

Острый обструктивный ларингит: тактика врача-педиатра

Обзор выступления, состоявшегося в рамках V Научно-практической конференции «Современные вопросы педиатрии» 29 сентября 2016 г.

Первую часть своего выступления профессор А.Л.Заплатников посвятил разъяснению классификации инфекционных поражений гортани в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Опасность острого обструктивного ларингита обусловлена тяжестью состояния и высоким риском неблагоприятных исходов. Именно в связи с этим в рубрикации МКБ-10 четко выделен тот вариант острого воспаления гортани, которое сопровождается стридорозным дыханием и дыхательной недостаточностью. Выделение разных вариантов поражения гортани в классификации связано с разными подходами к лечению каждого из этих состояний. Острый обструктивный ларингит в клинической практике часто называется ложным крупом (синонимы: стенозирующий ларингит, стенозирующий ларинготрахеит, стенозирующий ларинготрахеобронхит).

Лечебная тактика острого стенозирующего ларингита должна быть очень хорошо отработана и нацелена на быстрое купирование дыхательной недостаточности.

Международная рубрикация острых инфекционных поражений гортани по МКБ-10

- J04.0 – острый ларингит;
- J04.2 – острый ларинготрахеит;
- J05.0 – острый обструктивный ларингит (круп).

Возможно катастрофическое ухудшение состояния больного, если

врач неправильно выстраивает алгоритм действий.

Далее профессор А.Л.Заплатников рассказал о тактике ведения таких пациентов.

Появившиеся у ребенка лающий кашель, стридорозное дыхание и при отсутствии адекватно проводимой терапии явления нарастающей дыхательной недостаточности – симптомы, которые характеризуют развившийся острый стенозирующий ларингит. Пациенты с симптомами острой респираторной инфекции и перечисленными особенностями требуют особого внимания.

На первом этапе необходимо оценить состояние ребенка и предположить выраженность стеноза. Для этого существуют разные клинические подходы. Хорошо известно, что, в зависимости от особенностей поведения ребенка в этот момент, выраженности симптома кашля, его частоты, наблюдающейся или нет провокации кашля физической активностью ребенка, наличием или отсутствием дыхательной недостаточности выделяются легкий, среднетяжелый и тяжелый варианты. При средней тяжести стенозирующего ларингита выявляется участие вспомогательной мускулатуры не только при беспокойстве, но и в спокойном состоянии, также появляются клинические признаки снижения оксигенации крови. Участковый врач обычно не оснащен пульсоксиметром – прибором контроля за оксигенацией крови, поэтому педиатру необходимо ориентироваться на клинические симптомы: поведение

ребенка, его возбудимость или наоборот, угнетение, участие вспомогательной мускулатуры, соответствие частоты сердечных сокращений (ЧСС) подъему температуры тела, наличие или отсутствие выпадения пульсовой волны на вдохе и т. д. (табл. 1).

В 2016 г. вышел согласительный документ «Круп у детей (острый обструктивный ларингит J 05.0). Клинические рекомендации».

В обсуждении финальной части документа принимали участие ведущие оториноларингологи, педиатры, аллергологи, инфекционисты и анестезиологи. В этих рекомендациях приводятся критерии оценки степеней стеноза гортани и тяжести состояния; в зависимости от выраженности втяжения уступчивых мест грудной клетки, наличия стридорозного дыхания, цианоза, характеристики сознания ребенка и особенностей дыхания ребенка начисляется определенное количество баллов. Максимальные баллы ставятся при участии всех вспомогательных мышц в акте дыхания, наличии цианоза в покое и изменении сознания ребенка (табл. 2).

Легкий стеноз 1-й степени, соответствующий 2 баллам по этой шкале, как правило, не требует госпитализации, если нет анамнестических или возрастных факторов риска. В ситуации, когда суммарно имеется от 3 до 7 баллов, вопросы о месте лечения ребенка уже не обсуждаются, ребенку необходимо параллельно самостоятельно оказывать экстренную помощь и вызывать

бригаду скорой помощи. 8 баллов означают необходимость реанимационных мероприятий для такого ребенка.

Степени тяжести стеноза гортани в зависимости от суммарной балльной оценки (по шкале Уэстли):

- Легкая: ≤2 баллов.
- Средняя тяжесть: 3–7 баллов.
- Тяжелая: ≥8 баллов.

Очень важно, чтобы медицинский работник, принимающий вызов в поликлинике или на скорой помощи, грамотно сформулировал вопросы, касающиеся состояния ребенка в целом и характеристик дыхания: просто плохо дышит или задыхается, цвет кожи обычный или «синий» и т. д. В зависимости от этого будет осуществляться вызов либо врача-педиатра, либо бригады скорой помощи.

Следующую часть своего выступления профессор А.Л.Заплатников посвятил тактике врача-педиатра.

Клиническая ситуация, характерная для стеноза 1-й степени: ребенок не отказывается от еды, у него появляется кашель или затрудненное дыхание только при беспокойстве или плаче; основные жалобы – это повышение температуры тела, периодический кашель, осиплость голоса. Как правило, описанная ситуация позволяет проводить лечение в домашних условиях. Однако в ряде ситуаций и при стенозе 1-й степени требуется принятие решения в пользу госпитализации.

Показания к госпитализации при стенозе 1-й степени:

- дети 1-го года жизни;
- отсутствие эффекта от проводимой терапии;
- предшествующее применение системных глюкокортикостероидов (ГКС);
- недоношенность;
- сопутствующая патология (в том числе и врожденные аномалии развития гортани);
- эпидпоказания;
- социальные показания.

Обязательно должны быть госпитализированы дети, стеноз у которых соответствует 2-й степени и выше. Тяжесть состояния здесь обуславливает необходимость оказания экстренной медицинской помощи (рис. 1).

Таким образом, если нет факторов риска и состояние ребенка соответствует легкому варианту стеноза (не измененное сознание, осиплость голоса, редкий лающий кашель; только при физической нагрузке или при беспокойстве появляются стридорозное дыхание, участие вспомогательной мускулатуры, отсутствие цианоза), то есть по шкале набирается не более 2 баллов – этот ребенок должен лечиться дома.

Таблица 1. Клиническая характеристика стеноза гортани*

Степень стеноза	Симптомы	Объективные данные
1-я	«Лающий» кашель, осипший голос. При возбуждении, движении, плаче дыхание становится более шумным	Общее состояние средней тяжести, углубленное и более редкое дыхание, отсутствие паузы между вдохом и выдохом. Отсутствие симптомов дыхательной недостаточности
2-я	Беспокойство, возбуждение ребенка, нарушение сна, потливость, выражение испуга на лице, ощущение нехватки воздуха; «лающий» кашель, который становится болезненным	Общее состояние средней тяжести или тяжелое. Стенотическое дыхание в покое, усиливается при физическом напряжении, втяжение уступчивых мест грудной клетки и эпигастрия. Признаки дыхательной недостаточности (цианоз носогубного треугольника, переходящего при беспокойстве ребенка в акроцианоз, одышка, тахикардия)
3-я	Выраженное беспокойство ребенка, чувство страха, нехватки воздуха, потливость. Дисфония, грубый «лающий» кашель, стенотическое дыхание, слышимое на расстоянии	Состояние тяжелое или крайне тяжелое. Признаки выраженной дыхательной недостаточности. Резко выраженная инспираторная одышка, цианоз, акроцианоз, участие всей дыхательной мускулатуры в акте дыхания, втяжение эпигастрия, частый нитевидный пульс, выпадающий на вдохе, мраморность кожи, похолодание конечностей
4-я	Судороги, потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание, дефекация	Состояние крайне тяжелое или агональное. Нарушение ритма дыхания, резкая глухость тонов сердца, брадикардия. Артериальное давление падает или не определяется, развивается асфиксия

Клиническая аллергология детского возраста с неотложными состояниями. Под ред. И.П.Балаболкина, В.А.Булгаковой. М.: Медицинское информационное агентство, 2011.

Таблица 2. Шкала Уэстли (балльная оценка тяжести), 2013

Признаки	Баллы				
	0	1	2	3	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	N	Затруднено	Значительно затруднено		

*Круп у детей (острый обструктивный ларингит J 05.0). Клинические рекомендации. Российское респираторное общество, Педиатрическое респираторное общество, Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов, Федерация педиатров СНГ, Всероссийское общество скорой медицинской помощи, Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням. М., 2016.

Профессор А.Л.Заплатников обратил внимание слушателей на важность покоя ребенка и спокойствия членов семьи. Нередко первый эпизод заставляет мать быть очень тревожной, и ее поведение во многом определяет утяжеление состояния больного.

Применение топического ГКС оказывает выраженное противовоспалительное действие, которое проявляется эффективным уменьшением обструкции и гиперреактивности дыхательных путей. Также выступающий сделал акцент на дозировании ингаляционного ГКС в ургентной ситуации: 1 мг будесонида в однократной ингаляции через небулайзер. Применение высокой дозы определяется дозозависимостью эффекта. Кратковременное, длительностью 2–3 дня, применение высокой дозы будесонида не вызывает существенных побочных эффектов. Если врач назначает правильную дозу, то уже через 20–30 мин стабилизируется состояние, а далее – к концу 1-го часа наблюдения, наступает отчетливый клинический эффект. Отмечено, что если в качестве стартовой терапии ингаляционно используются ГКС, то риски госпитализации достоверно ниже.

Ингаляционное применение ГКС – эффективный способ купирования отека, уменьшения воспаления, а значит, блокады на пути дальнейшего прогрессирования стеноза гортани. Если правильно оказывается помощь на догоспитальном этапе, то в дальнейшем скорость снижения воспалительных процессов значительно опережает естественный ход событий, что показано в приведенных исследованиях.

Таким образом, алгоритм действий врача выстраивается следующим образом: ингаляция через небулайзер адекватной дозы **1 мг** микронизированного будесонида → контроль через 20 мин (поведение ребенка, частота сердечного ритма, дыхания). Если эффекта нет, врач имеет право еще раз провести ингаляцию с 1 мг будесонида с оценкой состояния пациента через

10–15 мин. Если эффект есть – нужно продолжить наблюдение. Дополнительного введения каких-либо препаратов – антигистаминных, седативных – не нужно.

В тех случаях, когда эффекта от проводимого лечения нет, необходимо вызвать бригаду скорой помощи и использовать ГКС (преднизолон, дексаметазон) парентерально.

В тех случаях, когда стеноз 2-й степени и выше, ребенок должен быть госпитализирован. В большинстве случаев тяжесть состояния ребенка понятна еще при вызове. Правильная работа регистратуры, диспетчерской службы скорой помощи дают возможность сразу направить на вызов бригаду скорой помощи.

Если за время между вызовом врача-педиатра и его приходом к пациенту состояние ухудшилось, то параллельно экстренно вызывается бригада скорой помощи и по возможности проводится ингаляционное применение ГКС в дозе **2 мг** (если мать до этого не использовала ингаляционные ГКС).

Исследование, проведенное под координацией профессора С.А.Царьковой, показало, что, если на догоспитальном этапе пациент со стенозирующим ларингитом 2-й степени получил в качестве экстренной помощи ингаляцию микронизированным будесонидом в дозе 2 мг, степень регресса выраженности стеноза значительно более выражена по сравнению с естественным ходом событий.

Если к моменту визита врача состояние ребенка ухудшилось, возможности применить ингаляционную терапию ГКС нет или если ее применение не дало эффекта, врач, не дожидаясь приезда скорой помощи, может ургентно применить ГКС парентерально (рис. 2).

Терапевтическая тактика при стенозе 2-й степени представлена на рис. 3.

А.Л.Заплатников
ФГБОУ ДПО РМАПО
Минздрава России

Рис. 1. Острый обструктивный ларингит: алгоритм действия.

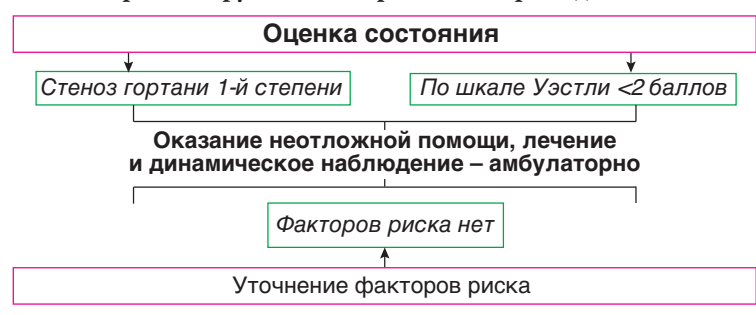


Рис. 2. Острый обструктивный ларингит 1-й степени: алгоритм действия

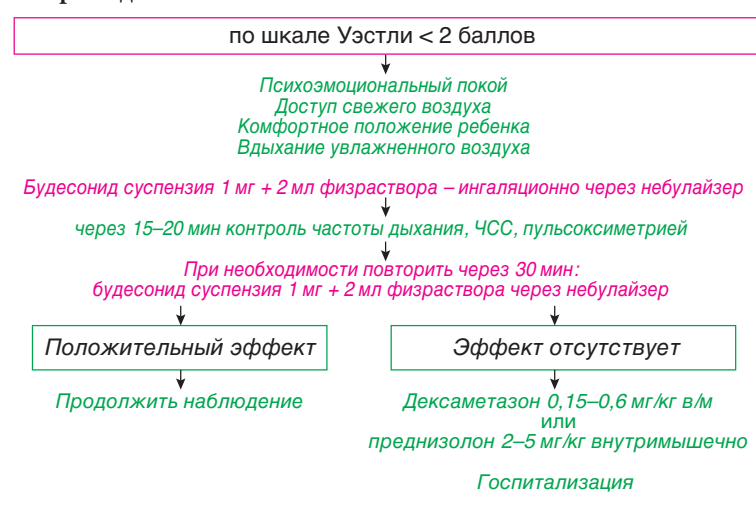


Рис. 3. Острый обструктивный ларингит (стеноз 2-й степени): алгоритм действий.

