

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Кафедра оториноларингологии

ЭПИГЛОТТИТ



Подготовила: студ. 525 гр.

*Васильченко М.А.
Проверила: доц.кафедры
к.м.н. Власова Г.В.*

Актуальность проблемы.

- Острые стенозы гортани являются актуальной проблемой детской ларингологии, занимая одно из первых мест среди причин детской летальности. Понятие острого стеноза гортани собирательное и включает в себя патологические изменения в области преддверия гортани, межжелудочкового отдела и подскладкового пространства гортани.



- Острый эпиглоттит (надскладковый ларингит) - является причиной прогностически серьезной обструкции гортани за счет сужения дыхательных путей вследствие обширного воспалительного отека слизистой оболочки надгортанника, а также черпалонадгортанных складок.



Эпиглоттит-

острое бактериальное воспаление, захватывающее надгортанник и ткани гортаноглотки и сопровождающееся жизнеугрожающей обструкцией верхних дыхательных путей.



Эпиглоттит

Заболевание характеризуется фульминантным течением. От момента возникновения первых симптомов до тотальной обструкции верхних дыхательных путей и смерти проходит несколько часов.



Эпидемиология:

встречается в основном у детей 2 - 5 лет, но болеют им и более старшие дети, и взрослые.



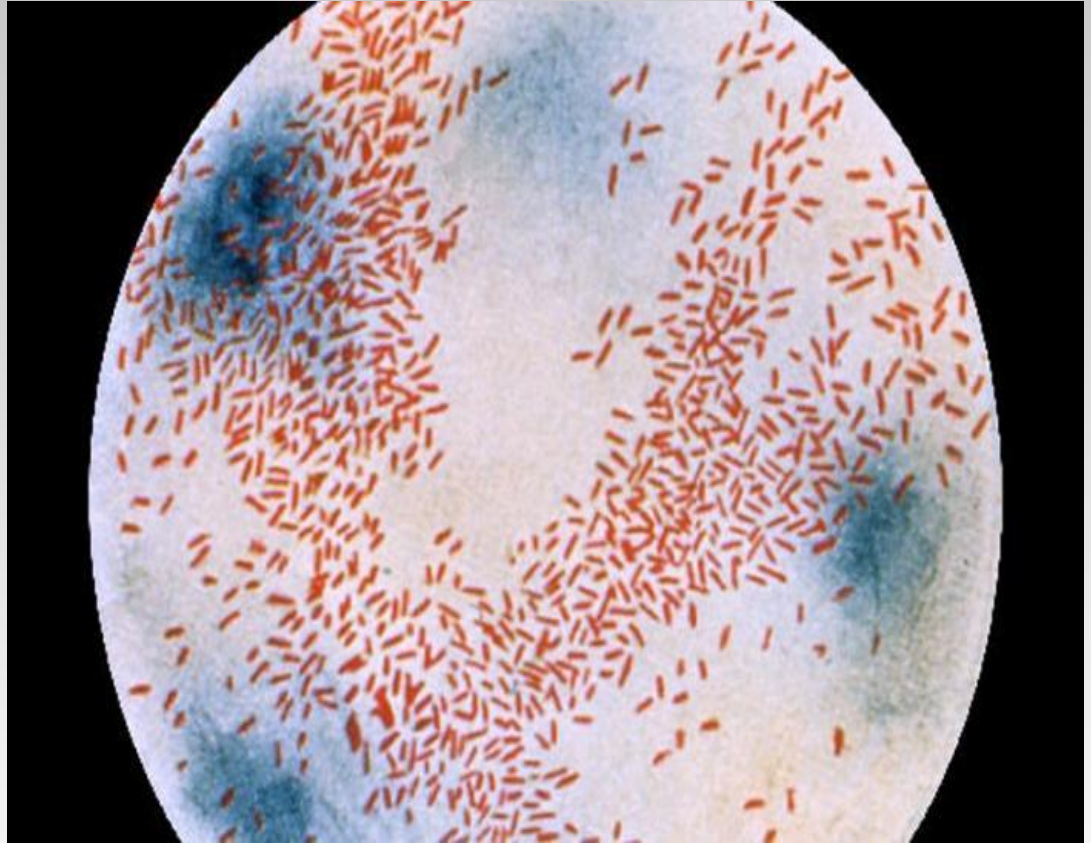
Эпидемиология

- *Haemophilus influenzae type b*

– 95% случаев у детей в возрасте до 5 лет.

Кроме того у детей старшего возраста и взрослых важную роль в возникновении острого эпиглоттита играют:

- *Staphylococcus aureus*;
- В-*Haemolytic* streptococci;
- *Streptococcus pneumoniae*;
- *Streptococcus pyogenes*.



Haemophilus influenzae

Морфология.

- представляет собой мелкие не более 1,5 мкм полиморфные грам отрицательные палочки с закругленными концами
- В мазках располагаются поодиночке или парами, реже группами или в виде коротких цепочек
- Спор не образуют, неподвижны, но подобно всем грамотрицательным бактериям имеют пили.
- Являются аэробами /факультативными анаэробами .



Факторы патогенности.

- Капсула- представляет собой полимер рибозы и рибитола скрепленных фосфорной кислотой;
- Липополисахаридный эндотоксин(он доминирует в развитии септического синдрома);
- пили (адгезия);
- IgA-протеаза(инактивация секреторных антител);
- фактор, подавляющий мукоцилиарный транспорт в системе реснитчатого эпителия (усиливает колонизацию)

Патогенез.

1. Адгезия м/о на слизистую оболочку;
2. Разрушение эпителиальных барьеров/проникновение через травматические дефекты.
3. Попадание инфекционного агента в кровоток----»бактериемия----» инфицирование надгортанника и окружающих тканей. Риск развития поражения мозговых оболочек , среднего уха, лёгких.
4. Воспаление и отёк в рыхлой клетчатке.
5. Начало с язычной поверхности надгортанника.
6. Рост инфильтрации. В процесс включаются черпалонадгортанные складки , черпаловидные хрящи, весь верхний этаж гортани.
7. Воспалительные изменения захватывают не только подслизистый слой, но и мышцы , межмышечную клетчатку , надхрящницу.
8. Абсцесс и флегмона.



- Нарастание отёка в надскладковой области
- Надгортанник отдавливается кзади
- Сужение дыхательных путей .
- Развитие асфиксии, смерть.



Степень выраженности воспалительных явлений в надгортаннике.

- Отёчная форма;
- Инфильтративная форма;
- Абсцедирующая форма.



Классическая

клиническая триада:

- *боль в горле (у детей слюноотечение),*
- *дисфагия ,*
- *затрудненное дыхание.*



- Внезапное начало.
- Повышение температуры до фебрильных цифр.
- Участие вспомогательных мышц в акте дыхания.
- Втяжение яремной ямки , надключичных пространств и межрёберных промежутков.
- Стридорозное дыхание.
- Осиплость голоса.
- Редкий звонкий , непродуктивный кашель.
- Вынужденное положение.
- Язык выступает из ротовой полости.
- Обильное слюнотечение.

При попытке уложить ребёнка на спину наблюдается нарастание дыхательной недостаточности.



Диагностика.

Для обнаружения *H.influenzae* проводятся:

1. Морфологическое исследование мазков-отпечатков с окраской по Граму.
2. Микробиологическое исследование посева со слизистой надгортанника.
3. Посев крови на среду для выделения гемофильной палочки.
4. Серологическое исследование в реакции ИФА

Прямая ларингоскопия.



Что общего в клинической картине эпиглоттита и крупа?

- Уровень поражения – обструкция верхних дыхательных путей.
- Затруднение дыхания (экспираторный стридор)
- Дисфония



Дифференциальные признаки

Эпиглоттит

- Внезапное, острейшее начало на фоне полного здоровья
- Быстрое течение болезни с нарастанием ДН в течении 6-8 часов
- Фебрильная или гектическая лихорадка

Острый обструктивный ларингит

- Начало постепенное или острое на фоне ОРВИ
- Ухудшение симптомов в ночное время
- Температура нормальная или субфебрильная



Эпиглоттит

- Выраженный интоксикационный синдром.
- Вынужденное положение ухудшение состояния лёжа, улучшение-сидя.
- Редкий звонкий , непродуктивный кашель.



Острый обструктивный ларингит

- Слабо выражен или отсутствует
- Нет вынужденного положения
- Состояние реёнка не зависит от положения тела.
- Лающий кашель

Эпиглоттит

- Сдавленный тихий голос.
- Характерно слюнотечение.
- Болезненное глотание.
- Не характерны.
- Надгортанник резко отёчный, увеличен, шарообразной формы, вишнёвого цвета.



Острый обструктивный ларингит

- Осиплость до афонии.
- Не характерно слюнотечение.
- Не характерно.
- Выражены катаральные явления.
- Гиперемия СО и отёк подсвязочного пространства.

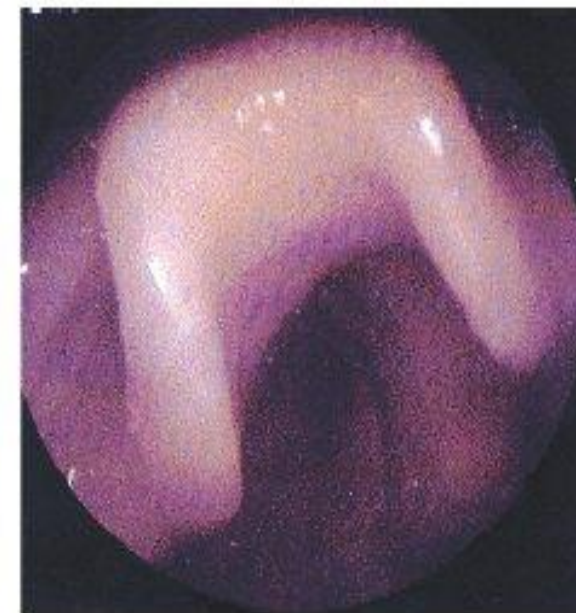


Рис. 3. Ларингоскопическая картина при эпиглоттите (а) и крупе (б).

а



б



Лечение.

1. Лечение в ОРИТ.
2. Коррекции гипоксемии проводится путем ингаляций увлажненного кислорода.
3. При полной обтурации верхних дыхательных путей производится наложение трахеостомы либо назотрахеальная интубация.
4. Мониторинг витальных функций (АД, пульсоксиметрия, ЭКГ).
5. Антибиотикотерапия (в/в цефалоспорины 2-3 поколения: цефуроксим, цефотаксим, лендацин 75-100мг/кг, цефтриаксон).

6. Инфузионная терапия- р-р Рингера, физ.р-р
7. Иммунокоррекция- иммуноглобулин (пентоглобин).

