

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

"Смоленский государственный медицинский университет"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра оториноларингологии

Подскладочный ларингит

Выполнила: студентка лечебного факультета

4 курса 403 группы

Шугаева Екатерина Егоровна




- Подскладочный ларингит (ложный круп) возникает у детей от 2 до 5 лет в связи с наличием в этом возрасте в подголосовом пространстве значительного количества рыхлой клетчатки, которая на раздражение реагирует отеком.

Причины, способствующие развитию подскладочного ларингита:

- нарушение обменных процессов (экссудативный диатез, рахит и др.);
- аллергические заболевания (бронхиальная астма, вазомоторный ринит);
- инфекционные заболевания (ОРВИ, корь, скарлатина).



- Обычно, накануне заболевания у ребенка отмечаются умеренные катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, субфебрильная температура.



Приступ заболевания начинается внезапно среди ночи следующим образом:

- ребенок просыпается в связи с грубым, лающим кашлем;
- отмечается шумное затрудненное дыхание, беспокойство, втяжение межреберий, цианоз носогубного треугольника;
- голос остается чистым или отмечается умеренная охриплость.

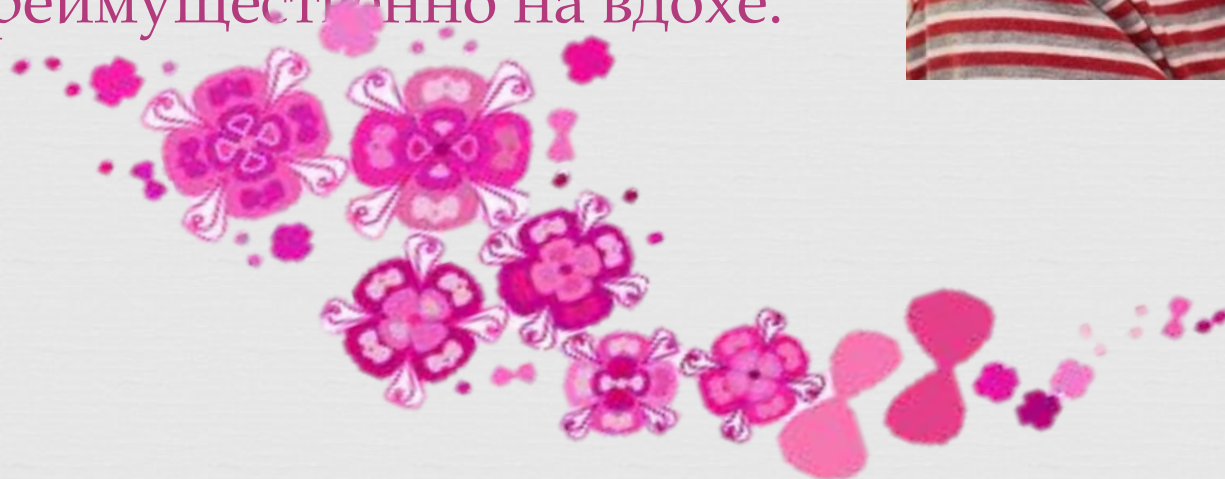


В типичных случаях продолжительность приступа бывает от нескольких минут до получаса. Затем появляется выраженная потливость, дыхание становится свободным, ребенок засыпает.

Однако, в последнее время в связи с ростом количества аллергических заболеваний, приступы подголосового ларингита протекают значительно тяжелее и сопровождаются развитием тяжелых степеней стеноза гортани. На фоне постепенного нарастающей одышки может развиваться внезапная остановка дыхания, связанная с наступившим ларингоспазмом.

Клинические проявления ложного крупа
напрямую зависят от степени стеноза гортани.

I степень стеноза характеризуется наличием одышки лишь при физической нагрузке и волнении ребенка. Аускультация обнаруживает удлинённый вдох и наличие в легких единичных свистящих хрипов, появляющихся преимущественно на вдохе.



II степень стеноза отличается наличием одышки и в состоянии покоя. На вдохе наблюдается втяжение яремной ямки и межреберных промежутков. Аускультативно выслушиваются сухие хрипы. Возникает синюшная окраска носогубного треугольника, свидетельствующая о легком кислородном голодании. Отмечается тахикардия, возбуждение,



III степень стеноза. Имеет место сильная инспираторная одышка с втяжением во время дыхания яремной ямки, межреберий и эпигастральной области. У больного ложным крупом отмечается выраженный «лающий» кашель, появляется дисфония и парадоксальное дыхание. Возможна одышка смешанного характера, которая является неблагоприятным признаком в плане прогноза заболевания. Цианоз носит диффузный характер. Пульс нитивидный с выпадениями на вдохе, тахикардия. Беспокойство ребенка сменяется заторможенностью, сонливостью, возникает спутанность сознания. В легких на вдохе и на выдохе выслушиваются сухие и влажные разнокалиберные хрипы, отмечается





IV степень стеноза характеризуется отсутствием типичного для ложного крупа «лающего» кашля и шумного дыхания. Наблюдается аритмичное поверхностное дыхание, артериальная гипотония, брадикардия.

Возможны судороги.

Сознание пациента с ложным крупом спутано и переходит в гипоксическую кому. Ложный круп с IV степенью стеноза может закончиться летальным исходом в следствие развития асфиксии.



Отличительной особенностью является то, что ложный круп протекает с изменениями тяжести обструктивного синдрома и инспираторной одышки на протяжении суток от резко выраженных до почти незаметных. Однако наибольшая тяжесть состояния отмечается всегда ночью. Именно ночью возникают приступы ложного крупа, вызванные выраженным стенозом гортани. Они проявляются прогрессирующим чувством удушья, страхом и двигательным беспокойством со стороны ребенка, сильной одышкой, характерным кашлем, периоральным цианозом и бледностью остального кожного покрова.



Осложнения ложного крупы

Нарушение нормального дыхания при ложном крупе со стенозом II-III степени приводит к присоединению бактериальной флоры и образованию на стенках гортани гнойно-фибринозных пленок. Распространение инфекции ниже по дыхательным путям обуславливает развитие острого трахеобронхита, обструктивного бронхита и пневмонии. Осложнением при крупе могут также стать синусит, отит, ангина, конъюнктивит,

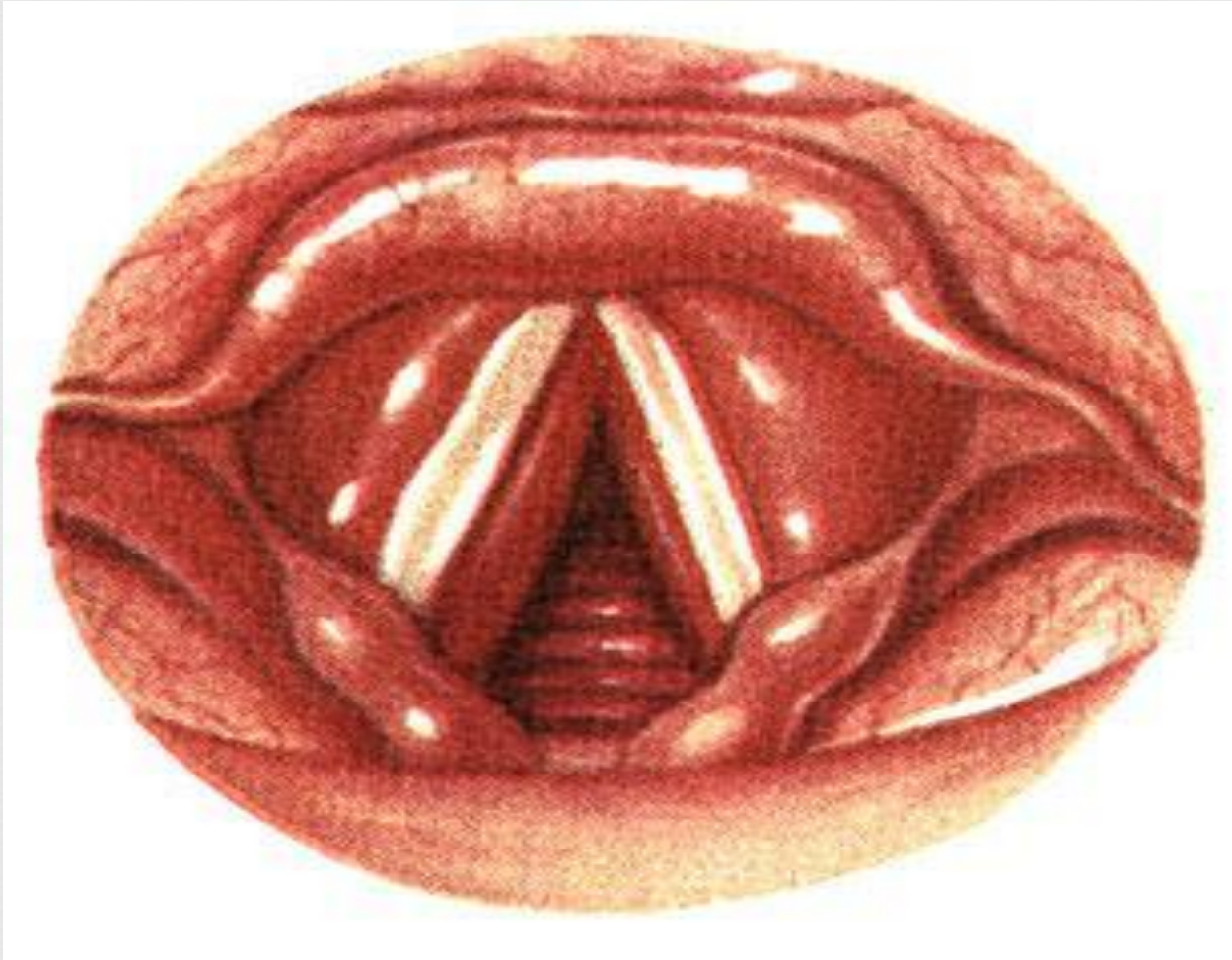


При ларингоскопии:



- гиперемия всей слизистой оболочки гортани;
- нормальная окраска и подвижность голосовых складок;
- валикообразные утолщения слизистой подголосового пространства, суживающие просвет гортани.

Подскладочный ларингит



□

Дифференциальная диагностика ложного крупы

Ложный круп в первую очередь необходимо дифференцировать с истинным. Дифтерийный круп отличается постепенным и прогрессирующим нарастанием стеноза гортани, сопровождающимся дисфонией вплоть до полного отсутствия голоса. Ложный круп может протекать с нарушениями голоса, но при нем никогда не бывает афонии. Истинный круп характеризуется отсутствием усиления голоса при плаче или крике. У пациентов с ложным крупом усиление голоса сохраняется. Диагностировать дифтерийный круп помогает выявление дифтерийных налетов при осмотре гортани и обнаружение возбудителя дифтерии при бактериологическом исследовании мазков.

Дифференциальный диагноз ложного и истинного крупа

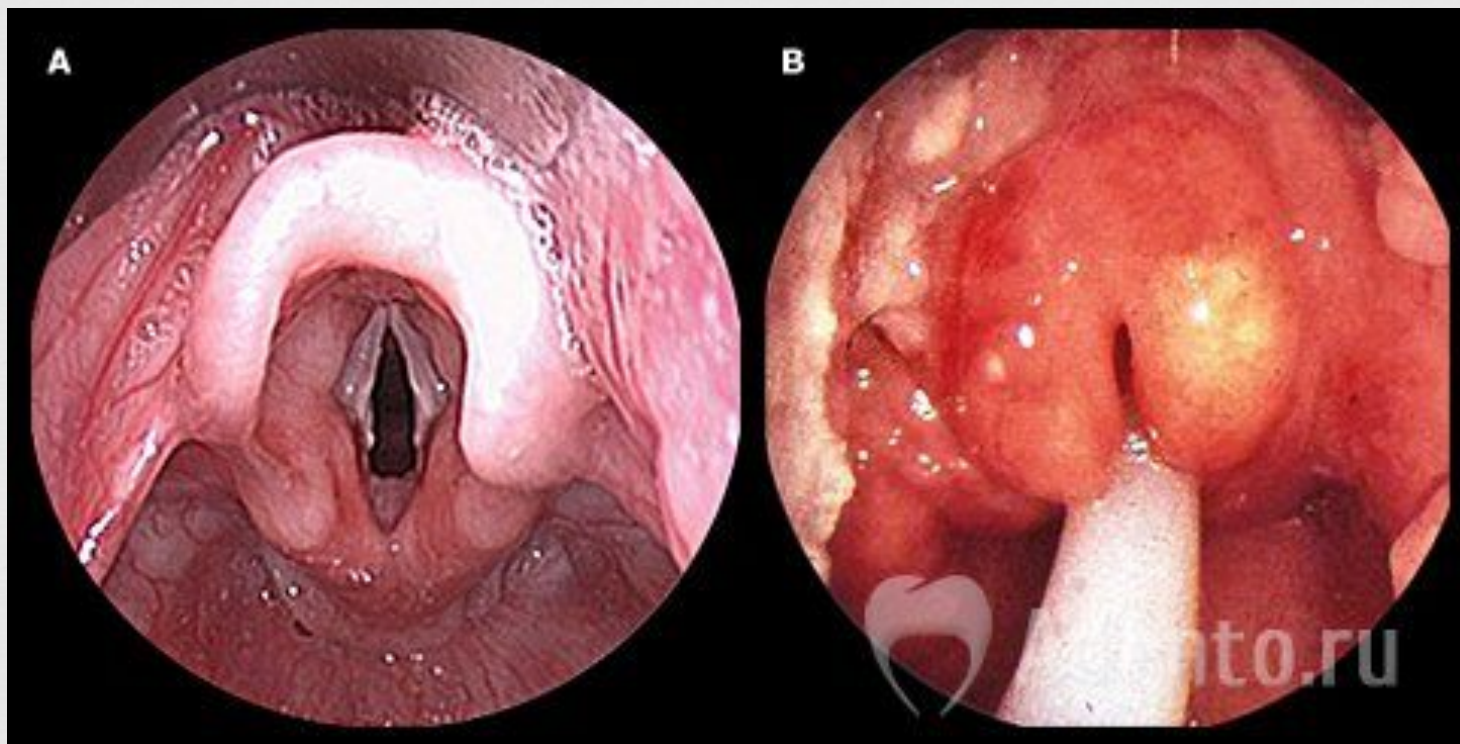
□ Истинный круп (дифтерия):

- возбудитель – дифтерийная палочка
- заболевание развивается постепенно
- дисфония вплоть до афонии, постепенно развивается удушье
- кашля обычно нет,
- регионарные лимфоузлы увеличены, припухшие, болезненны при пальпации,
- в глотке и гортани фибринозные грязно-серого цвета дифтеритические

□ Ложный круп (подскладочный ларингит):

- начало заболевания связано с острым воспалением слизистой оболочки
- заболевание носит приступообразный характер
- характерный лающий кашель
- значительного увеличения лимфоузлов нет
- при ларингоскопии видна валикообразная симметричная припухлость, гиперемия слизистой оболочки подголосового пространства,

Ложный круп также дифференцируют от других заболеваний, которые могут сопровождаться стенозом гортани. Это аллергический отек гортани, инородное тело гортани, острый эпиглотит, заглоточный абсцесс, опухоль гортани, поражение гортани у детей с врожденным сифилисом, приступ бронхиальной астмы, врожденный стридор и пр.





В связи с тем, что заболевание развивается внезапно, среди ночи, ребенок нуждается в оказании неотложной помощи.

Средний медицинский работник должен уметь правильно оценить состояние больного, вызвать в случае необходимости машину скорой помощи и выполнить необходимые манипуляции:



- придать пациенту возвышенное положение, расстегнуть стесняющую одежду;
- обеспечить влажный, прохладный свежий воздух;
- поставить горчичники на икроножные мышцы;
- вызвать рвотный рефлекс надавливанием на корень языка в случае внезапной остановки дыхания для снятия рефлекторного спазма ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК;



- напоить ребенка теплым молоком с боржоми;
- при улучшении состояния рекомендовать обратиться на следующий день к врачу;
- при отсутствии эффекта от оказанной помощи обеспечить срочную госпитализацию.

В стационаре ребенку будет оказана следующая

ПОМОЩЬ:

- прямая ларингоскопия и при наличии показаний проведена интубация;
- парентеральное введение антигистаминных, гормональных препаратов;
- оксигенотерапия, ингаляции;
- назначение мочегонных, седативных, отхаркивающих средств, антибактериальных препаратов.



Спасибо за

ВНИМАНИЕ