

Кыргызская Государственная Медицинская Академия
Имени И. К. Ахунбаева
Кафедра детских инфекционных болезней

С Р С

Круп при острых инфекциях у детей

Проверила: Буханцева Ольга Сергеевна

Подготовил: Тубанов Азамат 5 курс 1 группа Фак: Лечебное дело

Терминология

- Круп- клинический синдром, сопровождающийся хриплым или сиплым голосом, грубым лающим кашлем и затруднённым (стенотическим) дыханием.

Анатомо-физиологические особенности гортани детей

Узость просвета (просвет гортани пропорционален квадрату его радиуса), узкий, мягкий надгортанник, подслизистый слой в подсвязочном пространстве чрезвычайно рыхлый, обильноваскуляризован.

Частая алергизация детей в раннем возрасте.

Повышенная возбудимость организма (особенность ЦНС).

ЭТИОЛОГИЯ

1) Инфекционные заболевания:

- Дифтерия
- Корь
- Скарлатина
- Ветряная оспа

2) Грибковые заболевания гортани

3) ОРВИ

4) Неинфекционные заболевания:

- Папилломатоз гортани
- Инородные тела, травмы и ожоги дыхательных путей

Патологоанатомические изменения при крупе

1. Дифтерийный круп: фибринозное воспаление гортани(плёнки, которые плохо отделяются от слизистой), трахеи, возможно и бронхи (чаще изолированно)+ возможно сочетание с другой локализацией

Патологоанатомические изменения при крупе

2. ОРВИ: катаральный характер воспаления-слизисто-серозный или слизисто-гнойный , отёк подсвязочного пространства. Процесс распространяется вглубь тканей, вплоть до некроза.

Патогенез

Воздействие токсина (бактериального, вирусного) на слизистую оболочку гортани и нижележащих дыхательных путей приводит к развитию воспаления с его 5 признаками (гиперемия, отёк, местное повышение температуры, боль, нарушение функции). Итог- стеноз.

Клиника

Основной симптом- стеноз!!!

I степень: дыхание шумноватое, втяжение податливых мест грудной клетки небольшие, приступы затруднения дыхания редкие, дыхательной недостаточности нет.

II степень: приступы частые, значительное втяжение всех податливых мест грудной клетки, дыхание во время приступа шумное, слышно на расстоянии, ДН нет.

III степень: дыхание постоянно резко затруднено, напряжение всей дыхательной мускулатуры (особенно грудинно-ключично-сосцевидной) , симптомы дыхательной недостаточности (цианоз носо-губного треугольника, потливость, выпадение пульсовой волны на вдохе)

IV степень : асфиксия, потеря сознания, непроизвольный акт мочеиспускания, дефекации.

Дифтерийный круп

- Возраст : 1-5 лет

Классификация (по С.Н.Розанову):

1. Первичный (изолированный) и вторичный (комбинированный)
2. Локализованный круп (дифтерия гортани)
3. Распространенный: А (фибринозный ларинготрахеит), Б (фибринозный ларинготрахеобронхит)
4. Стадии: I – крупозного кашля
II – стеноза
III – асфиксии
5. Оперативное вмешательство: 1. Оперированный круп
2. Неоперированный круп

Пример ds: Дифтерийный круп (изолированный), распространённый А, стадия II-III. Трахеотомия.

Клиника

Катаральный период (до 8 суток):

Внезапное начало, повышение температуры тела, лёгкое недомогание. Далее кашель обычный , затем громкий, отсутствие признаков характерных для ОРВИ. Затем кашель становится « лающим», приступообразным , голос хриплый, потом сиплый стойкого характера.

Клиника

Стенотический период (2-3 суток): в начале дыхание не такое шумное, голос стойко сиплый, кашель грубый, « лающий», но не такой громкий как в начале болезни. Далее дыхание становится всё более затрудненное, голос беззвучным, афоничным, кашель беззвучный.

Далее постепенно нарастают признаки ДН вплоть до асфиксии.

Осложнения

- Пневмония
- Ателектазы лёгких

Круп при орви

Чаще у детей раннего возраста. Ведущий симптом- затрудненное стенотическое дыхание. Недомогание, повышение температуры тела, признаки поражения вирусной инфекцией верхних дыхательных путей. Голос у ребёнка остаётся звонким или слегка хрипловатым, кашель грубый «лающий» всегда громкий. Выражен ТОКСИКОЗ.

Круп при кори

Внезапное и быстрое развитие признаков.

Внезапны приступы грубого, «лающего» кашля, сухого и мучительного, голос сиплый, хриплый, но звучный. Характерна высокая температура. При ларингоскопии: истинные голосовые связки розовые влажные, слизистая гортани гиперемирована, набухшая, выражен отёк в подсвязочном пространстве.

Осложнения

- некротический трахеит
- гнойный бронхит
- ПНЕВМОНИЯ

Круп при скарлатине

Характерен для тяжёлых септических случаев. Характерно катарально-некротическое, язвенно-некротическое или фибринозное воспаление. Чаще синдром крупа развивается на 2-4 день от начала заболевания.

Круп при грибковых поражениях

Обычно встречается при грибковых поражениях полости рта. При осмотре гортани видны такие же белые крошковидные наложения на месте ее составных частей, характерна сухость слизистой и вязкая мокрота с корками. Характерен кашель, осиплость с первых дней болезни, вплоть до полной афонии, кашель с большим количеством вязкой мокроты. В дальнейшем наблюдаются все те же признаки крупа, как и при других этиологиях. Диагностика очень трудна.

Круп при инородном теле

- 1 группа: молниеносное течение. Полностью закрыт просвет дыхательных путей. Острая асфиксия.
- 2 стеноз и острое течение. Неполное закрытие гортани, полное или клапанное закрытие одного из главных бронхов
- 3 подострое течение, стеноз или его отсутствие. Инородные тела расположены погранично с гортанью и не препятствуют дыханию
- 4 хроническое течение. Фиксирование инородного тела, не нарушающее в значительной степени дыхательные функции

Дифференциальная диагностика основана на общей клинической картине (высыпания), данных этапности развития приступов крупа, данных локального осмотра гортани, результатов мазков гортани.

Лечение

1. Госпитализация
2. Режим
3. Питание
4. Отвлекающие процедуры
5. Десенсибилизирующая терапия (димедрол, супрастин)
6. Кортикостероидная терапия
7. Внутриносовые новокаиновые блокады
8. Трахеотомия (в крайних случаях!!!)

Специфическая терапия

Противодифтерийная сыворотка при установленном виде крупы 10.000-20.000 АЕ, на курс лечения от 10.000-40.000 АЕ (локализованная форма), при распространённом виде первая доза 20.000-30.000 АЕ, на курс лечения 40.000-60.000 АЕ, при ларинготрахеобронхите первая доза 30.000-40.000 АЕ, на курс лечения 60.000-80.000 АЕ

Антибиотикотерапия:

С первых дней заболевания. Применяется широкий спектр действия.

При тяжёлых состояниях назначаются 2 антибиотика.

Дезинтоксикационная терапия :

растворы глюкозы, плазмы, при судоргах магнезия, антипиретики при высокой температуре

С целью поддержания сердечной деятельности: кордиамин, кофеин

Показания к оперативному вмешательству

Абсолютное показание- асфиксия, признаки декомпенсации
сердечной и дыхательной деятельности, а именно:

явления стенотического дыхания не ослабевают в течении
нескольких часов и даже во время сна, беспокойство ребенка,
потливость, цианоз носогубного треугольника,
парадоксальный пульс, инспираторное напряжение
вспомогательной мускулатуры.

**При интубации в стадии асфиксии у больного сразу может
остановится дыхание!!**