**Диагностика и лечение острого обструктивного ларингита.**

**Горбарчук Алена Петровна,**

**студентка краевого государственного бюджетного**

**профессионального образовательного учреждения**

**«Ачинский медицинский техникум»**

**Денисова Валентина Николаевна,**

 **преподаватель**

Острый обструктивный ларингит - ООЛ (ложный круп) является актуальной проблемой педиатрии, так как это заболевание - наиболее частая причина острой обструкции верхних дыхательных путей у детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет. По официальной статистике летальный исход при синдроме крупа высок и колеблется от 0,4 до 5%. Поэтому своевременная диагностика, адекватное оказание медицинской помощи и правильно подобранное лечение ребенку способствуют сохранению жизни и здоровья пациентов детского возраста.

Из ежегодно регистрируемого числа острых респираторных заболеваний у детей острый обструктивный ларингит встречается в 7,5 – 8,0% случаев. Это неотложное состояние, требующее экстренной диагностики и терапии на догоспитальном этапе с первых его проявлений. Обычно это быстро купирующееся острое заболевание, разрешение симптомов наступает в течение 48 часов от начала адекватной терапии в 60% случаев, однако приблизительно 5% детей с крупом требуется госпитализация, причем 1–3% из госпитализированных может понадобиться искусственная вентиляция легких, так как этот синдром часто осложняется нарушениями функций дыхания и кровообращения, угрожающими жизни ребенка.

Синдром обструкции верхних дыхательных путей развивается достаточно часто при инфекционной патологии различного генеза (острые респираторные вирусные инфекции, дифтерия, корь, ветряная оспа). Различают понятия истинный круп и ложный круп. При истинном крупе просвет гортани закрывается каким - то механическим препятствием, например, плёнками при дифтерии гортани. Чаще всего причиной ложного крупа становится вирусная инфекция, которую вызывают вирусы парагриппа, реже-вирусы гриппа, аденовирусы и другие возбудители.

 Это состояние наиболее часто возникает у детей раннего и дошкольного возраста (с 6 месяцев до 3лет) из-за анатомо-физиологических особенностей органов дыхания: узкие просветы дыхательных путей, склонность их слизистой оболочки к развитию отёка из-за обильной васкуляризации и большого количества бокаловидных клеток, вырабатывющих слизь, рыхлое подсвязочное пространство, а также особенности иннервации гортани, способствующие возникновению ларингоспазма, и относительная слабость дыхательной мускулатуры.

Предрасполагающими факторами для развития синдрома ООЛ при ОРВИ являются: отягощённый аллергологический анамнез, искусственное вскармливание (особенно коровьим молоком, так как b-глобулины, входящие в его состав, являются сильнейшими аллергенами, перенесенные инфекционные заболевания, загрязненный воздух (в том числе, пассивное курение).

Оценка степени стеноза гортани обусловливает медицинскую тактику и объем медицинских вмешательств, оказываемых ребенку. Лечебные мероприятия должны быть направлены на как можно быстрое восстановление дыхательной функции и улучшение состояния больного, предупреждение прогрессирования стеноза гортани и летального исхода. Адекватная комплексная терапия, воздействует на воспалительный процесс слизистых оболочек, снимает их отёк, снижает гиперчувствительность дыхательных путей, нормализует нейровегетативный статус, что способствует прекращению рецидивирования патологического процесса.

Основные механизмы развития ООЛ:

1. Отёк подсвязочного пространства голосовых связок;
2. Рефлекторный спазм мышц гортани;
3. Механическая закупорка просвета гортани воспалительным секретом (слизь, гной, фибринозные или некротические наложения) или инородным телом.

В типичных случаях острый ларингит у детей начинается внезапно, как правило ночью под утро. Характерны три ведущих симптома: осиплость голоса, грубый «лающий» кашель, и затруднение дыхания. Заболевание развивается остро на фоне ОРВИ, возбудителем которой чаще всего является вирус парагриппа и сопровождается насморком, умеренным повышением температуры тела. Появление приступов ночью объясняется тем, что в горизонтальном положении усиливается отек подголосового пространства, отсутствует откашливание слизи, а это ведет к рефлекторному ларингоспазму. Важное значение имеет и превалирование в ночное время влияния блуждающего нерва, за счет чего усиливается трахеобронхиальная секреция, усиливается сократительная активность гладкой мускулатуры гортани, трахеи, бронхов, активируется гистаминообразование .

Тяжесть общего состояния ребенка определяется степенью выраженности стеноза гортани и токсикоза, являющегося проявлением ОРВИ.

Степень стеноза гортани - тяжесть крупа оценивают по шкале Уэстли .

Таблица 1

Оценка степени стеноза по шкале Уэстли

|  |  |
| --- | --- |
| **Признаки** | **Баллы** |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Втяжение уступчивых мест грудной клетки | Нет | Легкое | Умеренное | Выраженное | Выраженное | Выраженное |
| Стридор | Нет | При беспокойстве | В покое | В покое |  | В покое |
| Цианоз | Нет | Нет | Нет | Нет | При беспокойстве | В покое |
| Сознание | Ясное | Ясное | Ясное | Ясное |  | Дезориентация |
| Дыхание | Нормальное | Затруднено | Значительно затруднено | Значительно затруднено |  | Значительно затруднено |

Легкий - ≤ 2 баллов;

Средняя тяжесть - от 3 до 7 баллов;

Тяжелый - ≥ 8 баллов.

Целью диагностики является выявление причины и оценка стадии стеноза гортани, которая определяет лечебную тактику и срочность оказания медицинской помощи.

Диагноз ООЛ ложного крупа ставится, как правило, на основании анамнеза и характерных клинических симптомов: осиплости голоса, «лающего» кашля, инспираторной одышки, инспираторного стридора. (

При обращении родителей за медицинской помощью необходимо уточнить давность появления симптомов ОРВИ, осиплости, затруднённого дыхания, беспокойства или вялости ребёнка, оценить степень стеноза с помощью бальной оценки по шкале Уэстли. При наличии показаний к госпитализации вызывается бригада неотложной медицинской помощи и решается вопрос о госпитализации ребёнка .

Показания к госпитализации: все дети со 2-ой и выше степенью стеноза гортани. При 1-ой степени: дети до 1 года жизни; отсутствие эффекта от проводимой терапии; предшествующее применение системных глюкокортикостероидов; недоношенность; врожденные аномалии развития гортани; дети с ДЦП.

Патогенетически обоснованно использование глюкокортикостероидов, оказывающих противовоспалительный эффект, уменьшающий отёк гортани и экссудацию, снижающих проницаемость капилляров. Первая линия терапии крупа – ингаляции через небулайзер ингаляционного глюкокортикостероида - будесонид-суспензии. Будесонид – местный ИГКС обладает выраженной противовоспалительной активностью. Будесонид-суспензия – глюкокортикостероид с возможным однократным назначением в сутки. Клинический эффект и улучшение функциональных показателей отмечается уже в течение 15-30 минут с максимальным улучшением через 3-6 часов. Средством доставки будесонида суспензии при крупе является небулайзер. Доза будесонида при стенозе 1 степени – 1 мг.(1000 мкг.), 2 степени – 2 мг. (2000 мкг.), 3 степени – 2 мг. (2000мкг.). При стенозе 3 степени перед ингаляцией будесонида используются системные глюкокортикостероиды: дексаметазон 0,6 мг/кг, преднизолон 2-5 мг/кг парентерально.

Неоходимо направить ребёнка к аллергологу, если круп рецидивирует 3 и более разв течении года.

Другие препараты и мероприятия:

1. Противовирусные препараты. Эффективны в первые 48 часов.
2. Показания к назначению антибактериальной терапии при ОСЛТ являются: клинико-лабораторные признаки бактериальных осложнений или сопутствующих состояний.
3. При клинических симптомах обструкции нижних дыхательных путей – ингаляции через небулайзер растворов бронхолитических препаратов (беродуал, сальбутамол).
4. У детей с атопией оправдано включение в комплексную терапию стеноза гортани 1-2 степени антигистаминных препаратов 2-го поколения.
5. После ликвидации острых проявлений стеноза гортани с целью разжижения и удаления мокроты из дыхательных путей при сопровождающемся кашле назначают бронхолитические и муколитические препараты внутрь или в ингаляциях (амброксол, ацетилцистеин, карбоцистеин) или комбинированные препараты аскорил (сальбутамол + бромгексин + гвайфенезин). У детей старше 2 лет возможно назначение фенспирида в сиропе.
6. Возможно использование бактериостатических препаратов местного действия (фузафунгин).