомендована оксигенотерапия

При асфиксии и невозможности проведения интубации проводится трахеотомия.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

К таким мерам следует отнести вакцинацию против гриппа, а также вакцинацию против гемофильной и пневмококковой инфекций для предупреждения развития эпиглоттита