

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВ. ЛУКИ»

КАФЕДРА ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

Проф. И.Б. Ершова, доцент Бондаренко Г. Г.

**ОТЕК И СТЕНОЗ
ГОРТАНИ –
ЧАСТЫЙ ВЫЗОВ УЧАСТКОВОЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ**

- **ОТЕК И СТЕНОЗ ГОРТАНИ** – частота обращения за неотложной помощью связана с остротой развития симптомов и их потенциальной «грозностью», хотя из их числа лишь немногие состояния можно причислить к безусловно угрожающим и требующим госпитализации.
- В связи с этим основная задача медицинского работника первичного звена здравоохранения – выявление действительно угрожающих состояний и оказание необходимой помощи при них.

Причины острого стеноза

- ✓ *Местные причины воспалительной природы:* отек гортани и трахеи, подскладочный ларингит, острый ларинготрахеобронхит др.
- ✓ *Общие заболевания организма:* острые инфекционные заболевания (корь, дифтерия, скарлатина), эндокринные заболевания, болезни сердца, сосудов, почек и др.
- ✓ *Невоспалительные процессы:* опухоли, аллергические реакции, инородные тела, травмы гортани и трахеи, состояние после бронхоскопии, интубации.

Главенствующие причины развития стеноза и отека гортани

■ **Острый обструктивный ларингит (острый стенозирующий ларинготрахеит)** – воспаление гортани и тканей подскладочного пространства с сужением просвета гортани.

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

- Согласно Клиническим рекомендациям утвержденным Минздравом РФ 03.09.2021 правомочен термин «Острый обструктивный ларингит [круп]»
- В категории МКБ-10 прописаны:
 - Острый ларингит (J04.0)
 - Острый ларинготрахеит (J04.2)
 - Острый обструктивный ларингит [круп] (J05.0)
 - Острый эпиглоттит (J05.1)

Острый обструктивный ларингит

- Чаще возникает у детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет
- Обычно это быстрокупирующееся острое заболевание
- Разрешение симптомов наступает в течение 48 часов от начала адекватной терапии в 60% случаев
- Однако приблизительно 5% детей со стенозом требуется госпитализация в стационар, причем 1-3% из госпитализированных может потребоваться искусственная вентиляция легких

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОБСТРУКТИВНЫХ ЛАРИНГИТОВ

1. ВИРУСЫ

- Парагрипп (>50%), Грипп (20-25%), RS-вирусы (5-10%)
- Риновирусы, Герпес вирусы: ЦМВ, ВЭБ, ВПГ 1,2
- Энтеровирусы: ЕСНО, Коксаки

2. **БАКТЕРИИ**: дифтерийная палочка, стрептококк, УПФ (стафилококки, синегнойная палочка)

3. **ГРИБЫ**: Candida, аспергеллы.

4. **СМЕШАННЫЕ ИНФЕКЦИИ**: вирусно-вирусные, вирусно-бактериальные, вирусно-бактериально-грибковые инфекции

Основные звенья патогенеза

1. Воспалительный и аллергический отек с клеточной инфильтрацией слизистой гортани (подскладковое пространство) и трахеи.
2. Рефлекторный спазм мышц гортани.
3. Гиперсекреция слизистых желез → скопление в области голосовой щели густой мокроты, корок, фибринозных или некротических наложений.

Острый обструктивный ларингит

Острый обструктивный ларингит часто встречается как проявление острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, но причиной может быть также

- перегрузка голосового аппарата
- вдыхание раздражающих газов, горячего или холодного воздуха
- аллергические реакции
- травма
- инородное тело и т. д.

Клинически может протекать в различных формах

Катаральный ларингит

Процесс локализуется в слизистой оболочке гортани: инфильтрация, повышенное кровенаполнение, субэпителиальные разрывы сосудов чаще на голосовых складках.

Клиника:

- дисфония, охриплость, першение, саднение и сухость в горле при нормальной или субфебрильной температуре;
- при ларингоскопии: гиперемия, припухлость и отечность слизистой оболочки гортани, более выраженная в области голосовых складок, на поверхности их могут быть точечные кровоизлияния, вязкая слизь.

Отечно-инфильтративный ларингит

Воспалительный процесс распространяется на глубже лежащие ткани (мышечный аппарат, связки, надхрящница).

Характерны:

- признаки интоксикации, боль в горле
- дисфония
- нарастающая симптоматика стеноза гортани
- иногда нарушение глотания.

Возможен кашель с отхаркиванием густой слизисто-гнойной мокроты.

Подскладочный ларингит

Развивается на фоне острого воспаления верхних дыхательных путей, сопровождающегося заложенностью и выделениями из носа, субфебрильной температурой, кашлем.

Состояние ребенка днем удовлетворительное, однако ночью внезапно начинается приступ удушья, лающий кашель, цианоз кожных покровов.

При ларингоскопии — валикообразная симметричная припухлость, гиперемия слизистой оболочки подголосового пространства, которая в виде валиков выступает из-под голосовых складок, значительно суживая просвет гортани и тем самым затрудняя дыхание.

Четыре стадии острого стеноза гортани

- **I стадия компенсации:** одышка появляется только при ходьбе, отмечается урежение и углубление дыхания, укорочение или выпадение пауз между вдохом и выдохом, снижение ЧСС. Голосовая щель 6–8 мм.



Клинические симптомы при ОСЛТ (по Царьковой С.А.) по степеням

Степень стеноза гортани	Симптомы и частота их встречаемости	
	Характерные (более 50 % больных)	Главные (100 % больных)
I	Кашель малопродуктивный, грубый, сухой	Стридор при беспокойстве

Четыре стадии острого стеноза гортани

- II стадия субкомпенсации: дыхание стридорозное в покое, кожные покровы бледные; инспираторная одышка с включением в акт дыхания вспомогательных мышц, втяжение межреберных промежутков, мягких тканей яремной и надключичной ямок. АД нормальное или повышенное, голосовая щель 4–5 мм.



Клинические симптомы при ОСЛТ (по Царьковой С.А.) по степеням

Степень стеноза гортани	Симптомы и частота их встречаемости	
	Характерные (более 50 % больных)	Главные (100 % больных)
II	<ul style="list-style-type: none">• Втяжение уступчивых мест грудной клетки• Тахикардия• Кашель сухой, грубый, непродуктивный	Стридор в покое

Четыре стадии острого стеноза гортани

- **III стадия декомпенсации:** частое поверхностное дыхание, резко выражен стридор, кожные покровы бледно-синюшные, акроцианоз, вынужденное сидячее положение; гортань совершает максимальные экскурсии, тахикардия, АД снижено, голосовая щель 2–3 мм.
- **IV стадия асфиксии:** дыхание прерывистое, временами прекращается, резкое угнетение сердечной деятельности; пульс нередко не прощупывается, кожные покровы бледно-серые. Возможна потеря сознания, экзофтальм, непроизвольное мочеиспускание, остановка сердца, голосовая щель 1 мм.

Стеноз гортани III степени



Диффдиагноз ложного и истинного крупа

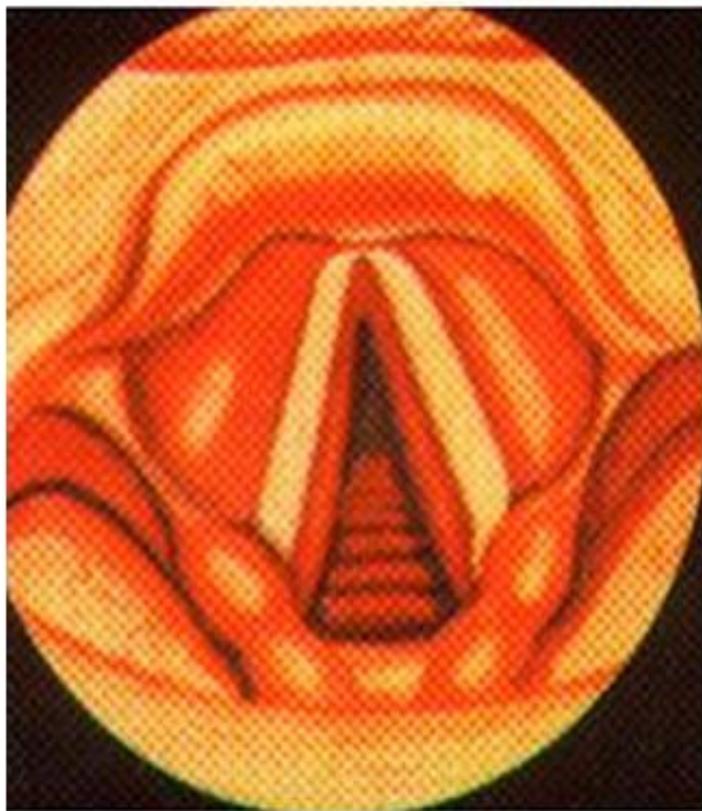
Истинный круп (дифтерия):

- ✓ заболевание развивается постепенно
- ✓ постепенно развивается удушье
- ✓ дисфония вплоть до афонии
- ✓ кашля обычно нет
- ✓ регионарные л/у увеличены, припухшие, болезненны при пальпации
- ✓ в глотке и гортани фибринозные грязно-серого цвета дифтеритические пленки

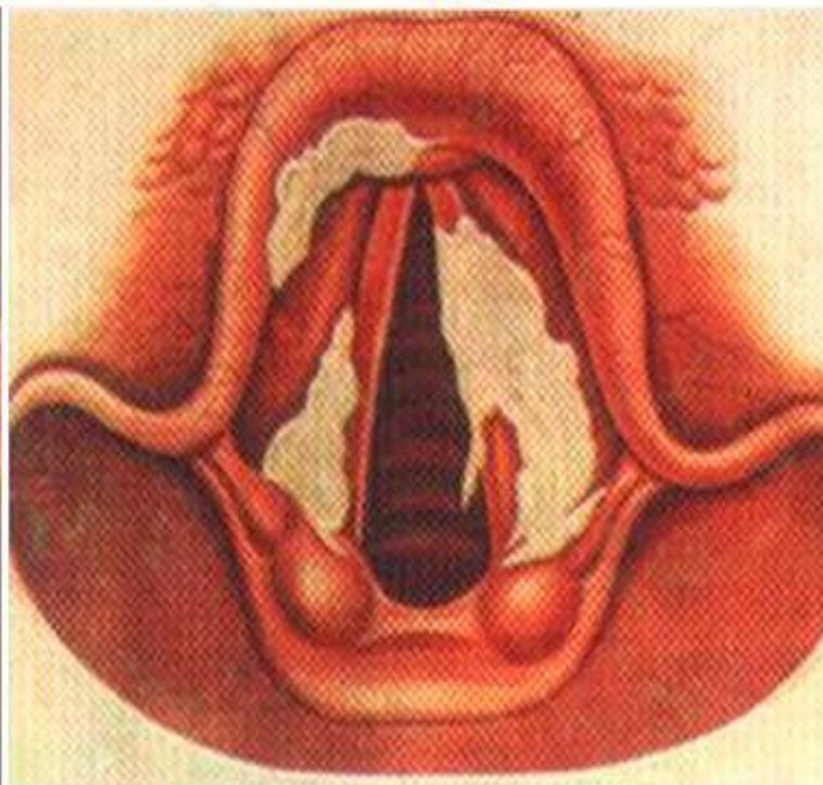
Ложный круп (подскладочный ларингит):

- ✓ начало заболевания связано с острым воспалением слизистой оболочки в.д.п.
- ✓ заболевание носит приступообразный характер
- ✓ голос не изменен
- ✓ характерный лающий кашель
- ✓ значительного увеличения л/у нет
- ✓ при ларингоскопии видна валикообразная симметричная припухлость, гиперемия слизистой оболочки подголосового пространства

Ложный и истинный круп



ложный круп, отек гортани



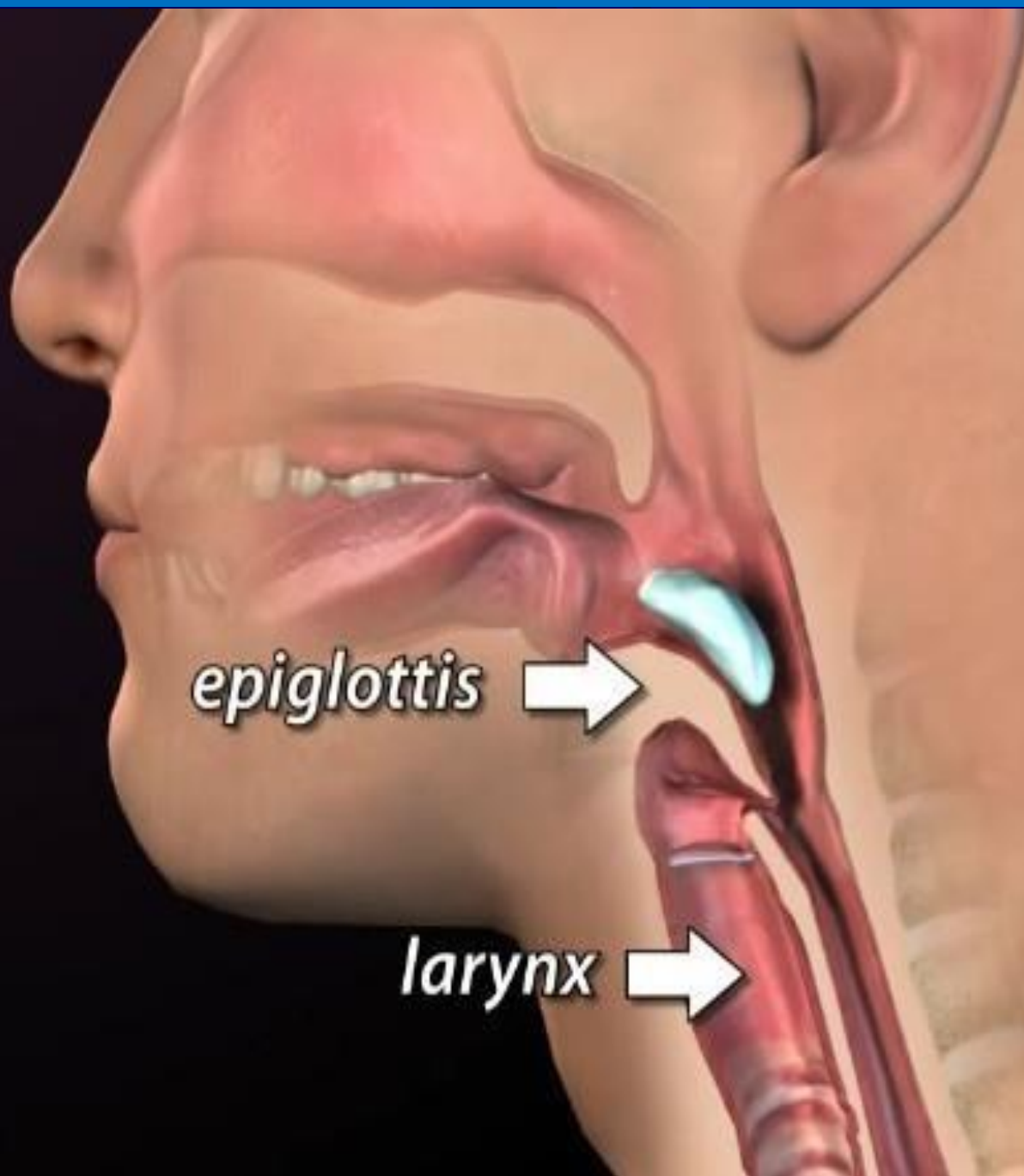
истинный круп, дифтерийные пленки

Острый стенозирующий ларинготрахеит следует дифференцировать от заболеваний, протекающих с явлениями стеноза гортани, но требующих иных методов лечения.

1. Дифтерия гортани, когда необходимо срочное введение противодифтерийной сыворотки.
2. Аллергический отёк гортани – эффективными могут быть антигистаминные препараты или ГКС.
3. Ларингоспазм у возбудимых детей, у страдающих спазмофилией может быть ликвидирован введением бензодиазепинов или препаратов кальция.
4. Серьезную опасность для жизни представляют эпиглоттит и инородные тела гортани.

Эпиглоттит

- Эпиглоттит – это острое бактериальное воспаление, захватывающее надгортанник и ткани гортаноглотки с развитием обструкции вдп.
- Этиологическим фактором эпиглоттита в подавляющем большинстве случаев является *Haemophilus influenzae* типа b (>90%).
- Заболеваемость эпиглоттитом значительно сократилась во многих странах, где была введена массовая иммунизация от инфекции *Haemophilus influenzae* типа b. В связи с исключением в ЛНР с 2014 г. обязательной вакцинации можно ожидать рост заболеваемости эпиглоттитом.



epiglottis →

larynx →

Клиника эпиглоттита

- 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.
- Стремительное течение: симптомы развиваются в течение нескольких часов, приводя нередко к летальному исходу.

ОСЛТ		Эпиглоттит
6 месяцев - 3 года	Возраст	Старше 3 лет
Постепенное (24 - 72 ч)	Развитие стридора	Быстрое (8 - 12 ч)
Катаральные явления в продромальном периоде, грубый, лающий кашель, осиплость голоса, грубый инспираторный стридор, редко шум на выдохе	С-мы	Умеренно выраженный ринит, несильный кашель, приглушенный, но не осиплый голос, умеренный инспираторный стридор, усиливающийся в положении на спине, низкий звук на выдохе
Чаще субфебрилитет	Лихорадка интоксикация	Температура >39 °С, выраженная интоксикация, выраженное недомогание.
Сужение дыхательных путей	Рентгенография	Отек надгортанника (положительный симптом "большого пальца": увеличенный в размерах

Показания к госпитализации при ОСЛТ

- ✓ Дети до 1 года
- ✓ Стеноз II степени
- ✓ Цианоз
- ✓ Нарушение сознания
- ✓ Прогрессирующий стридор
- ✓ Токсикоз с эксикозом

Консервативное лечение обструктивного ларингита

- Консервативное дестенозирование показано в I–II стадиях
- Воздух в помещении должен увлажняться
- Ребенку обеспечивают эмоциональный, физический и голосовой комфорт
- Щадящая диета

Консервативное лечение обструктивного ларингита

- Местная терапия направлена на улучшение венозного оттока и нормализацию лимфооттока: сухое тепло па шею, теплое дозированное питье, ингаляции противоотечной смесью.
- Применявшиеся ранее паровые ингаляции не рекомендуются к использованию, из-за их невысокой эффективности.
- В основу лечения положена небулайзерная технология введения лекарственных средств



Консервативное лечение обструктивного ларингита

- Антибактериальная терапия не рекомендуется при крупе, т.к. не имеет эффективности
- Этиотропных противовирусных средств, активных в отношении большинства вызывающих круп вирусов не существует. Исключение составляют ингибиторы нейраминидазы, применяемые при лечении гриппа (Осельтамивир, Занамивир).

Консервативное лечение обструктивного ларингита

- Рекомендовано применение глюкокортикоидов
 - Будесонид через небулайзер
 - Кортикостероиды системного действия в/м или в/в:

Дексаметазон 0,15-0,6 мг/кг

Преднизолон 1-2 мг/кг

Однако при сходной эффективности, особенно при крупе легкого и среднетяжелого течения, после терапии преднизолоном выше риск повторного возникновения симптомов крупа

Консервативное лечение обструктивного ларингита

- При снижении сатурации ниже 92% рекомендована оксигенотерапия с целью коррекции гипоксемии
- Антигистаминные препараты в возрастных дозах (в/м пипольфен, тавегил и др.)
- Мочегонные (в/м лазикс, фуросемид)

Консервативное лечение эпиглоттита

- Не рекомендуется укладывать ребенка, он 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
- Категорически не рекомендуется проводить ингаляции, применять снотворные и седативные средства с целью предотвращения развития рефлекторного ларингоспазма

Консервативное лечение эпиглоттита

- В обязательном порядке рекомендована антибактериальная терапия с целью эрадикации возбудителя
- Учитывая, что преобладающим возбудителем эпиглоттита является *Haemophilus influenzae*, препаратами выбора для перорального применения остаются бета-лактамы антибактериальные препараты и цефалоспорины 3-го поколения
- При неэффективности терапии (если инфекция вызвана *S. aureus*!) в/в Клиндамицин в дозе 30 мг/кг/сут или Ванкомицин в дозе 40 мг/кг/сут.

Консервативное лечение эпиглоттита

- Доказательства клинической эффективности макролидов при респираторных инфекциях, вызванных *Haemophilus influenzae*, противоречивы, поэтому данные препараты не следует применять при эпиглоттите.
- Длительность антибактериальной терапии должна составлять 7 - 10 дней.
- Лечение обычно начинают с в/в введения, а после купирования лихорадки, нормализации состояния и восстановления приема жидкости через рот продолжают лечение пероральными антибиотиками.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ