Круп синдромы

Орындаған ; Мусаева Р

Қабылдаған; Бөгенбаевна С

Тобы; ПҚ- 703

Жоспар:

- Көріністер мен симптомдары
- Этиология, патогенез
  - Шын және жалған круп
  - Себебі
  - Ауырлық дәрежесі
  - Емі
  - Болжамы

Круп дегеніміз - көмей мен кеңірдектің әр түрлі этиологиялы жедел қабынуы.Бұл респираторлы ауру ,көбіне мектеп жасына дейінгі балалар да көп таралады,жиі 3 аймен 3 жас аралығындағы балаларда кездеседі.Ол тыныстың тарылуымен асқынады. Круптың шынайы, дифтериялық және жалған түрлері бар . Сонымен қатар ол парагрипп, грип, қызылша, скарлатина, сияқты басқа инфекциялармен дамуы да мүмкін. Жалған круптың симптомдары көмейдің және жоғарғы тыныс жолдарының қабынуы ,және олардың кейіннен тыныс жолдарының тарылуы болып табылады .

- Крупқа көмейдің кез келген қабыну аурулары әкелуі мүмкін (катаральды , крупоздық немесе дифтериялық (фиброздық)) ,ларинготрахиобронхит. Вирусты круп термині жедел респираторлы ауруларды,көмейдің қабынулық асқынулары түсіндіреді.

Триада симптомдар тән:дөрекі “ит үрлеген” жөтел ,дауыстың қарлығуы және демалудың қиындауы (стеноздық)

Стеноздың 1 дәреже (компенсерленген) қатаң “ит үрген” жөтел, қарлыққан дауыс, шулы тыныс алу. Жылағанда немесе физикалық күштемеден кейін мойындырық шұнқырының тартылуы байқаладыдәрежесі. Тыныштықта тыныстың бір қалыпты болуы, тыныс жеткіліксіздігі болмайды

Стеноздың 2 дәрежесі; науқас қозғыш күйде , жалпы жағдайы айқынырақ бұзылыстарымен көрінеді мазасыздануы, жөтел жиілейді, тұрақты ентігу, қосымша тыныс алуға бұлшық еттер қосылады. Мұрын ауыз үшбұрышының айқын цианозы дамиды.

Клиникасы; кеуде клеткасының бұлшықеттерінің тарылуымен болатын, тыныстың тарылуы мен шулы болуы. Дауысы қарлығып, ит үрген тәрізді жөтел мен дене қызуының көтерілуі болады. Бұл синдром көбіне балаларда кездеседі.

Стеноздың 3 дәрежесі декомпенсирленген; бала қозғыш, мазасызданған, үрейленген. Тері боз цеанозды, жабысқақ суық термен қапталған, акроцианоз. Ентігу айқын, алыстан естілетін тыныс тыныс алғанда эпигастри және кеуду клеткасының бөліктері ішіне тарылады. Пульс жиіленген, жүрек үндері тұйық, қан қысымы төмендеген, өкпесінде тынысы әлсіз

Стеноздың 4 дәрежесі асфиксия; бала зорығып, шаршап құлайды, басын шалқвйтады, тыныс алуға ынталанады, ашық ауызбен ауаны жұтады. Тез арада цианоз дамиды, тырысулар пайда болады. Пульсі әлсіз толымдылығы бар, ретсіз, жүрек үндері бәсең.. Біртіндеп тыныс алуы жоғалады. Жүрек үндері басылады, брадикардия ,ретсіз жиырылуынан кейін жүрек тоқтайды. Стенозды ларингиттің бірінші симптомдары анықталғанда бірден емді бастау керек.

Таблица 1. Классификация ОСЛТ (Учайкин В.Ф., 1999)

По степени стеноза гортани	Критерии диагностики
I степень — компенсация	Лающий кашель, сиплый голос, кратковременные приступы затрудненного дыхания при вдохе. Симптомы усиливаются при физической нагрузке (беспокойство, плач). Вспомогательная мускулатура не участвует в акте дыхания. Дыхательная недостаточность в покое отсутствует. pO_2 и pCO_2 в норме.
II степень — субкомпенсация	Дыхательная недостаточность в покое проявляется в виде бледности кожных покровов, цианоза, шумного дыхания, слышного на расстоянии, с участием вспомогательной мускулатуры. Отмечается беспокойство больного. Приступы частые, длительные. Характерна тахикардия. pO_2 на нижней и pCO_2 на верхней границе нормы.
III степень — декомпенсация	Дыхательная недостаточность выражена, постоянная инспираторная одышка переходит в смешанную с западением нижнего конца грудины, втяжением уступчивых мест грудной клетки. Общая бледность, акроцианоз, страх, возбуждение. Звонкие нотки голоса сохраняются, афонии не бывает. Сердечно-сосудистая недостаточность, парадоксальный пульс. Снижение pO_2 до 50 мм рт. ст. и увеличение pCO_2 до 70 мм рт. ст.
IV степень — асфиксия	Крайне тяжелое состояние, без сознания, апатия, афония, поверхностное, патологическое дыхание типа Чейн-Стокса, Куссмауля. Сердечно-сосудистые расстройства и метаболические нарушения резко выражены. Зрачки расширены. Снижение температуры тела, судороги, кома. Общий цианоз. Снижение pO_2 ниже 50 мм рт. ст. и увеличение pCO_2 выше 70 мм рт ст.

Таблица 1. Степени стеноза гортани у детей

Симптомы	Степени стеноза гортани			
	I (стадия компенсации)	II (стадия субкомпенсации)	III (стадия декомпенсации)	IV (асфиксия)
Общее состояние	Удовлетворительное или средней тяжести, сознание ясное, периодическое возбуждение	Средней тяжести, сознание ясное, постоянное возбуждение	Тяжелое или очень тяжелое, сознание спутанное, постоянное резкое возбуждение	Крайне тяжелое, сознание отсутствует
Цвет кожи	Легкий цианоз вокруг рта при беспокойстве	Умеренно выраженный цианоз носогубного треугольника	Выраженный цианоз кожи лица, акроцианоз, мраморность кожи	Цианоз генерализованный
Втяжение межреберных промежутков и надключичных ямок	В покое отсутствует, при беспокойстве – умеренное	Выраженное даже в состоянии покоя	Выраженное, при поверхностном дыхании может отсутствовать	Становится менее выраженным
Дыхание	Не учащено	Умеренно учащено	Значительно учащено, может быть поверхностным	Прерывистое, поверхностное
Пульс	Соответствует температуре тела	Учащен	Значительно учащен	Значительно учащен, нитевидный, в ряде случаев замедленный

Ұстама қаупі жоғары балалар:

Әр түрлі диатезбен көрінетін аллергиялық реакцияларға бейімділік;

- Жүйке жүйесінің жоғары қозғыштығы , кез келген тітіркендіргішкеоңай дамитын спазмдар;
- Рахитпен зардап шегушілер;
- Таңдай бадамшасының лимфа тіндері ісінгендер;
- Аденоидтың ұлғаюы;
- Ринофарингитпен жиі аурушылар (мұрын бітелуі және тамақ ауру симптомдары);
- Емшек сүтін ембейтіндер және жасанды тамақтандырылатындар.

- Жалған және круп деп бөліп қарастыру қабылданған.Шынайы круп тек дифтериф кезінде ғана болып , қабыну процесі дауыс байламдарына таралумен сипатталады.Жалған круп басқа барлық ЖРА да (мысалы грипп, перагрипп) да байқалады.Жалған крупта қабыну процесі тек дауыс байламдарын қамтымай ,сонымен қатар көмейдің шырышты қабатын және трахея және бронхтарды қамтиды.

- Жалған круп (көмейдің қатпарасты стенозы) грипте, ЖРВИде, Скарлатинада, қызамықта, стеноздаушы ларинготрахеобронхитте дамиды. 6 айлықтан 4-5 жасқа дейінгі балаларда көмейдің шырышты қабығының ерекшелігі үлкендерге қарағанда борпылдақ, ісінуге бейім, әсіресе қатпар астында. Мүндай ісіну өте қауіпті, ол көмей тарылады, балада тұншығу басталады. Егер уақтында балаға медициналық көмек көрсетілмесе, жалған круп өлімге әкелуі мүмкін.

Острый стенозирующий ларинготрахеит (ложный круп)

- Чаще развивается у детей первых 3 лет с аллергической предрасположенностью

Патогенез

норма

Воспаление

↓

Отёк гортани

↓

Рефлекторный спазм мышц

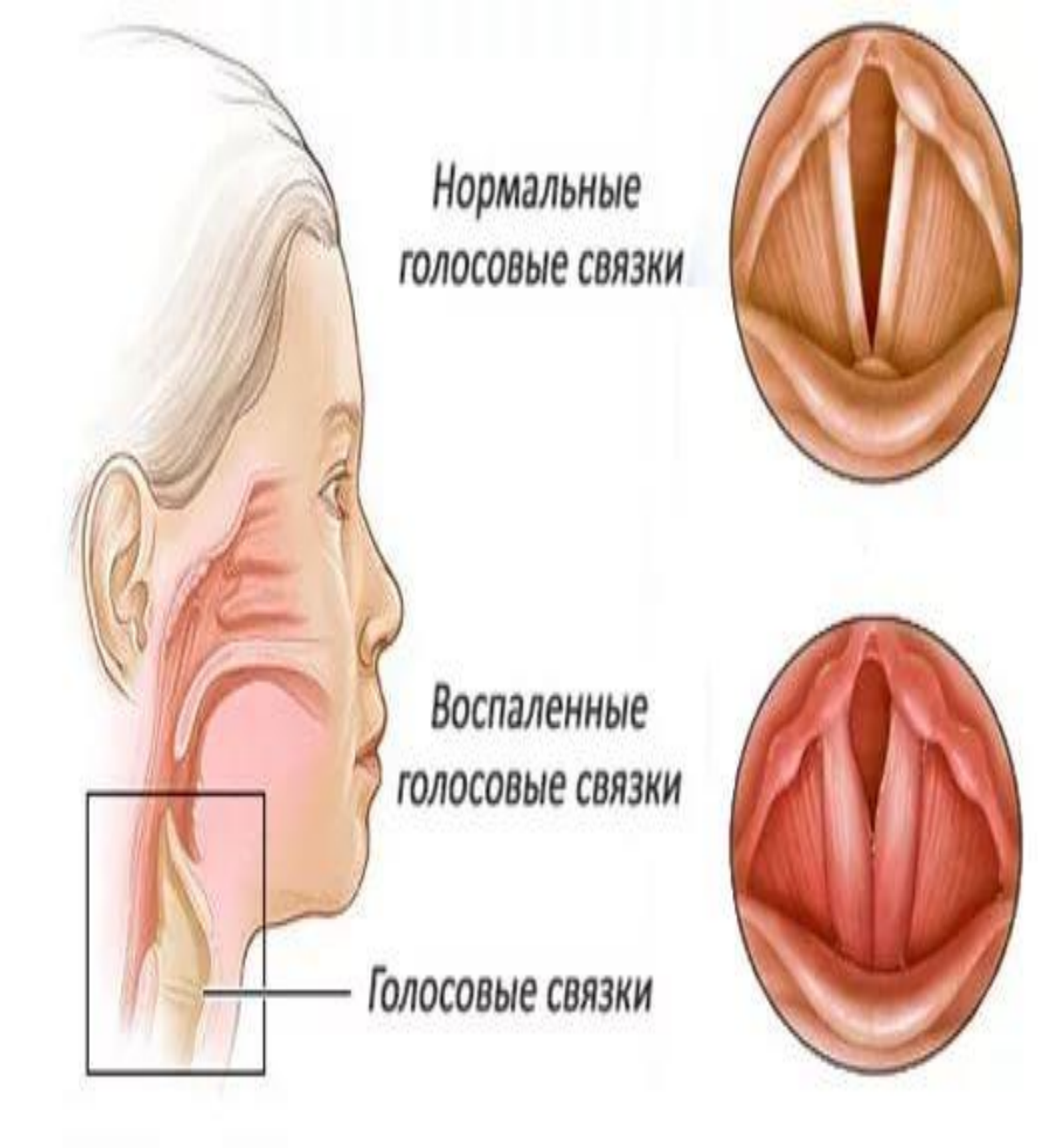
патология

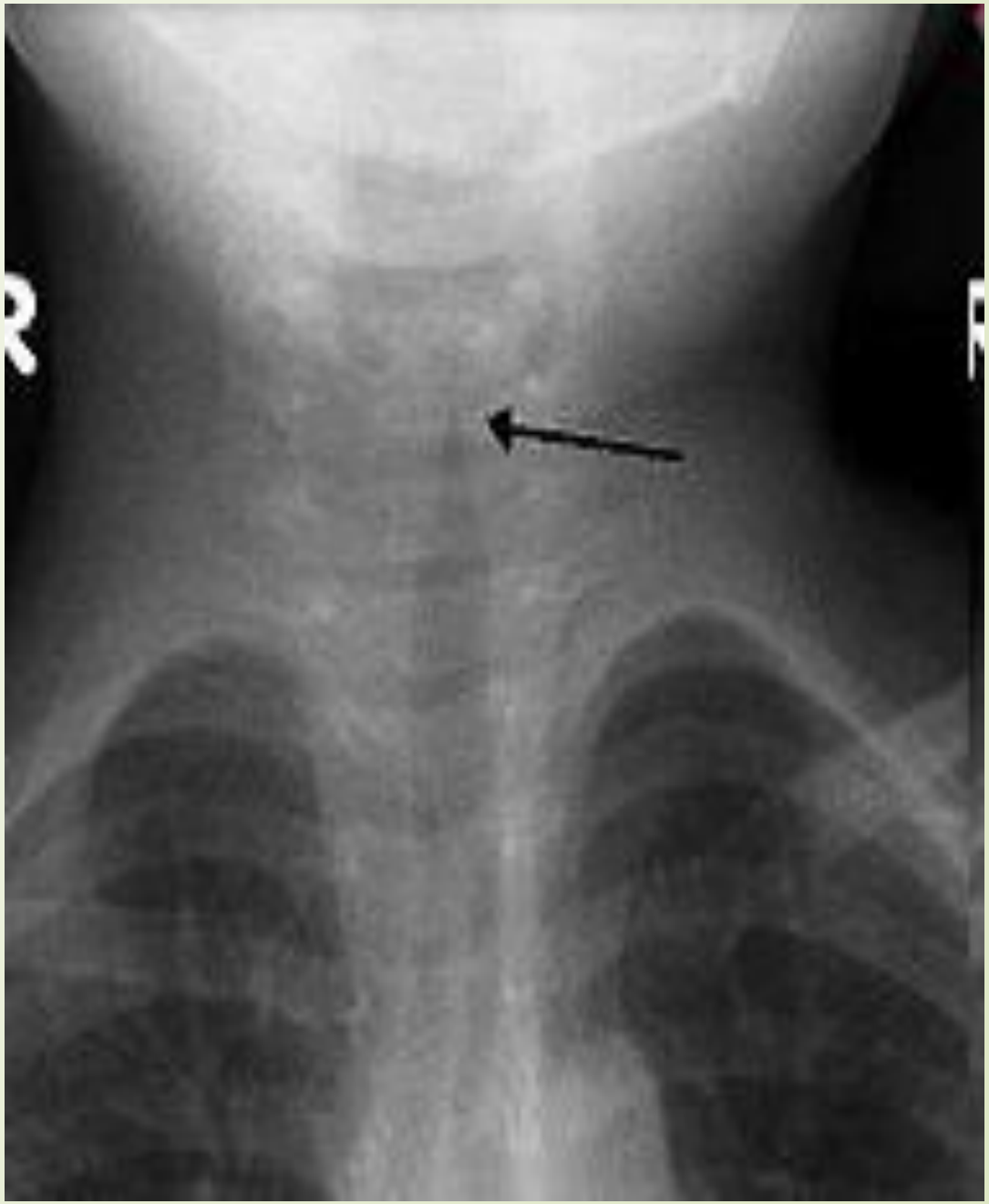
Бала жедел респираторолы инфекциямен, балалар жұқпасымен аурығанына ұзақ уақыт өтпеген болса және жөтелі анықталса.

- Демалуы қиын, қашықтықтан ысқырықты шулы демалу естіледі.
- Демалғанда кеуде торының батынқы жерлері ішке тартылады- бұғана үсті, қабырға аралықтар.
- Бірден дорекі ит үрлеген сияқты жөтел, кейде жабысқақ қақырық ағу және құсу мазалайды.
- Бала бозарады, еріні және мұрын – ерін үшбұрышы көгеруі көрінеді.

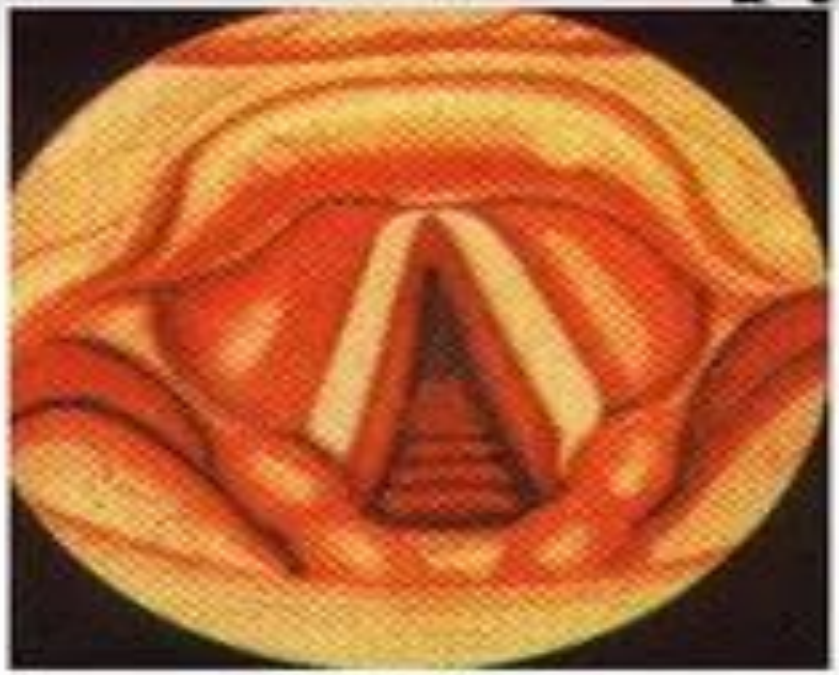
Қатпарасты ларингит (жалған круп).

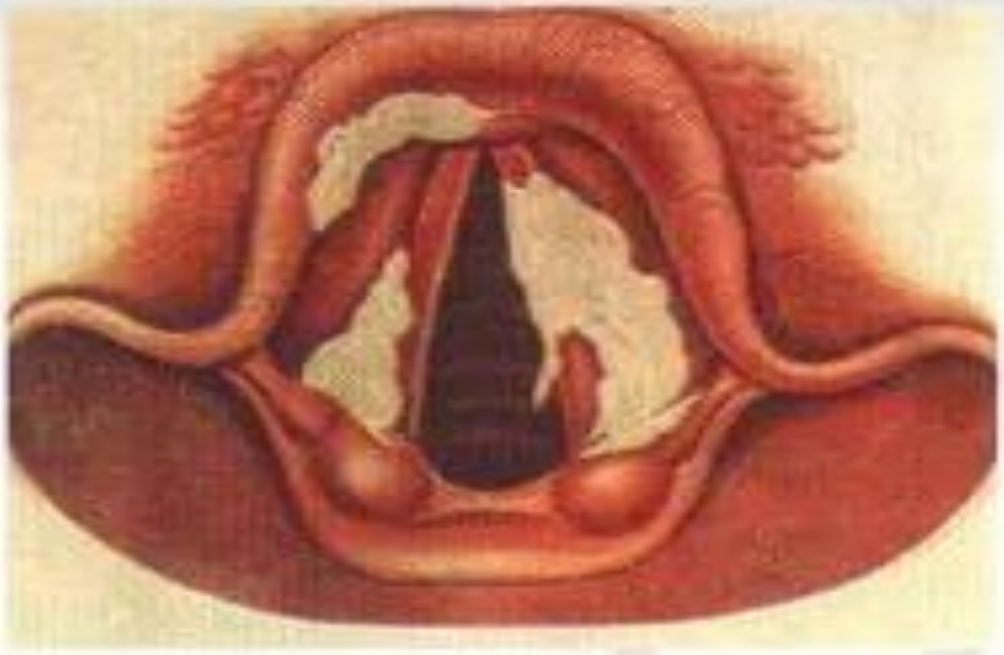
Ларингит
(воспаление гортани)
Голо-
совые
связки


Нормальные
голосовые связки
Воспаленные
голосовые связки
Голосовые связки


R
R

Истинный и ложный круп





Степень стеноза

Стеноз гортани I степени
Сужение от 0-50%

Стеноз гортани II степени
Сужение от 51-70%

Стеноз гортари III степени
Сужение от 71-99%

Стеноз гортани IV степени
Сужение 100%

Диагностикасы

Диагностические критерии:

жалобы	• грубый «лающий» кашель; • охриплость и осиплость голоса, иногда афония; • одышка; • повышение температуры тела; • насморк, боль в горле; • недомогание, снижение аппетита.
анамнез:	• острое начало заболевания; • контакт (не менее 2-5 дней) с больным с катаральными явлениями; • температура тела может быть в пределах нормы или повышенной до фебрильных цифр (38-39^{0}С), иногда до 40°С;
физикальное обследование	стридорозное дыхание – втяжение уступчивых мест грудной клетки, затруднение и удлинение вдоха, требующее участия дополнительной мускулатуры в акте дыхания, звонкие свистящие шумы в фазу вдоха.

- ЖҚА - лейкопения, нейтрофилез/лимфоцитоз;
- ЖЗА
- БХ
- ИФА- Иммунофлюоресцентті анализ, ЖРВИ тобына жататын вирус антигендерін анықтау

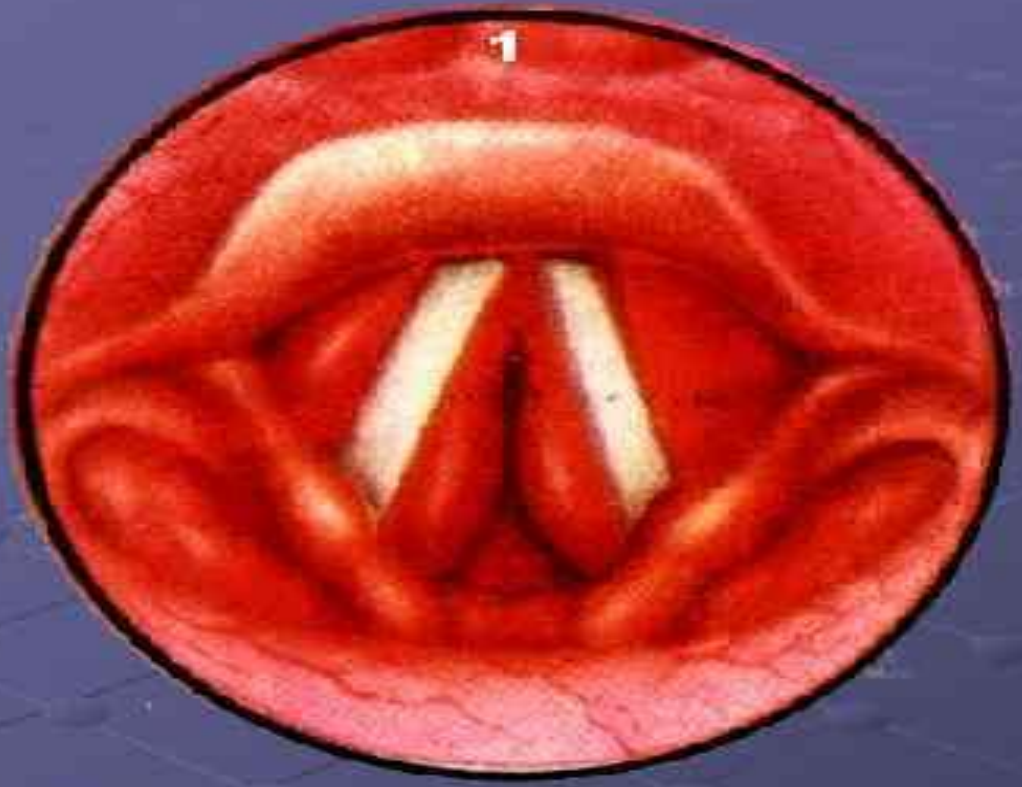
Инструментальды зерттеу

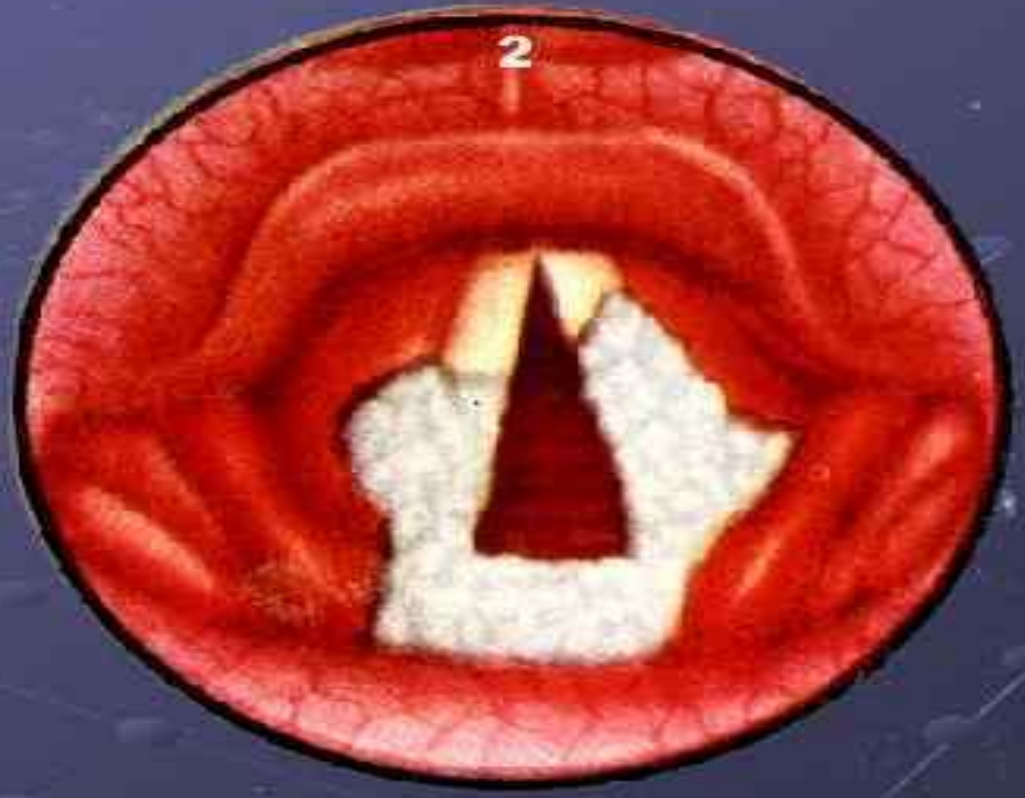
- Пульсоксиметрия
- Рентгенография
- ларингоскопия

Дифференциальды диагностикасы

2.1 Диагностический алгоритм:

Дифференциальная диагностика крупов





1. Ларингит при острых респираторных заболеваниях – гиперемия и отечность слизистой в подсвязочном пространстве.
2. Дифтерия гортани – фибринозные пленки располагаются на голосовых связках.

Дифференциальная диагностика ложного и истинного крупа

Признак	*Ложный круп*	*Истинный круп*
Начало	Остро, в ночное время	Постепенное ухудшение дыхания
Голос	Чистый	Осиплость до афонии
Кашель	Лающий	Громкий в начале, постепенно переходящий в беззвучный
Лимфаденит	Нет	Шейный
Фибринозный налет	Нет	На миндалинах, в гортани
Интоксикация	Выраженная на фоне ОРВИ	Слабо выраженная, постепенно нарастающая

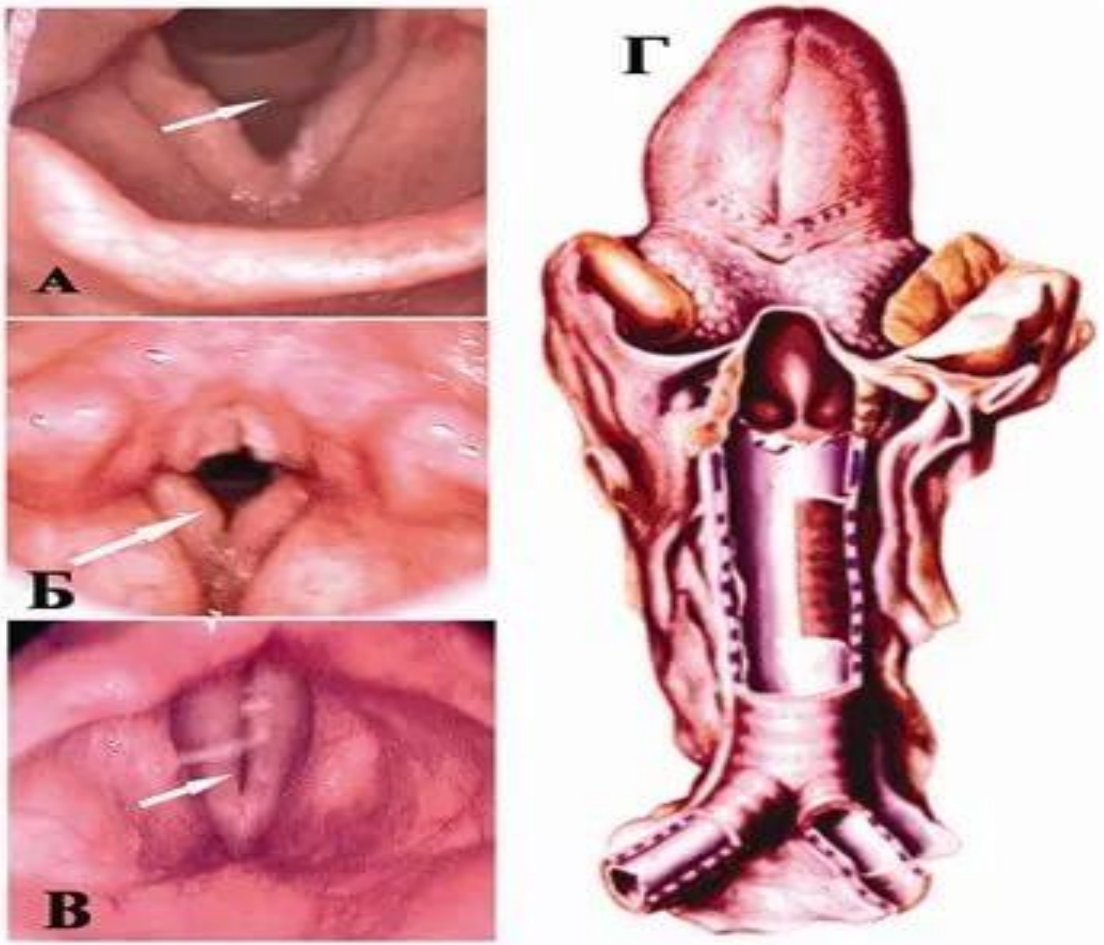


Рис 8. Дифтерия дыхательных путей (круп).
А - гортань и просвет голосовой щели в норме;
Б - стеноз гортани, спазм голосовых связок;
В - асфиксия ;
Г - нисходящий крупп (схема).

Емі

- всем детям со стадией стеноза 2-й по 4-ю –оксигенотерапия.

При средней степени тяжести -стенозе II степени:

- будесонид 1мг ингаляционно через небулайзер с 2 мл физиологического раствора, через 30 мин повторить ингаляцию (суточная доза с 6 мес –2мг);
- вслучае неполного купирования стеноза при отсутствии эффекта ингаляции дексаметазон 0,6 мг / кг массы тела Или преднизолон 2-5мг/кг в/м или в/в;
- при сочетании симптомов крупа с бронхообструктивным синдромом в камеру небулайзера дополнительно к будесонид суспензии добавить бронхолитик (сальбутамол); по показаниям жаропонижающая терапия–для купирования гипертермического синдрома свыше 38,5оС назначается парацетамол 10-15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней через рот или per rectumили ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг детям старше 1 года не более 3-храз в сутки через рот;
- при отсутсвии глюкокортикостероидов -пробное введение аэрозоля эпинефрина (раствор 1:1000), при наличии эффекта -повторить через 1 час под тщательным наблюдением.

При тяжелой степени тяжести–стенозе III степени:

- будесонид 2мг ингаляционно через небулайзер с 2 мл физиологического раствора;
- внутривенное введение дексаметазона из расчета 0,7 мг / кг или преднизолона 5-7 мг/кг;
- с целью дезинтоксикационной терапии внутривенная инфузия из расчета 30 –50 мл /кг с включением растворов: 10% декстрозы (10-15 мл/кг), 0,9% натрия хлорида (10-15 мл/кг);
- при сочетании симптомов крупа с бронхообструктивным синдромом в камеру небулайзера дополнительно к будесонидсуспензии добавить бронхолитик
- (сальбутамол); антибактериальная терапия с учетом возможных бактериальных осложнений-цефуроксим 50-100 мг/кг/сут в/м 2-3 раза в день-7 дней;
- по показаниям жаропонижающая терапия–для купирования гипертермического синдрома свыше 38,5оС назначается парацетамол 10-15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней через рот или per rectumили ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг детям старше 1 года не более 3-храз в сутки через рот

При тяжелой степени тяжести –стенозе IVстепени:

- интубация трахеи с проведением сердечно-легочной реанимационной интенсивной терапии;
- внутривенное введение дексаметазона из расчета 0,7 мг / кг или преднизолона 5-7 мг/кг;
- с целью дезинтоксикационной терапии внутривенная инфузия из расчета 30 –50 мл /кг с включением растворов: 10% декстрозы (10-15 мл/кг), 0,9% натрия хлорида (10-15 мл/кг);
- для купирования гипертермического синдрома свыше 38,5°С назначается парацетамол 10-15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней через рот или per rectum или ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-храз в сутки через рот;
- антибактериальная терапия-цефуроксим 50-100 мг/кг/сут в/м 3 раза в день;
- или
- цефтриаксон 50 -80 мг/кг в/м
- или в/в в сочетании с гентамицином 3-7 мг/кг/сут;
- или
- амикацином10-15 мг/кг/сут 2 раза в день в течение 7-10 дней.

Литература

- Круп у детей (острый обструктивный ларингит) МКБ-10 J05.0: Клинические рекомендации.
- УчайкинВ.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. Москва. 2001
- Оказание стационарной помощи детям (Руководство ВОЗ по ведению наиболее распространенных заболеваний в стационарах первичного уровня, адаптированное к условиям РК) 2016г. 450 с. Европа.
- Большой справочник лекарственных средств / под ред. Л. Е. Зиганшиной, В. К. Лепахина, В. И. Петрова, Р. У. Хабриева. -М: ГЭОТАР-Медиа, 2011.