

Острый стенозирующий ларинготрахеит

Катышев В. С.

453 гр.

Острый стенозирующий ларинготрахеит (ложный круп) - воспаление слизистой оболочки гортани и трахеи с явлениями стеноза за счет отека в подсвязочном пространстве и рефлекторного спазма мышц гортани.

Чаще развивается у детей до 3 лет.

Основные причины:

- Острые респираторно-вирусные заболевания (парагрипп, грипп, аденовирусная инфекция, риносинцитиальная инфекция и др.).
- Бактериальные инфекции (стрептококковая, стафилококковая и др.).
- Аллергические реакции немедленного типа (отек Квинке, анафилактический шок)
- Симптомы ларенготрахеита появляются внезапно, чаще в ночное время

Этиология

Превалирующим этиологическим фактором, обуславливающим воспалительный процесс в гортани и трахее, сопровождающим развитие синдрома крупа, является вирус парагриппа. На его долю приходится примерно половина всех вирусных ОСЛТ. Наряду с вирусами в развитии неблагоприятного (тяжелого, осложненного) течения ОСЛТ большую роль играет бактериальная флора, активизирующаяся при ОРВИ или присоединяющаяся в результате внутрибольничного инфицирования.

Предрасполагающие факторы

-
- Анатомо-физиологические особенности детской гортани и трахеи: малый диаметр, мягкость и податливость хрящевого скелета; короткое узкое преддверие и воронкообразная форма гортани; высоко расположенные и непропорционально короткие голосовые складки; гипервозбудимость мышц, замыкающих голосовую щель
- Лекарственная аллергия
- Родовая травма, роды путем кесарева сечения
- Поствакцинальный период

Механизмы развития ОСЛТ

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

Клинические проявления

- Изменение тембра и осиплость голоса соотносятся со степенью отека слизистой гортани вплоть до развития афонии
- Кашель при ОСЛТ грубый, "лающий", иногда "каркающий", короткий, отрывистый. Специфическая звуковая окраска кашля, его высота является отражением выраженности явления спазма мышц гортани: чем выше кашель, тем больше превалирует спазм мышц. Громкость его обусловлена степенью отека слизистой оболочки: чем больше отек, тем тише кашель.

- Вдох удлинен и затруднен, выпадает пауза между вдохом и выдохом, дыхание приобретает шумный, "пилящий" характер.
- Переход инспираторной одышки в смешанную говорит о нарастании степени тяжести стеноза.
- Рост сопротивления дыханию, обусловленный стенозированием просвета верхних дыхательных путей, приводит к активизации работы дыхательной мускулатуры и втяжению уступчивых мест грудной клетки.

В практической работе важно отличать степень стеноза гортани от стадии крупа. Степень стеноза отражает выраженность дыхательной недостаточности, тогда как стадии крупа характеризуют динамику развития заболевания. Стадийное развитие крупа характерно для дифтерии гортани, но не свойственно ОСЛТ при ОРВИ.

Стеноз 1 степени

Клинически характеризуется всеми признаками ОСЛТ. При беспокойстве, физической нагрузке отмечается нарастание глубины и шумности дыхания, появляется инспираторная одышка.

Стеноз 2 степени

Усиление всех клинических симптомов ОСЛТ. Характерное стенотическое дыхание хорошо слышно на расстоянии, отмечается в покое. Одышка инспираторного характера постоянная. Компенсация стеноза происходит за счет увеличения работы дыхательной мускулатуры в 5-10 раз. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки в покое, усиливающееся при напряжении. Дети обычно возбуждены, беспокойны, сон нарушен. Кожные покровы бледные, появляется периоральный цианоз, усиливающийся во время приступа кашля, тахикардия.

Стеноз 3 степени

Нарушается внешнее и тканевое дыхание, снижается уровень окислительных процессов в тканях, появляется смешанный ацидоз. Общее состояние тяжелое. Выраженное беспокойство, сопровождающееся чувством страха, сменяется заторможенностью, сонливостью. Голос резко осипший, но полной афонии не наблюдается. Кашель, вначале грубый, громкий, по мере нарастания сужения просвета гортани, становится тихим, поверхностным. Одышка постоянная, смешанного характера. Дыхание шумное, частое, с резким втяжением уступчивых мест грудной клетки.

Тахикардия, пульс парадоксальный (выпадение пульсовой волны на вдохе). Может регистрироваться артериальная гипотензия.

Стеноз 4 степени (асфиксия)

Состояние крайне тяжелое, развивается глубокая кома, могут быть судороги, температура тела падает до нормальных или субнормальных цифр. Дыхание частое, поверхностное или аритмичное с периодическими апноэ. Тоны сердца глухие, возникает брадикардия, а затем асистолия. Гипоксемия и гиперкапния достигают крайних значений, развивается глубокий комбинированный ацидоз.

Оценка степени стеноза гортани

Таблица 1. Шкала Уэстли (в баллах), 2013 г.						
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	Нормальное	Затруднено	Значительно затруднено			

- Лёгкий: до 2 баллов
- Средний: от 3 до 7
- Тяжёлый: больше 8

Осложнения

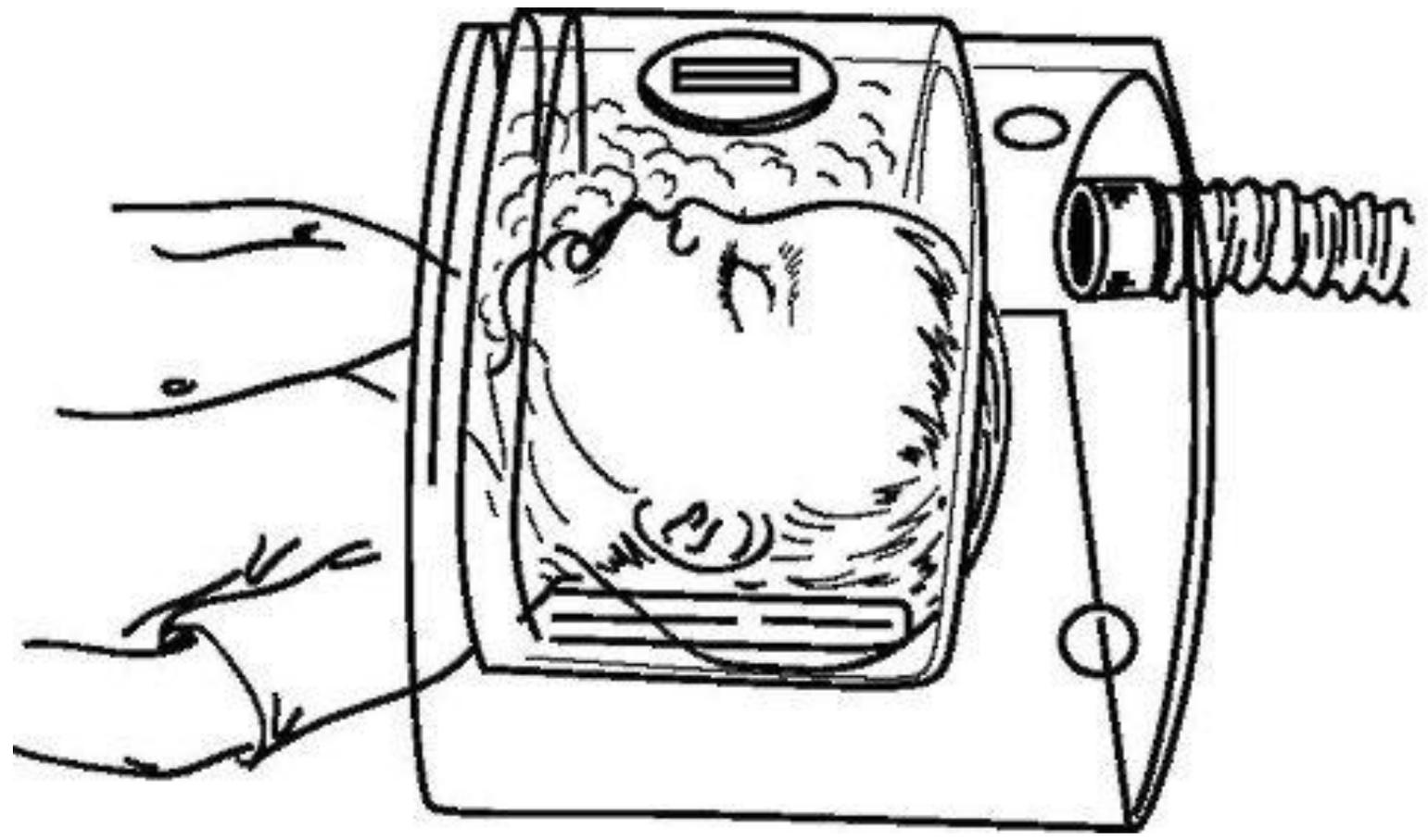
Наиболее частым и независящим от степени стеноза гортани осложнением ОСЛТ является обструктивный бронхит. При декомпенсированном (3-я степень) стенозе часто развивается гнойный ларинготрахеобронхит (1/3 пациентов) и пневмония. Возможны также бактериальные отиты, синуситы, лакунарная ангина, гнойный конъюнктивит, гнойный менингит. Присоединение пневмонии является ведущей причиной смерти при вирусном крупе.

Лечение

Необходимым условием успешного лечения стенозирующих ларинготрахеитов является обязательная ранняя госпитализация больных в специализированное отделение по ведению больных с ОСЛТ или в соматическое детское (инфекционное) отделение при наличии отделения реанимации и интенсивной терапии. Госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии подлежат больные с ОСЛТ 3-й степени, а также 2-й степени, если течение заболевания не улучшается на протяжении 24-48 часов на фоне проводимой, адекватной тяжести состояния, терапии.

- Этиотропная терапия ОСЛТ при ОРВИ предполагает: воздействие на вирус (противовирусные препараты); использование факторов неспецифической защиты (интерфероны); воздействие на иммунитет.
- Патогенетическая терапия ОСЛТ направлена на подавление основных механизмов, формирующих патофизиологические сдвиги и клинические проявления обструкции верхних дыхательных путей. Для устранения отечного компонента используются кортикостероиды, антигистаминные препараты, диуретики.

Базисной терапией ОСЛТ в условиях стационара является парокислородная терапия, которая уменьшает спазм мышц и отек слизистой оболочки гортани, разжижает мокроту, увлажняет и обогревает вдыхаемый воздух.



Тактика оказания медицинской помощи

- Эмоциональный и психический покой
- Доступ свежего воздуха
- Комфортное положение для ребёнка
- Отвлекающие процедуры: увлажнённый воздух
- По показаниям - жаропонижающая терапия
- Контроль ЧД, ЧСС, пульсоксиметрия

- Будесонид 0,5 мг через небулайзер с 2 мл физраствора
- Оценка состояния через 15-20 мин
- При отсутствии эффекта Дексаметазон 0,15–0,6 мг/кг (в/м) или Преднизолон 2-5 мг/кг (в/м)
- Госпитализация

При госпитализации в ПИТ

- Увлажнённый кислород
- Дексаметазон 0,15–0,6 мг/кг (в/м) или Преднизолон 2-5 мг/кг (в/м)
- Будесонид 2мг однократно или 1 мг до купирования стеноза гортани
- Переоценка симптомов через 15-20 мин
- По показаниям интубация/трахеостомия