

Синдром крупа у детей

Педиатры различают истинный и ложный круп. **Истинным** называется дифтерийный круп, протекающий с формированием специфических фибриновых изменений на слизистой оболочке голосовых связок. Под определение «ложный круп» попадают все стенозирующие ларингиты недифтерийной природы, при которых воспалительный процесс локализуется преимущественно на слизистой оболочке подвязочной (подскладочной) зоны гортани.

Синдром крупа (или острый обструктивный (стенозирующий) ларингит) представляет собой симптомокомплекс, который развивается на фоне ОРВИ и клинически проявляется триадой симптомов: грубым «лающим» кашлем, шумным стенотическим дыханием и Осиплостью голоса. Подобное состояние требует экстренной диагностики и терапии еще на догоспитальном этапе.

Заболевания крупом характерны для детей раннего возраста, пик заболеваемости приходится на возраст 2-3 года, однако в последнее время участились случаи острого стенозирующего ларингита и у старших детей.

Этиология и патогенез

Круп может возникнуть при любой респираторной инфекции: гриппе, парагриппе, аденовирусной, ротавирусной инфекциях и др. Непосредственное действие инфекционного агента является хотя и обязательным, но недостаточным условием для возникновения воспалительных изменений в гортани. **Важную роль играет наследственная предрасположенность дыхательных путей.**

В патогенезе острого стенозирующего ларингита принято выделять три основных механизма: отек (локализуется преимущественно в области голосовых связок и подвязочного пространства), образование мокроты и корок в верхних дыхательных путях, а также неврогенный спазм мышц гортани.

Заболевание крупом детей раннего возраста связано преимущественно с анатомо-физиологическими особенностями их дыхательных путей:

- узостью просвета трахеи и бронхов (воронкообразная форма вместо цилиндрической);
- склонностью слизистой оболочки и располагающейся под ней рыхлой волокнистой соединительной ткани к развитию отека;
- особенностями иннервации гортани;
- относительной слабостью дыхательной мускулатуры.

Клиническая картина

Чаще всего заболевание начинается остро, когда на фоне полного благополучия или незначительных катаральных проявлений внезапно появляется грубый «лающий» кашель, дыхание становится шумным, голос осиплым. Одышка чаще носит инспираторный характер, выраженность дыхательной недостаточности зависит от степени стеноза гортани.

Первая степень стеноза гортани: состояние средней тяжести, голос осиплый, «лающий» кашель, дыхание умеренно затруднено, одышка не выражена или

появляется только при беспокойстве; при аускультации выслушиваются проводные хрипы.

Вторая степень стеноза гортани: состояние среднетяжелое, тяжелое, выраженная осиплость голоса (вплоть до шепотной речи), «лающий» кашель, дыхание затруднено, одышка выражена даже в покое, кожные покровы бледные, периоральный цианоз; отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки; тахикардия; выслушиваются проводные хрипы.

Третья-четвертая степень стеноза гортани: состояние крайне тяжелое, ребенок беспокоен, мечется; выраженная осиплость голоса (вплоть до шепотной речи), «лающий» кашель, резкое затруднение дыхания (вплоть до асфиксии), выраженная одышка, кожные покровы бледные, влажные от пота, стойкий цианоз губ, акроцианоз; втяжение уступчивых мест грудной клетки становится настолько значительным, что нижний край грудины в момент вдоха западает; выраженная тахикардия или брадикардия; аускультативное дыхание в легких ослаблено или не выслушивается.

При развитии синдрома крупа на фоне ОРВИ отмечаются другие признаки респираторной инфекции - насморк, симптомы интоксикации: лихорадка, головная боль ит. д.

Дифтерия гортани

Основными отличиями дифтерии гортани от крупа, развившегося на фоне ОРВИ, являются постепенное начало и тяжесть течения с нарастанием симптоматики. Для дифтерии характерно наличие воспалительного процесса с образованием фибринозной пленки в месте внедрения возбудителя. Если первичная фиксация произошла в гортани, возникает крупозное воспаление - истинный круп.

При дифтерийном крупе у детей раннего возраста появляются кашель и осиплость (катаральная стадия в течение 1-3 дней), затем фибринозные налеты в гортани и стенотическое дыхание (затруднение вдоха) с постепенным усилением степени стеноза в течение 2-3 дней (стенотическая стадия).

Асфиксия наступает через 5-6 дней от начала болезни. У детей старшего возраста и взрослых кашель и осиплость в течение 6-8 дней не переходят в стенотическую стадию, а заканчиваются предасфиктической фазой в течение двух суток, во время которой наблюдается приступообразная дыхательная обструкция с асфиксией в конце.

Окончательный диагноз дифтерии устанавливается клинически по результатам развития симптомов болезни, данным эпидемиологического (контакт с больным или бациллоносителем, негативный вакцинальный статус) и бактериологического (посев из зева и носа на дифтерию) исследований.

Аллергический отек гортани

Аллергический отек гортани, который не всегда можно отличить от крупа инфекционной природы, развивается под воздействием антигена ингаляционного, пищевого и иного происхождения. Признаков ОРВИ обычно нет. Лихорадка и интоксикация отсутствуют. В анамнезе у ребенка, как правило,

имеются сведения о тех или иных аллергических симптомах: кожных проявлениях аллергии, пищевой аллергии, отеке Квинке, крапивнице и др.

Ларингоспазм

Ларингоспазм возникает преимущественно у детей первых двух лет жизни на фоне повышенной нервно-мышечной возбудимости, при проявлениях текущего рахита со склонностью к тетании. Клинически спазм гортани проявляется неожиданно, у ребенка возникает затрудненный вдохе характерным звуком в виде «петушиного крика», при этом отмечают страх, беспокойство, цианоз. Легкие приступы ларингоспазма можно снять, опрыскав лицо и тело ребенка холодной водой.

Эпиглоттит

Эпиглоттит - воспаление надгортанника и прилегающих участков гортани и глотки, наиболее часто вызываемое *Haemophilus influenzae* типа 'b'. Клиническая картина характеризуется высокой лихорадкой, болями в горле, дисфагией, приглушенностью голоса, стридором и дыхательной недостаточностью различной степени выраженности. При осмотре зева обнаруживают темно-вишневую окраску корня языка, его инфильтрацию, отечность надгортанника и черпаловидных хрящей, закрывающих вход в гортань. Заболевание быстро прогрессирует и может привести к полному закрытию просвета гортани.

Заглочный абсцесс

Чаще всего заглочный абсцесс возникает у детей до трех лет. Развивается, как правило, на фоне или после перенесенной ОРВИ. В клинической картине преобладают симптомы интоксикации, выраженная лихорадка, боли в горле, дисфагия, стридор, слюнотечение. Отсутствуют «лающий», грубый кашель и осиплость голоса. Откашливание затруднено из-за резкой болезненности в горле. Ребенок нередко принимает вынужденное положение - с откинутой назад головой. Осмотр зева представляет значительные трудности из-за резкого беспокойства ребенка и невозможности открыть рот.

Инородные тела

Инородные тела гортани и трахеи - наиболее частая причина асфиксии у детей. В отличие от крупа аспирация возникает неожиданно на фоне видимого здоровья, обычно во время еды или игры ребенка. Приступ кашля сопровождается удушьем. Клиническая картина зависит от уровня обструкции дыхательных путей. Чем ближе к гортани расположено инородное тело, тем выше вероятность, развития асфиксии. Наличие инородного тела обычно сопровождается появлением ларингоспазма. Ребенок испуган, беспокоен. .

Осложнения синдрома крупа

Наиболее часто встречающееся осложнение крупа при ОРВИ - *обструктивный бронхит*. Признаки бронхообструкции обычно присоединяются на третий-четвертый день от начала проявлений симптомов крупа независимо от

степени стеноза гортани. Кроме того, при крупе нередко возникают пневмония, лакунарная ангина, отит.

Примерно у половины детей, перенесших круп, данное заболевание больше не встречается. Среди другой половины примерно поровну тех, у кого возникает повторный (второй или третий раз) либо рецидивирующий (заболевание диагностируется чаще) круп.

Лечение острого стенозирующего ларингита

При синдроме крупа показана госпитализация в специализированное боксированное отделение многопрофильного стационара, в котором должно быть отделение реанимации. Терапия крупа в каждом конкретном случае зависит от выраженности стеноза гортани.

Базовая терапия:

- теплое щелочное питье (Боржоми);
- щелочные ингаляции 2%-м раствором гидрокарбоната натрия;
- десенсибилизирующая терапия (супрастин, тавегил, димедрол, в возрастной дозировке, *применение антигистаминных препаратов последнего поколения не рекомендуется*);
- отхаркивающие средства (преимущественно растительного происхождения: мукалтин, препараты, содержащие корень алтея или термопсиса). По мере того как грубый сухой кашель сменяется влажным, назначают муколитические препараты: бромгексин, амброксол;
- физиотерапия (УВЧ на область гортани, УФО на стопы и др.).

При первой степени стеноза гортани показаны:

- базовая терапия;
- применение антибиотиков - при развитии бактериальных осложнений;
- при наличии лихорадки и других симптомов ОРВИ назначают антипиретики и противовирусные средства (арбидол, виферон).

При второй степени стеноза гортани показаны:

- базовая терапия;
- в качестве противовоспалительного средства для верхних дыхательных путей применяется препарат эrespал (сироп) в возрастной дозировке;
- терапия увлажненным кислородом (в парокислородных палатках) с добавлением лекарственных препаратов (преднизолон, эуфиллин), в парокис-лородную палатку ребенка помещают 1-2 раза в сутки на 1-2 часа;
- в большинстве случаев антибактериальная терапия, (препаратами выбора являются цефалоспорины, а также макролиды);
- при наличии лихорадки и других симптомов ОРВИ назначают антипиретики и противовирусные средства (арбидол, виферон)

При стенозе гортани третьей-четвертой степени в связи с тяжестью состояния терапия должна проводиться в блоке интенсивной терапии или реанимации.

Базовая терапия синдрома крупа обеспечивается до исчезновения признаков стеноза гортани. Лечение в парокислородной палатке прекращают при стенозе гортани первой степени. Сопроводительная терапия завершается по мере ликвидации признаков основного или сопутствующего заболевания.

Рекомендуется ранняя выписка из стационара, сразу после ликвидации синдромов, представляющих угрозу жизни. После выписки из стационара диспансерное наблюдение за ребенком сохраняется в течение 1-3 месяцев.

Детям с рецидивирующим крупом рекомендуется провести гипосенсибилизирующую терапию в сочетании с препаратами рекомбинантного α -2 интерферона (виферон, реаферон, лейкинферон) в возрастной дозе в течение 2-3 месяцев.