



Дифференциальный диагноз состояний,
сопровождающихся астмоидным дыханием,
лечение и поддерживающий уход в
соответствии с программой ИВБДВ.
Состояние, сопровождаемые стридором,
диагноз и лечение на догоспитальном этапе

Диагноз или причина заболевания	В пользу диагноза
Обструктивный бронхит	<ul style="list-style-type: none"> - В анамнезе астмоидное дыхание было связано только с простудой - Отсутствие астмы/экземы/поллиноза у ребенка и членов семьи - Удлиненный выдох - Аускультативно – сухие хрипы, ослабленное дыхание (если сильно выражено – исключить непроходимость дыхательных путей) - Хорошая реакция на бронхолитики - Проявления обычно менее выражены, чем при астме
Астма	<ul style="list-style-type: none"> - Повторяющееся астмоидное дыхание в анамнезе, в некоторых случаях не связанное с ОРВИ - Расширение грудной клетки - Удлиненный выдох - Аускультативно – ослабленное дыхание (если сильно выражено – исключить непроходимость дыхательных путей) - Хорошая реакция на бронхолитики
Бронхиолит	<ul style="list-style-type: none"> - Первый эпизод астмоидного дыхания у ребенка в возрасте младше 2 лет - Астмоидное дыхание во время сезонного повышения заболеваемости бронхиолитом - Расширение грудной клетки - Удлиненный выдох - Аускультативно – ослабленное дыхание (если сильно выражено – исключить непроходимость дыхательных путей) - Слабая/отсутствие реакции на бронхолитики
Иностранное тело	<ul style="list-style-type: none"> - В анамнезе внезапное развитие механической обструкции дыхательных путей (ребенок «подавился») или астмоидного дыхания - Иногда астмоидное дыхание или патологическое расширение грудной клетки с одной стороны - Задержка воздуха в дыхательных путях с усилением перкуторного звука и смещением средостения - Признаки коллапса легкого: ослабленное дыхание и притупление перкуторного звука - Отсутствие реакции на бронхолитические средства
Пневмония	<ul style="list-style-type: none"> - Кашель и учащенное дыхание - Втяжение нижней части грудной клетки - Лихорадка - Аускультативные признаки – ослабленное дыхание, влажные хрипы - Раздувание крыльев носа - Кряхтящее дыхание (у младенцев раннего возраста)

КАШЕЛЬ ИЛИ ЗАТРУДНЕННОЕ ДЫХАНИЕ, ЕСЛИ ЕСТЬ АСТМОИДНОЕ ДЫХАНИЕ

- Существует также три возможные классификации кашля или затрудненного дыхания при наличии астмоидного дыхания:
- ТЯЖЕЛАЯ ПНЕВМОНИЯ или ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ
- ПНЕВМОНИЯ
- ПНЕВМОНИИ НЕТ, АСТМОИДНОЕ ДЫХАНИЕ

ТЯЖЕЛАЯ ПНЕВМОНИЯ ИЛИ ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Если у ребенка с астмоидным дыханием определяется один из следующих признаков: любой из общих признаков опасности или сохраняющееся втяжение грудной клетки или стридор в покое после дачи трех циклов быстродействующего бронхолитика его состояние классифицируется **ТЯЖЕЛАЯ ПНЕВМОНИЯ ИЛИ ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ**.

- **Лечение**

- Ребенок с классификацией **ТЯЖЕЛАЯ ПНЕВМОНИЯ ИЛИ ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ** при наличии астмоидного дыхания, получает сходное лечение с такой же классификацией без астмоидного дыхания. Его необходимо срочно направить в стационар для проведения кислородотерапии, лечения бронхолитиками или инъекционного введения антибактериальных препаратов. До того, как ребенок покинет амбулаторию, дайте ему первую дозу подходящего антибактериального препарата. Антибактериальный препарат помогает предупредить усугубление тяжелой пневмонии.

ПНЕВМОНИЯ

- У ребенка с астмоидным дыханием может наблюдаться также учащенное дыхание из-за того, что выдох требует дополнительных усилий. Поэтому у таких детей наличие только учащенного дыхания не является признаком пневмонии. Однако, если у ребенка с астмоидным дыханием (до или после ингаляции трех циклов быстродействующего бронхолитика) имеется также повышенная аксиллярная температура ($37,5^{\circ}\text{C}$), то вероятность того, что у ребенка есть пневмония, велика, и поэтому его заболевание при наличии одновременно учащенного дыхания и температуры классифицируется как ПНЕВМОНИЯ.

Лечение

- Лечение возможной ПНЕВМОНИИ у детей с астмоидным дыханием сходно с таковым у детей без астмоидного дыхания. Однако в дополнение к антибактериальному препарату назначается бронхолитик в течение 5 дней. При повторном эпизоде астмоидного дыхания, ребенок направляется на обследование, если это не было сделано ранее.
- В разделе Лечите ребенка вы научитесь, как определять и давать подходящий антибактериальный препарат, ингаляционный или оральный бронхолитик, а также как обучить лиц, осуществляющих уход за ребенком, лечить ребенка на дому.

ПНЕВМОНИИ НЕТ, АСТМОИДНОЕ ДЫХАНИЕ

- Если у ребенка с астмоидным дыханием (до или после ингаляции трех циклов быстродействующего бронхолитика) нет никаких признаков розового или желтого ряда или присутствует только один признак желтого ряда, его заболевание классифицируется как ПНЕВМОНИИ НЕТ, АСТМОИДНОЕ ДЫХАНИЕ.

Лечение

- Ребенку, которого классифицировали как ПНЕВМОНИИ НЕТ, АСТМОИДНОЕ ДЫХАНИЕ, не требуется никаких антибактериальных препаратов. Ребенок с астмоидным дыханием должен получать бронхолитик в течение 5 дней. Если у ребенка хронический кашель (кашель, который длится больше 30 дней), у него может быть туберкулез, астма, коклюш или другая проблема. Ребенка с хроническим кашлем или при повторении эпизодов астмоидного дыхания следует направить на обследование, если это не было сделано ранее.

Стридор — своеобразная патология дыхательной системы, обусловленная обструкцией воздухоносных путей.

- Это недуг новорожденных и грудничков, проявляющийся шумным дыханием, свистом или шипением. Турбулентное движение воздуха через суженные участки респираторного тракта сопровождается грубыми звуками различной тональности. Громкий стридор — проявление дыхательной обструкции, угрожающей жизни ребенка. Шумное и звучное дыхание слышно особенно сильно при возбуждении больного, во время плача или сосания груди.
- Патология поражает преимущественно младенцев. У малышей гортанные хрящи очень мягкие, воздух вибрирует в дыхательных путях, хрящи смыкаются, и возникает характерный звук.
- Стридор в зависимости от локализации поражения подразделяют на высокий, средний и низкий. В зависимости от фазы дыхания, во время которой шум максимально слышен, выделяют инспираторный, экспираторный и двухфазный или смешанный стридор.

Этиология

- Стридор — врожденная патология, возникающая у половины младенцев. Аномальное развитие наружного кольца гортани, мягкий надгортанник, близкое расположение черпаловидно-надгортанных складок, присасывающихся в полость гортани, способствуют появлению патологического шума при дыхании.
-
- Заболевание дыхательных путей протекает обычно в легкой форме и исчезает самостоятельно.

Препятствия на пути продвижения воздуха через дыхательные пути и сужения респираторного тракта могут возникать при следующих

Аномалии органов дыхания,

заболеваниях и состояниях:

- Ранние роды,
- Генетический синдром,
- Гидроцефалия,
- Сердечная патология,
- Гипотрофия,
- Попадание в просвет гортани или трахеи инородных тел,
- Новообразования,
- Паралич голосовых связок,
- Ларингомалация — недоразвитость стенок гортани,
- Трахеомалация — слабость трахеи,
- Родовая травма,
- Перинатальная энцефалопатия,
- Врожденный зоб,
- Сообщение гортани и трахеи с пищеводом,
- Увеличение вилочковой железы,
- Отек мягких тканей после интубации,
- Аллергический отек,
- Пищеводно-трахеальный свищ или расщелина гортани,
- Гесовершенство нервной системы,
- Повышение нервно-рефлекторной возбудимости,

Клиника

Основное проявление стридора — шум во время дыхания. При этом общее состояние и голос ребенка могут оставаться нормальными.

- В тяжелых случаях помимо стридора обструкция дыхательных путей проявляется беспокойством и плачем малыша. Его дыхание учащается, кожные покровы синеют, крылья носа раздуваются, вспомогательная мускулатура принимает участие в акте дыхания. При поражении голосовых складок развивается дисфония. Постепенно к признакам асфиксии присоединяется дезориентация в пространстве, расстройство восприятия лиц. Возможна потеря сознания. Состояние ребенка нормализуется, когда спазм гортани проходит.
- Кисты и опухоли гортани часто растут в просвет дыхательных путей и сдавливают мягкие ткани. Клинически патология проявляется стридорозным дыханием, охриплостью голоса и выраженными дисфагическими явлениями. Гемангиома имеет относительно высокую летальность. Опухоль быстро растет в течение первых месяцев жизни, что приводит к появлению двухфазного стридора и ухудшению дыхания, особенно при беспокойстве или вторичном инфицировании

По выраженности клинических проявлений врожденный стридор подразделяют на 4 степени:

- 1. Легкая степень характеризуется быстрым появлением симптомов и их бесследным исчезновением. Это компенсированная степень, не требующая лечения.
- 2. Средняя степень стридора сопровождается яркой клиникой и появлением патологических изменений в других органах. Она требует врачебного наблюдения, а при необходимости — лечения.
- 3. Тяжелая степень или декомпенсация — у ребенка появляется громкое и шумное дыхание, ему требуется срочная медицинская помощь.
- 4. Крайне тяжелая степень — при отсутствии своевременного и эффективного лечения наступает смерть. Заболевание в этой степени несовместимо с жизнью и требует госпитализации в реанимацию и хирургического лечения.

- Стридор первых двух степеней часто проходит самостоятельно без применения медикаментозных средств. Это обусловлено тем, что к 3 годам происходит укрепление хрящевой ткани гортани и ее расширение. Ребенок начинает легко дышать, и стридор проходит.
- Дети с врожденным стридором чаще других страдают заболеваниями органов дыхания. При ларинготрахеите состояние таких малышей быстро ухудшается, симптоматика усиливается, появляются хрипы и втягивание межреберных промежутков на вдохе. Чтобы ребенок нормально развивался и меньше болел, необходимо соблюдать прописанное лечение и периодически посещать врача.
- Стридор может осложняться развитием воспаления трахеи, бронхов, легких, дыхательной недостаточности. При этом прогноз заболевания становится неоднозначным и вызывает опасения.

Диагностика

- Перед тем, как назначить лечение, ребенка со стридорозным дыханием необходимо обследовать. Этим занимаются специалисты: педиатр, кардиолог, ЛОР-врач, пульмонолог, невролог. Они выявляют причину хрипов и свиста, исключают другие заболевания, а затем назначают курс лечения.
- Диагностические мероприятия:
- Сбор анамнеза,
- Физикальный осмотр ребенка,
- Определение частоты дыхания,
- Измерение пульса,
- Микроларингоскопия,
- Рентгенография шеи и груди,
- Ультразвуковое исследование гортани,
- МРТ и КТ.

Наиболее информативным и диагностически значимым методом является эндоскопия — фиброскопия, ларингоскопия, ларинготрахеобронхоскопия.

- Прямая ларингоскопия представляет собой осмотр гортани, во время которого проводят различные лечебные манипуляции, в том числе интубацию. Ее проводят с помощью жесткого или гибкого фиброларингоскопа, перед введением которого пациенту дают противорвотные и подавляющие секрецию препараты. Гибкий ларингоскоп вводят через нос, предварительно обработав его сосудосуживающим спреем. Жесткий ларингоскоп вводят через рот больному после действия наркоза в условиях операционной.

Лечение

В зависимости от причины, вызвавшей стридор, специалисты выбирают тактику лечения. Если хрящевая ткань гортани мягкая, то специальных препаратов не назначают, симптомы исчезают самостоятельно в течение первого года жизни.

- Все остальные случаи заболевания требуют проведения хирургического и медикаментозного лечения. Оперативное вмешательство и дальнейшая терапия больных детей проводится в отделении торакальной хирургии, отоларингологии, онкологии, кардиохирургии, эндокринологии, токсикологии.
- Основной целью терапии является восстановление проходимости дыхательных путей и устранение причин патологии.
- Острый стридор, сопровождающийся истерикой и паникой ребенка, требует оказания экстренной медицинской помощи. Больного немедленно госпитализируют. В стационаре его раздевают и обеспечивают приток свежего воздуха. Чтобы ребенок перестал истерить, специалисты применяют отвлекающие процедуры: горчичники на голени, теплая ванна, в крайнем случае — нашатырный спирт. После снятия приступа истерии врачи переходят к медикаментозной терапии.

Медикаментозное лечение

- 1. Противоотечная терапия — «Сорбитол», «Маннитол», «Реоглюман», «Фуросемид».
- 2. Гормональная терапия — «Дексаметазон», «Преднизолон», «Гидрокортизон».
- 3. Лечение гуморальными иммуномодуляторами — интерферонами и моноклональными антителами.
- 4. Бронхолитики, снижающие спазмы — «Эуфиллин», «Сальбутамол».
- 5. Ингаляции с бронхолитиками, гормональными препаратами, адреналином и эфедринном способствуют расширению дыхательных путей пациента.
- 6. Инъекции новокаина, витаминов В.

Оперативное вмешательство

- Выбор операции определяется непосредственной причиной возникновения стридора.
- • Гемангиому гортани удаляют углекислым лазером.
- • При параличе голосовых связок проводят трахеотомию.
- • Кисты гортани лечат путем аспирации ее содержимого и иссечения стенок лазером.
- • Стридор, обусловленный папилломатозом гортани, лечат путем удаления папиллом микроинструментами. Для предупреждения рецидива заболевания требуется длительное и непрерывное введение препаратов интерферона.
- • Выраженные дыхательные нарушения при трахеомалации, не исчезающие спонтанно, ликвидируют с помощью проведения трахеотомии.
- • При развитии критического состояния и острых приступов проводят интубацию с искусственной вентиляцией легких.

Профилактика

Предотвратить появление стридора невозможно, поскольку эта патология врожденная. Чтобы избежать ухудшения состояния больного ребенка, требуется соблюдать основные рекомендации специалистов. Среди них:

- 1. Регулярное посещение врача.
- 2. Сбалансированное питание, обогащенное продуктами с высоким содержанием клетчатки.
- 3. Нормализация витаминно-минерального обмена.
- 4. Закаливание ребенка.
- 5. Соблюдение правил личной гигиены.
- 6. Зарядка и массаж.
- 7. Поддержание в детской комнате оптимальной температуры воздуха.
- 8. Увлажнение и очищение воздуха.
- 9. Регулярное проведение влажной уборки в помещении.
- 10. Предупреждение переохлаждения малыша и развития простудных заболеваний.
- 11. Исключение контактов с больными людьми.
- 12. Ежедневные прогулки на свежем воздухе.
- 13. Плавание.