

Эпиглоттит у детей в свете новых клинических рекомендаций 2021

**Заведующий кафедрой педиатрии №2, д.м.н., доцент Налетов А.В.,
доцент кафедры педиатрии №2, к.м.н., доцент Чалая Л.Ф.,
доцент кафедры педиатрии №2, к.м.н., доцент Масюта Д.И.,
доцент кафедры педиатрии №2, к.м.н., доцент Зуева Г.В.**

Определение

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



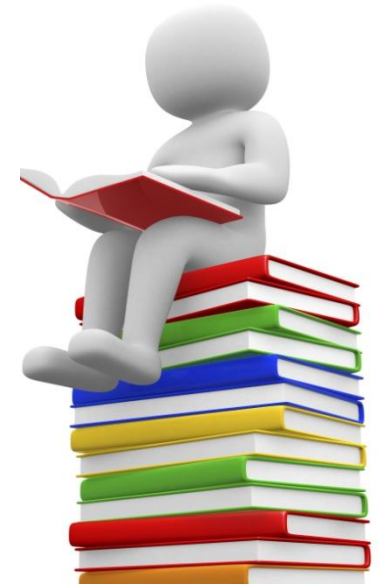
ЭТИОЛОГИЯ

- Этиологическим фактором в подавляющем большинстве случаев является ***H. influenzae* типа b** (>90%).
- В странах, где введена массовая иммунизация против гемофильной инфекции, у вакцинированных детей эпиглоттиты встречаются редко и могут быть вызваны другими этиологическими агентами.
- В редких случаях эпиглоттит могут вызывать *Str. pneumoniae*, стрептококки групп А и С, *St. aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Neisseria meningitidis* и др.



Эпидемиология

- **Эпиглоттит** является редкой болезнью преимущественно детского возраста, однако встречается и у взрослых пациентов (чаще в пожилом возрасте).
- Заболеваемость эпиглоттитом значительно сократилась во многих странах, где была введена массовая иммунизация от инфекции *H. influenzae* типа *b*.
- До начала массовой вакцинации ежегодная заболеваемость составляла от 3 до 5 на 100000 детей в возрасте до 5 лет.



Код по МКБ-10

- **J 05.1 - Острый эпиглоттит**



Клиническая картина

- **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.
- 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 рефлексорного спазма мышц гортани и, как следствие, асфиксии.

Лабораторная диагностика

- Всем детям с подозрением на эпиглоттит, высокой лихорадкой рекомендовано проводить **общий анализ крови развернутый**, при необходимости (в сомнительных случаях) – определение уровня **С-реактивного белка** для оценки воспалительной реакции.
 - Уровень убедительности рекомендаций С; уровень достоверности доказательств - 5.
- Эпиглоттит является тяжелой бактериальной инфекцией, сопровождается **высоким лейкоцитозом (>15·10/л)**, повышенным уровнем **С-реактивного белка**.
- **Учитывая высокую вероятность развития рефлексорного ларингоспазма при беспокойстве ребенка, лабораторные тесты рекомендуется проводить не ранее, чем врач будет убежден в безопасности их для ребенка (в некоторых случаях только после интубации трахеи).**

Инструментальная диагностика



- Рекомендовано проведение пульсоксиметрии пациентам с эпиглоттитом с целью оценки степени дыхательной недостаточности и необходимости назначения оксигенотерапии, а также для динамического контроля состояния.
 - Уровень убедительности рекомендаций С; уровень достоверности доказательств – 4.
- Рекомендовано рассмотреть проведение рентгенографии шеи (Рентгенография мягких тканей шеи) в боковой проекции в сомнительных случаях при установлении диагноза эпиглоттита у взрослых и детей при неярко выраженной симптоматике.
 - Уровень убедительности рекомендаций С; уровень достоверности доказательств – 4.

Дифференциальная диагностика

Круп		Эпиглоттит
6 месяцев – 3 года	Возраст	Старше 3 лет
Постепенное (24-72 часа)	Развитие стридора	Быстрое (8-12 часов)
Катаральные явления в продромальном периоде (признаки ОРВИ), грубый, лающий кашель, осиплость голоса, инспираторный стридор, 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.
Субфебрилитет, отсутствие интоксикации и нарушения общего состояния	Лихорадка и интоксикация	Температура выше 39С, выраженная интоксикация, недомогание
Сужение дыхательных путей	Рентгенография	Отек надгортанника (положительный симптом «большого пальца» – увеличенный в размерах надгортанник на рентгенограмме шеи в боковой проекции

Консервативное лечение

- Не рекомендуется укладывать ребенка, пациент должен находиться в положении сидя, в т.ч., при транспортировке в стационар с целью предотвращения ухудшения состояния.
- Рекомендована ранняя интубация практически всем пациентам для профилактики внезапной асфиксии; в редких случаях при нетяжелом течении эпиглоттита интубация может быть не показана.
- Экстубация безопасна после нормализации температуры, прояснения сознания и стихания симптомов, обычно через 24-48 часов.
- Эпиглоттит часто сопровождается бактериемией, что увеличивает длительность лечения.
- При эпиглоттите категорически не рекомендуется проводить ингаляции, применять снотворные и седативные средства, провоцировать беспокойство с целью предотвращения развития рефлекторного ларингоспазма.
- При снижении сатурации ниже 92% рекомендована оксигенотерапия с целью коррекции гипоксемии.



Консервативное лечение

- В обязательном порядке рекомендована антибактериальная терапия с целью эрадикации возбудителя.
- **Рекомендовано:** внутривенно **Цефотаксим в дозе 100-200 мг/кг/сут** или **Цефтриаксон в дозе по инструкции 20-80 мг/кг/сут**, наиболее оправданной считается доза **75 мг/кг/сут**;
- При неэффективности терапии (если инфекция вызвана **S. aureus!**) внутривенно **Клиндамицин в дозе 30 мг/кг/сут** или **Ванкомицин в дозе 40 мг/кг/сут**.
- Длительность антибактериальной терапии должна составлять 7–10 дней. Лечение обычно начинают с парентерального (внутривенного) введения антибактериального препарата, и после купирования лихорадки, нормализации состояния и восстановления приёма жидкости через рот продолжают лечение пероральными антибиотиками.
- Препаратами выбора для перорального применения остаются бета-лактамы: пенициллины – **Амоксициллин + клавулановая кислота** и цефалоспорины 3-го поколения – **Цефиксим** и др.
- **Доказательства клинической эффективности макролидов при респираторных инфекциях, вызванных N. influenzae, противоречивы, поэтому данные препараты не следует применять при эпиглоттите.**

Оперативное лечение

- В неосложненных случаях крупа и эпиглоттита не требуется.
- Рекомендовано проведение трахеотомии и постановки временной трахеостомы или коникотомии (Кониотомия) при асфиксии и невозможности проведения интубации у детей с крупом и пациентов с эпиглоттитом.



*Уровень убедительности рекомендаций С;
уровень достоверности доказательств – 5.*

Организация оказания медицинской помощи при эпиглоттите

- Пациент с эпиглоттитом обязательно госпитализируется в экстренном порядке в больницу, где имеется отделение интенсивной терапии, и есть возможность интубации трахеи (палата интенсивной терапии или отделение реанимации и интенсивной терапии, далее возможен перевод в отделение инфекционного стационара).
- Стационарную помощь пациенту с эпиглоттитом оказывает врач-педиатр или врач-инфекционист, при необходимости – врач-оториноларинголог, в случае наличия показаний, для оказания экстренной медицинской помощи – врач-анестезиолог-реаниматолог.
- **Важно помнить, что любые болезненные или воспринимаемые пациентом с эпиглоттитом негативно манипуляции (инъекции, инфузии, иногда даже ингаляции) могут привести к асфиксии!!!!**
- Средняя длительность пребывания пациента с эпиглоттитом в стационаре составляет 3–5 дней.
- **Критерии выписки:** купирование стеноза, нормализация температуры тела и сатурации, возможность самостоятельного приема пищи и жидкости, восстановление аппетита.

Профилактика

- **Рекомендована** всем детям (за исключением имеющих медицинские противопоказания) **вакцинация против гемофильной инфекции** для профилактики эпиглоттита с целью предотвращения развития данного заболевания или профилактики его тяжелого течения.
 - *Уровень убедительности рекомендаций C;*
 - *уровень достоверности доказательств – 5.*
- *Диспансерное наблюдение при крупе и эпиглоттите не требуется.*

- **Благодарю за внимание!**

