

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра педиатрии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н, проф. Таранушенко Т.Е.

Проверил: к.м.н., доцент Педанова Е.А.

Реферат

На тему: «Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей»

Выполнил: врач-ординатор Коршунова Н.В.

г. Красноярск, 2018 год

Оглавление

Определение	3
Этиология и патогенез	4
Классификация	5
Клиническая картина	6
Диагностика	7
Лечение	8
Прогноз	9
Профилактика	9
Список литературы	10

Определение

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – самые распространенные заболевания у детей в настоящее время. Острый ларинготрахеит (ОЛТ) или иначе острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) – это синдром ОРВИ с преимущественным поражением гортани и трахеи, ведущим симптомом которого является затрудненное дыхание через гортань.

Выделение его в самостоятельное заболевание обусловлено четко очерченной клинической картиной и необходимостью проведения специальной, зачастую неотложной, терапии в связи с развитием стеноза гортани. 99% всех острых стенозов гортани у детей обусловлено именно ларинготрахеитом, в связи с чем этой проблеме уделяется сейчас большое внимание со стороны отоларингологов, педиатров, инфекционистов и реаниматологов.

Раньше это заболевание называли «ложным крупом» - от английского слова *croup*, что значит каркать. Слово «ложный» означало возникновение стеноза на фоне респираторной вирусной инфекции, в отличие от «истинного» крупа, которым обозначали стеноз гортани при дифтерии, так как она была широко распространена и уносила миллионы детских жизней в 19 – 20 веках (до появления прививок). Энциклопедический словарь трактует круп как острый ларингит, ларинготрахеит при некоторых инфекционных болезнях, сопровождающийся явлениями спазматического стеноза гортани, проявляющийся охриплостью, лающим кашлем и инспираторной одышкой. В настоящее время термин этот устарел и имеет только историческое значение.

Этиология и патогенез

Наиболее часто причинно значимыми возбудителями острого обструктивного ларингита являются респираторные вирусы, причем до 80% случаев круп обусловлено вирусом парагриппа.

В числе прочих возбудителей болезни: 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*.

Несколько десятилетий назад значимое место в этиологической структуре обструктивного ларингита занимала дифтерийная палочка, роль которой критически сократилась после начала массовой иммунизации от дифтерии.

Классификация

Острый обструктивный ларингит классифицируют по степени стеноза гортани

Степень	Клинические проявления
I(стадия компенсации)	Осиплость, грубый навязчивый кашель, умеренная одышка
II (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 (декомпенсации)	Осиплость, грубый навязчивый кашель, беспокойство, страх, возможна апатия, резкая одышка с выраженным втяжением податливых мест грудной клетки, бледность, акроцианоз
IV (терминальная, 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

Клиническая картина

Клинические проявления зависят от степени тяжести стеноза и возраста ребенка.

Для стеноза I стадии характерны осиплый голос, грубый, лающий кашель, умеренная инспираторная одышка и легкий пероральный цианоз, возникающий только при беспокойстве, плаче ребенка, при этом в покое одышка отсутствует.

При стенозе II стадии учащается лающий кашель, одышка как при беспокойстве, так и в покое сопровождается участием вспомогательной мускулатуры, выражены пероральный цианоз, который не исчезает в покое, тахикардия, беспокойство.

При стенозе III стадии— резкое ухудшение состояния больного: голова запрокинута назад, кожа бледная, цианотичная, дыхание слышно на расстоянии, с выраженной инспираторной одышкой, глубоким втяжением на вдохе эпигастральной области, межреберных промежутков, надключичных и яремной ямок. Ребенок покрывается холодным потом.

Стеноз IV стадии - нарушение витальных функций, развитие гипоксической комы и полная асфиксия.

Для оценки степени тяжести ООЛТ в международной педиатрической практике используется шкала Westley

Таблица Шкала оценки степени тяжести крупа (по Westley, 1978)	
Клинический признак	Степень выраженности в баллах
Стридор	Нет – 0 При возбуждении или в покое – 1 В покое – 2
Ретракция уступчивых мест грудной клетки	Нет – 0 Минимальная – 1 Умеренно выражена – 2 Резко выражена – 3
Проходимость дыхательных путей	Нормальная – 0 Снижена, но дыхание аускультативно проводится везде – 1 Значительно снижена – 2
Цианоз (Sat O ₂ ниже 92%)	Нет – 0 При беспокойстве, двигательной активности – 4 В покое – 5
Нарушение сознания	Нет – 0 Нарушение ментального статуса, дезориентация – 5
Оценка степени тяжести	Легкая <3 баллов Средняя – 3–6 баллов Тяжелая >6 баллов

Диагностика

Основания для диагноза ООЛТ:

- ”
лающий кашель;
- ”
инспираторная одышка;
- ”
участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры;
- ”
признаки гипоксии (цианоз, бледность, тахикардия, при стенозе III и IV степени — брадикардия);
- ”
нарушения со стороны ЦНС (возбудимость, затем гиподинамия);
- ”
ухудшение состояния ребенка (прогрессирование стеноза) — чаще отмечается в ночное время, во время сна;
- ”
обычно высокая лихорадка не характерна.

Осмотр и физикальное обследование

Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения. Проводят термометрию, пульсоксиметрию (норма насыщения крови кислородом — 95–98%), определяют частоту дыхания и сердечных сокращений в минуту; осматривают кожу, полость рта, грудную клетку; проводят аускультацию легких и сердца. Особое внимание следует уделять наличию цианоза и одышки в состоянии покоя и при возбуждении ребенка

Показания к доставке в стационар

1. Все дети со стенозом II степени тяжести и более.
2. Дети со стенозом I степени на фоне врожденного стридора, эпилепсии и с другими отягощающими факторами.
3. Дети 1 года жизни и глубоко недоношенные по анамнезу.
4. Дети, находящиеся в социально неблагоприятных условиях.
5. При невозможности обеспечить постоянное динамическое врачебное наблюдение за состоянием ребенка с ООЛТ

Лечение

Основной задачей является уменьшение отеочного компонента стеноза и поддержание свободной проходимости дыхательных путей. Всем детям со стенозом гортани II–IV степени необходимо проводить оксигенотерапию. Обязательным условием для лечения ребенка с ООЛТ является увлажнение воздуха.

Стеноз I степени: ребенку часто дают теплое щелочное питье;

”
проводят ингаляцию суспензии будесонида из расчета 0,5 мг через компрессорный небулайзер;

”
при лихорадке — парацетамол в дозе 10–15 мг/кг внутрь или ректально или ибупрофен в разовой дозе 5–10 мг/кг детям старше 1 года.

Стеноз II степени:

”
ингаляция суспензии будесонида через компрессорный небулайзер в дозе 1 мг (через 30 мин — повторная небулизация 1 мг будесонида) (В, 2++);

”
при отказе от госпитализации в случае неполного купирования стеноза следует ввести дексаметазон в дозе 0,3 мг/кг (преднизолон — 2 мг/кг) внутримышечно или внутривенно (В, 2++) . Необходимо активное врачебное наблюдение больного через 3 ч.

Стеноз III степени:

”
внутривенное (или внутрикостное) введение дексаметазона из расчета 0,7 мг/кг или преднизолона в дозе 5–7 мг/кг (В, 2++);

”
ингаляция суспензии будесонида через компрессорный небулайзер в дозе 2 мг (В, 2++);

”
экстренная госпитализация в положении сидя, при необходимости — интубация трахеи;

”
готовность к проведению СЛР;

”
при необходимости — вызов (в помощь) реанимационной бригады СМП.

Стеноз IV степени: интубация трахеи;

”

при невозможности интубации трахеи проводят коникотомию после введения 0,1% раствора атропина в дозе 0,05 мл на год жизни внутривенно (при сохранении глоточного рефлекса возможно использование 20% раствора натрия оксибутирата внутривенно из расчета 0,4 мл/кг) (D, 2+);

”

во время медицинской эвакуации следует поддерживать гемодинамику инфузионной терапией, атропинизацией при брадикардии;

”

госпитализировать ребенка в стационар в сопровождении родственников, которые могут его успокоить (страх, крик способствуют прогрессированию стеноза).

Прогноз

Исход вирусного крупа при своевременной диагностике и адекватном лечении всегда благоприятный. В случае поздней диагностики при стенозе гортани III–IV степени при невозможности интубации или коникотомии (трахеостомии) возможна смерть от асфиксии.

Профилактика

Профилактика направлена на повышение реактивности организма ребенка, санацию очагов хронической инфекции. Диспансерное наблюдение проводят за детьми с рецидивирующим стенозом гортани (консультации аллерголога, оториноларинголога, лабораторное исследование).

Список литературы

- Клинические рекомендации - Острый обструктивный ларингит [круп] и эпиглоттит у детей -Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Таточенко В.К., Бакрадзе М.Д., Куличенко Т.В., 2016
- Круп у детей (острый обструктивный ларингит) МКБ-10 J05.0. Клинические рекомендации. — М.: Оригинал макет, 2014. — 32 с.
- Оптимизация лечебно-диагностической работы с острыми и рецидивирующими стенозирующими ларинготрахеитами - Лекомцева О.И., Юзефович Н.В., Скрипина О.В. // Детские инфекции. 2005; с. 71—73.
- Оптимизация протокола лечения острого стенозирующего ларингита у детей Л. В. КРАМАРЬ, Т. Ю. ЛАРИНА – Детские инфекции №4, 2016, с.54-56
- Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей Царькова С.А.- Российский вестник перинатологии и педиатрии №1, 2016, с.96-103
- Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей. Геппе Н.А., Колосова Н.Г. - Фарматека 2013; 15: 268: 40–43.
- Применение ультразвуковых и компрессорных ингаляторов (небулайзеров) для лечения заболеваний дыхательных путей и легких. *Осипов Л.В., Жилин Ю.Н., Авдеев С.Н., Мизерницкий Ю.Л.* - М.: Изомед, 2014; 132.