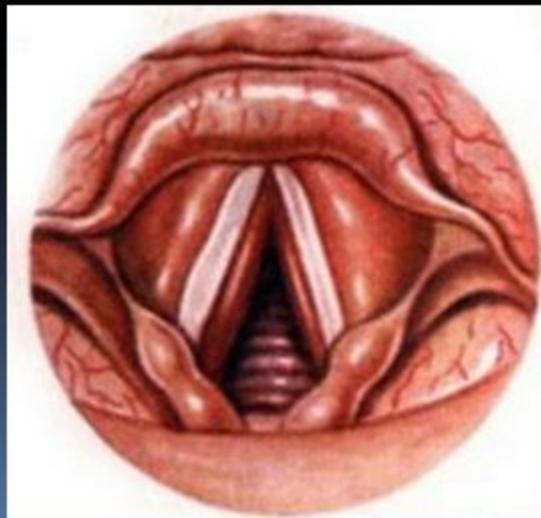


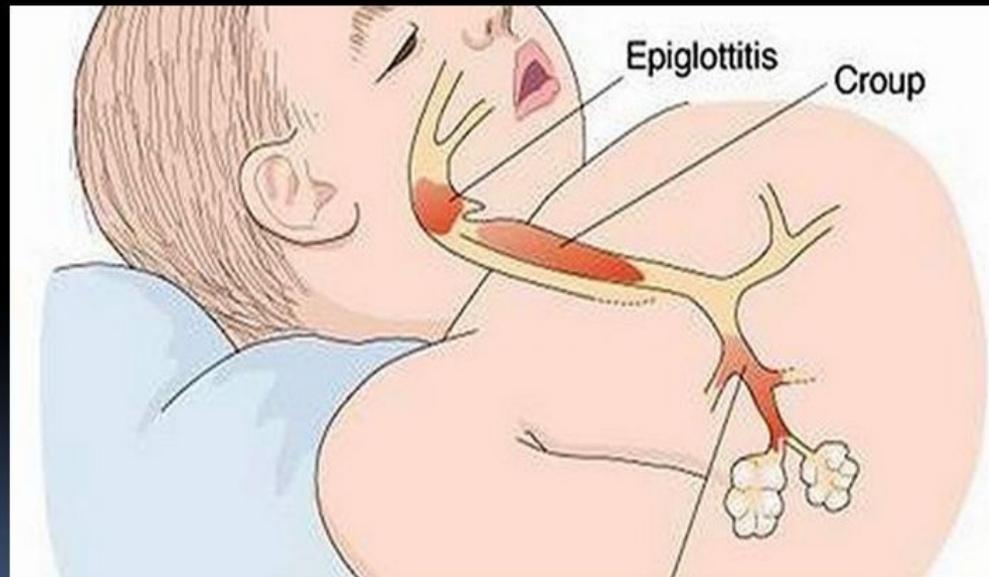


СИНДРОМ КРУПА



Выполнил: Кудатов И.В.
Проверила: Турланова А.К

- Кroup — это респираторное заболевание, наиболее распространенное среди детей дошкольного возраста, чаще всего в возрасте от трёх месяцев до трёх лет.



- Симптомами крупа являются воспаление гортани и верхних дыхательных путей, что приводит к дальнейшему сужению дыхательных путей. К крупу может приводить любое воспалительное заболевание гортани (катарального, крупозного или дифтеритического (фибринозного)) характера (напр. ларинготрахеобронхит). Под термином **вирусный круп** понимают острое респираторное заболевание, осложненное воспалением гортани.

ПРИЗНАКИ И СИМПТОМЫ

- Круп характеризуется грубым лающим кашлем, тошнотой и повышением температуры тела. Более серьёзные случаи сопровождаются затрудненным дыханием.
- Лающий кашель является отличительной чертой крупа. Хрип при дыхании может быть заметен, когда ребёнок плачет. Если у ребёнка хрип слышен и в спокойном состоянии, это говорит о приближении критического сужения дыхательных путей.
- При диагностике крупа необходимо рассмотреть и исключить другие возможные причины затруднённого дыхания — такие, например, как застревание инородного тела.

Таблица 1. Степени стеноза гортани у детей

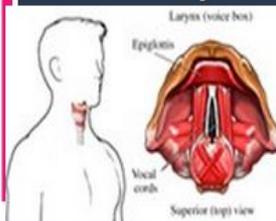
Симптомы	Степени стеноза гортани			
	I (стадия компенсации)	II (стадия субкомпенсации)	III (стадия декомпенсации)	IV (асфиксия)
Общее состояние	Удовлетворительное или средней тяжести, сознание ясное, периодическое возбуждение	Средней тяжести, сознание ясное, постоянное возбуждение	Тяжелое или очень тяжелое, сознание спутанное, постоянное резкое возбуждение	Крайне тяжелое, сознание отсутствует
Цвет кожи	Легкий цианоз вокруг рта при беспокойстве	Умеренно выраженный цианоз носогубного треугольника	Выраженный цианоз кожи лица, акроцианоз, мраморность кожи	Цианоз генерализованный
Втяжение межреберных промежутков и надключичных ямок	В покое отсутствует, при беспокойстве – умеренное	Выраженное даже в состоянии покоя	Выраженное, при поверхностном дыхании может отсутствовать	Становится менее выраженным
Дыхание	Не учащено	Умеренно учащено	Значительно учащено, может быть поверхностным	Прерывистое, поверхностное
Пульс	Соответствует температуре тела	Учащен	Значительно учащен	Значительно учащен, нитевидный, в ряде случаев замедленный

Сигналы ухудшения состояния:

- непрекращающееся слюноотделение
- синеватый цвет кожи (в том числе посинение губ)
- учащенное дыхание (около 80 вдохов в 1 минуту)

ЛОЖНЫЙ И ИСТИННЫЙ КРУП

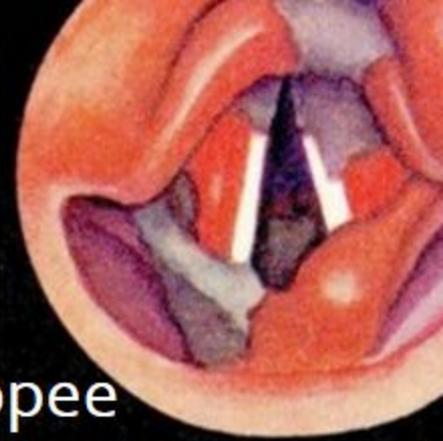
- Принято различать истинный и ложный круп. Истинный круп наблюдается только при дифтерии и характеризуется распространением воспалительного процесса на область голосовых связок. Ложный круп наблюдается при всех остальных ОРЗ (например, грипп, парагрипп). При ложном крупе воспалительный процесс захватывает не только область голосовых связок, но и слизистую гортани, располагающуюся ниже, вплоть до трахеи и бронхов.



ПРИЧИНЫ

- Наиболее частой причиной возникновения крупа является вирус гриппа, но другие вирусные инфекции также могут привести к развитию заболевания. Чаще всего оно наблюдается осенью, хотя может возникать в любое время года.





- Затруднённое дыхание является скорее следствием воспаления дыхательных путей в результате инфекции, нежели следствием самой инфекции. Обычно это происходит у маленьких детей в силу того, что их дыхательные пути меньше и иные по форме, чем дыхательные пути взрослых, что делает их более восприимчивыми. Также существует элемент генетической предрасположенности, поскольку в некоторых семьях дети болеют чаще, чем в других.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЛОЖНОМ КРУПЕ

- **Лечение** больных со **стенозом гортани** на фоне ОРВИ должно быть комплексным и включать в себя противовоспалительную, десенсибилизирующую, дезинтоксикационную и симптоматическую терапию. Назначают кортикостероидные препараты, литическую смесь, ингаляции противоотечной смеси, увлажненный кислород. Рекомендуется насыщение воздуха парами воды под тентом (влажность до 90%). Проводят отвлекающую терапию.

- Догоспитальная терапия может проводиться в следующем объеме. Внутрь или внутримышечно вводят успокаивающие и десенсибилизирующие средства (димедрол, супрастин и т.д.), антибиотики и сульфаниламиды, жаропонижающие препараты, кортикостероиды - гидрокортизон или преднизолон - по 3 - 5мг на 1 кг массы тела ребенка при стенозе гортани I - II степени и до 10 мг при стенозе III степени в 2 приема в течение суток, горчичники на грудную клетку и ножные горчичные ванны.

- Рекомендуйся увлажнить воздух, развесив мокрые простыни, пеленки, полотенца и т.д. Всех детей с острым стенозирующим ларинготрахеобронхитом даже при стенозе гортани степени необходимо госпитализировать как можно раньше, до выявления выраженного стеноза.

- В районных центрах, небольших и областных городах детей с острым стенозирующим ларинготрахеобронхитом и стенозом I - II степени госпитализируют в боксы или полубоксы инфекционных и соматических детских отделений, а детей со стенозом III степени в реанимационное или ЛОР-отделение под наблюдение отоларинголога, педиатра и анестезиолога.

- В крупных городах всех детей с **острым стенозирующим ларинготрахеобронхитом** госпитализируют в специальные ларингологические отделения, в которых их наблюдают и лечат отоларинголог, анестезиолог и педиатр. В этих отделениях должны быть палаты интенсивной терапии, бронхоскопическая, перевязочная, операционная, где и проводят неотложное интенсивное лечение. При недостаточной его эффективности производят поднаркозную прямую **ларингоскопию**, туалет гортани, трахеи, бронхов, интубацию и даже трахеостомию.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИСТИННОМ КРУПЕ

- При развитии острой дыхательной недостаточности проводят мероприятия по ликвидации нарушений внешнего дыхания — интубацию, трахеостомию. Острая сердечно-сосудистая недостаточность является показанием для назначения (особенно на фоне инфекционно-токсического шока) преднизолона — 2—5 мг/кг, гидрокортизона — 10—20 мг/кг. При отсутствии эффекта эту дозу вводят повторно через 20—30 мин. Дезинтоксикационная терапия проводится внутривенным введением гемодеза, реополиглюкина, 5% раствора глюкозы — 500 мл (капельно).



- Противодифтерийная сыворотка при условии немедленной госпитализации не вводится. Если госпитализация задерживается при токсической форме дифтерии глотки, дифтерийного крупа II и III стадий необходимо ввести противодифтерийную сыворотку: сначала 0,1 мл внутривенно, и, если нет аллергической реакции, остальную дозу вводят через 30—40 мин внутримышечно.

- Противодифтерийную сыворотку нужно вводить после инъекции 120—240 мг преднизалона. Судорожный синдром купируется 0,5% раствором седуксена: 2—4 мл внутримышечно взрослым и 1—0,5 мл детям.

Госпитализация : срочная в инфекционный стационар.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!