

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Минздрава России

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

Реферат на тему: «Неотложная помощь при стенозе гортани»

Зав. Кафедрой: Д.м.н., проф. Вахрушев С.Г.

Проверила: К.м.н., доцент Петрова М.А.

Выполнил: Ординатор Хороших А.Н.

Красноярск 2023

Оглавление

Определение.....	4
Этиология и патогенез.....	4
Классификация.....	4
Диагностика.....	5
Клиническая картина.....	5
Осмотр и физикальное обследование.....	5
Лечение.....	6
Список литературы.....	8

Определение

Острый обструктивный (стенозирующий) ларинготрахеит (ООЛТ) — воспаление гортани и тканей подскладочного пространства с сужением просвета гортани, характеризующееся лающим кашлем. ООЛТ может сопровождаться развитием острой дыхательной недостаточности и дисфонией, инспираторным стридором. В отечественной практической медицине ООЛТ вирусной этиологии часто обозначают термином «ложный круп», что достаточно ярко обозначает сущность клинических проявлений при этом заболевании (стридор, лающий кашель, осиплость голоса). ООЛТ чаще наблюдается у мальчиков (до 70%) и детей раннего возраста — от 6 до 24 мес (15,5—34%). Возникновение острой дыхательной недостаточности (ОДН) при острой обструкции дыхательных путей связано с предрасполагающими факторами и анатомофизиологическими особенностями дыхательной системы у детей.

Этиология и патогенез

ООЛТ может возникнуть при парагриппе (50%), гриппе (23%), аденовирусной инфекции (21%), риновирусной инфекции (5%) и т.д. Стенозирование просвета верхних дыхательных путей обусловлено тремя компонентами: ■ отеком и инфильтрацией слизистой оболочки гортани и трахеи; ■ спазмом мышц гортани, трахеи, бронхов; ■ гиперсекрецией желез слизистой оболочки дыхательных путей, скоплением слизисто-гнояного отделяемого.

Классификация

Острый обструктивный ларингит классифицируют по степени стеноза гортани (табл.1)

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

Таблица 1. Степени стеноза гортани.

Выделяют две формы крупа: острый вирусный, связанный с острой вирусной инфекцией верхних дыхательных путей, и рецидивирующий (спастический), который может возникать у детей с атопией или гастроэзофагеальным рефлюксом (ГЭР) так же на фоне острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). Его отличие – быстрое развитие стеноза, приводящее к асфиксии, нередко до обращения к врачу или приезда скорой помощи.

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.

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 периоральный 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 периоральный 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.

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 другимиотягощающими 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 отечного 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 — повторить) (B, 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 9 внутривенно (B, 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 (B, 2++);
- ингаляция суспензии будесонида через компрессорный небулайзер в дозе 1,5-2 мг (B, 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).

Все больные по показаниям с признаками ООЛТ II—IV степени тяжести подлежат экстренной доставке в многопрофильный детский (инфекционный) стационар скорой медицинской помощи, где имеются реанимационное и ЛОР-отделения.

Лечебно-диагностические мероприятия в стОсмП Всем больным в СтОСМП выполняют:

- измерение ЧД, ЧСС, АД, проводят термометрию и пульсоксиметрию;
- общий анализ крови, мочи;
- консультацию врача анестезиолога-реаниматолога при стенозе III—IV степени тяжести.

По показаниям проводят:

- вирусологическую диагностику (экспресс-тесты);
- бактериологическое исследование (слизь из ротоглотки, носа) для исключения дифтерии; консультацию врача-оториноларинголога и других специалистов;
- рентгенографию органов грудной клетки, шеи в прямой и боковой проекциях,
- биохимический анализ крови
- фиброларингоскопию.

В настоящее время первая линия терапии ООЛТ — ингаляционный глюкокортикоид будесонид — суспензия для ингаляций в дозе 2 мг однократно или 1 мг дважды через 30 мин через небулайзер компрессорного типа (В, 2++). В случае неэффективности (либо невозможности проведения вследствие беспокойства ребенка) ингаляций суспензии будесонида через небулайзер и прогрессировании стеноза показано внутримышечное введение дексаметазона из расчета 0,6 мг/кг (В, 2++). При отсутствии дексаметазона пациенту может быть назначен преднизолон в эквивалентной дозе (1 мг преднизолон соответствует 0,15 мг дексаметазона). 10 Эффективно ингаляционное применение эпинефрина¹ в дополнение к дексаметазону (А, 1++). Ингаляции эпинефрина проводят каждые 15—20 мин по 0,5 мл/кг (раствор 1 мг/1 мл) на одну ингаляцию (максимум 5 мл), разводят в 3 мл 0,9% раствора натрия хлорида, не более трех ингаляций. При декомпенсированном стенозе показаны назотрахеальная интубация термопластической трубкой значительно меньшего диаметра, чем нужно ребенку по возрасту, или коникотомия (трахеостомия), в тяжелых случаях возможна продленная интубация (трубку оставляют на несколько дней).

Список литературы

1. Скорая медицинская помощь: Краткое руководство / Под ред. А.Г. Мирошниченко, В.В. Руксина, В.М. Шайтор. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - С. 229-232.
2. Шайтор В.М. Скорая и неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе: Краткое руководство для врачей. — СПб.: ИнформМед, 2013. — С. 120-125.
3. Круп у детей (острый обструктивный ларингит) МКБ-10 J05.0. Клинические рекомендации. — М.: Оригинал макет, 2014. — 32 с.
4. Oxford handbook of emergency. Fourth edition. — Oxford University, 2012. — P. 676.
5. Wall S.R., Wat D., Spiller O.B. et al. The viral etiology of croup and recurrent croup // Arch Dis Child - 2009., May. - Vol. 94, № 5. - P. 359-360.
6. Бакрадзе М.Д., Дарманян А.С., Таточенко В.К. Рациональная терапия крупа у детей//Вопросы современной педиатрии. — 2007. — Т. 6, № 5. — P. 32-36.
7. Союз педиатров России. Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка. Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика». — М., 2002.
8. Sasidaran K., Bansal A., Singhi S. Acute upper airway obstruction // Indian J. Pediatr. — 2011, Oct. - Vol. 78, № 10. - P. 1256-1261.
9. Scolnik D., Coates A.L., Stephens D. et al. Controlled delivery of high vs low humidity vs mist therapy for croup in emergency departments: a randomized controlled trial //JAMA. — 2006, Mar 15. - Vol. 295, № 11. - P. 1274-1280.
10. Bjornson C.L., Klassen T.P., Williamson J. et al. Treatment of mild croup with a single dose of oral dexamethasone: A multicenter, placebo-controlled trial // New Engl. J. Med. — 2004. - Vol. 315. - P. 1306-1313.