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

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н., доцент Штегман О.А

Реферат по теме:

ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ.

 Выполнила: Ординатор 2 года обучения, Мугалимова Н.В.

Красноярск 2023

**Содержание**

1. Определение. Этиология и патогенез.

2. Классификация. Диагностика. Клиническая картина.

3.Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.

4. Список литературы

 **Определение**

Острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) - это обструкция верхних дыхательных путей, имеющая вирусную или вирусно-бактериальную этиологию, сопровождающаяся развитием острой дыхательной недостаточности и характеризующееся лающим кашлем, дисфонией, инспираторным стридором и стенозом гортани различной степени выраженности.

В отечественной практической медицине ОСЛТ вирусной этиологии часто обозначают термином «ложный круп», что достаточно ярко обозначает сущность клинических проявлений при этом заболевании (стридор, «лающий» кашель, осиплость голоса). ОСЛТ чаще наблюдается у мальчиков (до 70%) и детей раннего возраста: от 6 до 24 месяцев (15,5 – 34%).

Возникновение острой дыхательной недостаточности (ОДН) при острой обструкции дыхательных путей связано с предрасполагающими факторами и анатомо-физиологическими особенностями дыхательной системы у детей.

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ - 10 | Нозологические единицы |
| J05.0 | Острый обструктивный ларингит [круп] |

 **Этиология и патогенез**

ОСЛТ может возникнуть при парагриппе (50%), гриппе (23%), аденовирусной инфекции (21%), риновирусной инфекции (5%) и т.д. Во время эпидемии гриппа ОСЛТ тяжелой степени является ведущей причиной высокой летальности при этой инфекции.

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-гнойного отделяемого.

 **Классификации**

1. По виду вирусной инфекции (грипп, парагрипп и т.д.)
2. По клиническому варианту:
* первичный;
* рецидивирующий.
1. По степени тяжести:
* 1-я компенсированная;
* 2-я субкомпенсированная;
* 3-я декомпенсированная (предасфиксия);
* 4-я терминальная (асфиксия).
1. Выделяют клинико-морфологические формы:
* отечная (инфекционно- аллергического происхождения);
* инфильтративная;
* обтурационная (нисходящий бактериальный процесс).

**Диагностика**

Основанием для диагноза ОСЛТ являются:

* наличие «лающего» кашля;
* инспираторной одышки;
* 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 этиологического варианта, степени тяжести стеноза и возраста ребенка.

Для стеноза 1 стадиихарактерны 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 2-ой стадииучащается «лающий» кашель, одышка как при беспокойстве, так и в покое, сопровождается участием вспомогательной мускулатуры, выражен пероральный цианоз, который не исчезает в покое, тахикардия, беспокойство, сильная потливость.

При стенозе 3-ой 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. Пульс сначала учащается, затем становится парадоксальным. Ребенок покрывается холодным потом.

Стеноз 4-ой стадии **-** нарушение витальных функций, развитием гипоксической комы и полная асфиксия.

Для оценки степени тяжести ОСЛТ в международной педиатрической практике используется шкала Уэстли (таблица 1).

Таблица 1 - Оценка состояния при ОСЛТ по шкале Уэстли (в баллах).

|  |  |
| --- | --- |
| **Клинические****признаки** | **Баллы** |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Втяжение уступчивых мест грудной клетки | нет | легкое | умеренное | выраженное |  |  |
| Стридор | нет | при беспокойстве | в покое |  |  |  |
| Цианоз | нет |  |  |  | при беспокойстве | в покое |
| Сознание | ясное |  |  |  |  | Дезориентация |
| Дыхание | Не нарушено | затруднено | Значительно затруднено |  |  |  |

Суммарная балльная оценка тяжести ОСЛТ по шкале Уэстли (от 0 до 17 баллов) по основным клиническим показателям соответствует:

* Стеноз легкой выраженности — <2 баллов
* Стеноз средней тяжести — от 3 до 7баллов
* Стеноз тяжелой степени выраженности — >8 баллов.

Исходя из представленных признаков классификаций, диагноз следует формулировать следующим образом:

«*Парагрипп, первичный острый ларинготрахеит, субкомпенсированный стеноз гортани II, по шкале Уэстли 5 баллов, отечная форма*».

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

1. Сбор жалоб и анамнеза заболевания (стадия компенсации или субкомпенсации)

Обязательные вопросы, которые необходимо задать при обследовании пациента при стенозе гортани в стадии компенсации (субкомпенсации):

* Как себя чувствуете?
* Что труднее вдохнуть или выдохнуть?
* Изменился ли голос?
* На фоне чего появилось затруднение дыхания?
* Был кашель, рвота, изменение цвета кожных покровов?
* Затруднено ли глотание?
* Какая температура тела?
* На фоне чего возникли боли в горле и как давно болит горло?
* Какая ощущается боль: при пустом глотке или при глотании твердой и/или жидкой пищи?
* Не затруднён ли приём пищи?
* Имеются ли функциональные нарушения челюстной системы (открывание рта, разговор и др.)?
* Нет ли припухлости мягких тканей, инфильтратов в подчелюстной области?
* Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства и какой был эффект?
* Как изменилось состояние к моменту прибытия бригады скорой помощи?
1. Осмотр пациента
* Внешний осмотр пациента (выражение лица, окраска кожных покровов, наличие вынужденного положения, тип одышки).
* Состояние голосовой функции.
* Осмотр полости рта.
* Пальпация мягких тканей челюстно-лицевой области, регионарных подчелюстных и подподбородочных лимфатических узлов, а также лимфатических узлов шеи и надключичных областей.
* Измерение артериального давления, исследование пульса.
* Аускультация легких.
* Электрокардиография и расшифровка экг.
* Пульсоксиметрия.
* Термометрия.

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе не проводят.

 **Лечение у детей.**

Основная задача медицинского работника СМП при ОСЛТ является уменьшение отечного компонента стеноза и поддержание свободной проходимости дыхательных путей. Всем детям со 2-й по 4-ю стадии стеноза необходимо проводить оксигенотерапию.

Перед началом медикаментозной терапии –– уточнить использование каких-либо лекарств (назальных каплей –– нафтизина и др.). Обязательным условием для лечения ребенка с ОСЛТ является увлажнение воздуха.

***При стенозе I стадии*** ребенку дают теплое, частое, щелочное питье,

– при отсутствии противопоказаний –– проводят ингаляцию пульмикортом (будесонид) из расчета 0,5 мг через небулайзер;

– при лихорадке — парацетамол 10–15 мг/кг внутрь или ректально или ибупрофен (нурофен, ибуфен) в разовой дозе 5–10 мг/кг детям старше 1 года, или парацетамол с ибупрофеном (ибуклин Юниор) внутрь детям с 3 лет.

***Стеноз II стадии:***

– ингаляция суспензии Пульмикорта (будесонида) через небулайзер в дозе 1 мг (через 30 мин повторная небулизация 1 мг пульмикорта), что отражено в зарубежных национальных рекомендациях;

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

***Стеноз III стадии:***

– ингаляция суспензии Пульмикорта (будесонида) через небулайзер в дозе 2 мг ;

– внутривенное введение дексаметазона из расчета 0,7 мг/кг или преднизолона 5–7 мг/кг ;

– экстренная госпитализация в положении «сидя», при необходимости – интубация трахеи;

– готовность к проведению сердечно-легочной реанимации;

– при необходимости — вызов («в помощь») реанимационную бригаду СМП.

***Стеноз IV стадии:***

– интубация трахеи;

– при невозможности интубации трахеи — провести коникотомию после введения 0,1% раствора атропина в дозе 0,05мл/год жизни внутривенно (при сохранении глоточного рефлекса внутривенно ввести 20% раствор натрия оксибутирата из расчета 0,4 мл/кг - не подтверждено в многоцентровых исследованиях, международных и зарубежных национальных рекомендациях;

– во время транспортировки следует поддерживать гемодинамику проведением инфузионной терапии, атропинизацией при брадикардии;

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

 **Лечение у взрослых.**

**Основные принципы в стадии компенсации:**

- создать для пациента эмоциональный и психический покой;

- респираторная поддержка кислородом;

- мониторинг витальных функций (ЭКГ, пульсоксиметрия, измерение АД);

- попытаться установить этиологию стеноза гортани;

- ингаляционное (небулайзер) введение раствора адреномиметика (ксилометазолин или аналоги – эпинефрин, галазолин, ксимелин, тизин) или эндоларингеальное вливание препарата, разведенного в 2 мл 0,9% раствора натрия хлорида, интраназально — по 2–3 капли 0,1% раствора или одно впрыскивание из распылителя в каждую ноздрю;

- преднизолон 60 мг или дексаметазон 8-16 мг внутривенно;

- хлоропирамин 20 мг или дифенгидрамин 10 мг внутримышечно;

- метамизол натрия 500 мг внутримышечно (при выраженной гипертермии взрослым)

- решение вопроса о доставке в профильный стационар, транспортировка в положении сидя или лежа с приподнятым головным концом

- готовность к экстренному проведению интубации трахеи или альтернативному способу, восстановления проходимости верхних дыхательных путей (санация верхних дыхательных путей, интубация трахеи, кониотомия).

**Основные принципы в стадии субкомпенсации:**

 создать для пациента эмоциональный и психический покой;

- респираторная поддержка увлажненным кислородом;

- катетеризация кубитальной или других периферических вен, начать инфузию 5% - 400,0 раствора декстрозы (0,9% - 400,0 мл раствора натрия хлорида);

- цитопротеция - мексидол 500 мг (в случае возбуждения пациента) или цитофлавин 10 мл р-ра в инфузионном 0,9% - 250.0 мл раствора натрия хлорида или 250.0 мл 5% р-ра декстрозы со скоростью 40-60 кап. в мин., или реамберин 250-500 мл в/в капельно;

- ингаляционное (небулайзер) введение раствора адреномиметика (ксилометазолин или аналоги – эпинефрин, галазолин, ксимелин, тизин) или эндоларингеальное вливание препарата, разведенного в 2 мл 0,9% раствора натрия хлорида;

- хлоропирамин 20 мг или дифенгидрамин 10 мг внутривенно;

- преднизолон 60-90 мг или дексаметазон 8-16 мг внутривенно;

- фуросемид 20 мг внутривенно;

- аминофиллин 240 мг (при наличии бронхиальной обструкции) внутривенно медленно;

- мониторинг витальных функций (ЭКГ, пульсоксиметрия, измерение АД);

- решение вопроса о госпитализации в профильный стационар и превентивном обеспечении проходимости верхних дыхательных путей;

- готовность к экстренному проведению однократной попытки интубации трахеи, выполнение кониотомии при развитии асфиксии;

- готовность к проведению базовой сердечно-легочной реанимации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколом) оказания скорой медицинской помощи при внезапной сердечной смерти.

**Основные принципы в стадии декомпенсации и асфиксии:**

- экстренное восстановление проходимости верхних дыхательных путей – однократная попытка интубации трахеи, затем кониотомия;

- оксигенотерапия, санация верхних дыхательных путей, установка воздуховода;

-готовность к проведению базовой сердечно-легочной реанимации (ИВЛ, ЗМС);

- обеспечить эффективный доступ к периферической или центральной вене, начать инфузию 5% - 400,0 р-ра декстрозы (0,9% раствора натрия хлорида) ;

- хлоропирамин 20 мг или дифенгидрамин 10 мг внутривенно;

- преднизолон 60-90-120 мг или дексаметазон 16-24 мг внутривенно ;

- фуросемид 40 мг внутривенно ;

- суксаметония хлорид (йодид) 100 мг внутривенно, по показаниям, перед интубацией трахеи в стадии декомпенсации ;

- при судорожном синдроме диазепам 10-20 мг или его аналоги внутривенно;

- при развитии терминального состояния базовая или расширенная сердечно-легочная реанимация в соответствии клиническими рекомендациями (протоколом) оказания скорой медицинской помощи при внезапной сердечной смерти.

- после восстановления проходимости дыхательных путей цитопротеция цитофлавин 10 мл р-ра в инфузионном 0,9% - 250.0 мл раствора натрия хлорида или 250.0 мл 5% р-ра декстрозы со скоростью 40-60 кап. в мин., или мексидол 500 мг, или реамберин 250-500 мл в/в капельно;

- мониторинг витальных функций (ЭКГ, пульсоксиметрия, измерение АД);

- решение вопроса о доставке пациента в профильный стационар.

**Список литературы.**

1.Скорая медицинская помощь. Национальное руководство. Багненко, Мирошниченко, Хубутия: ГЭОТАР-Медиа, 2021 г.- 888 с.

2.Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при остром стенозирующем ларинготрахеите.