ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России
Кафедра пропедевтики педиатрии

ОСТРЫЙ ЛАРИНГОТРАХЕИТ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА (СОБСТВЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Доцент кафедры пропедевтики педиатрии, к.м.н. Москалюк О.Н.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Острый ларинготрахеит является частым и значимым заболеванием детского возраста.

Наиболее высокая заболеваемость отмечена у детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. В этом возрасте острый ларинготрахеит наблюдается у 34% детей с острой респираторной инфекцией и протекает с явлениями прогрессирующего стеноза гортани.

Острый обструктивный ларингит опасен возможностью развития тяжелой дыхательной недостаточности и летального исхода.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ПОНЯТИЯ

Острый ларингит (ОЛ) – острое воспаление слизистой оболочки гортани длительностью до 3-х недель.

Клинические рекомендации «Острый ларингит», 2024

Острый обструктивный ларингит (ООЛ) – воспаление гортани и тканей подскладочного пространства с сужением просвета гортани. Ранее для данного состояния использовались термины «стенозирующий ларинготрахеит», «ложный круп».

Клинические рекомендации «Острый обструктивный ларингит (круп), эпиглоттит, постинтубационный отек гортани», 2025

ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ПОНЯТИЯ

Понятие **«ОРВИ»** (острая респираторная вирусная инфекция) используется при следующих следующих нозологических формах: острый ринофарингит, острый трахеит, острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная.

Острая респираторная инфекция без установленной этиологии: вирусная и/или бактериальная (ранее – острое респираторное заболевание (ОРЗ).

Клинические рекомендации «Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ), 2026

КОДИРОВАНИЕ ПО МКБ Х

- Острый ларингит J04.0
- Острый ларинготрахеит J04.2
- Острый обструктивный ларингит J05.0
- Острый назофарингит (насморк) J00
- Острый трахеит J04.1
- Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная J06.9

ЭТИОЛОГИЯ

Наиболее часто причинно значимыми возбудителями ОРВИ, острого ларинготрахеита, острого обструктивного ларингита являются **респираторные вирусы**:

- ❑ парагрипп (80%),
- ❑ аденовирусы,
- ❑ респираторно-синцитиальный вирус,
- ❑ риновирусы,
- ❑ коронавирус,
- ❑ метапневмовирус.

В редких случаях острый обструктивнй ларингит обусловлен бактериальными возбудителями (Mycoplasma pnevmoniae).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Острый ларингит начинается с неспецифических симптомов ОРВИ: ринорея, першение в горле, кашель. Чаще протекает на фоне субфебрильной температуры.

Признаки ларингита: осиплость голоса и /или грубый сухой кашель.

При присоединии трахеита кашель становится частым, навязчивым.

При прогрессировании воспалительного процесса осиплость усиливается, кашель приобретает лающий характер, появляется шумное дыхание и шумный вдох (стридор). При нарастании степени стеноза развивается инспираторная одышка.

Степени стеноза гортани

I (стадия компенсации)

Осиплость голоса, грубый лающий кашель, в покое стридор отсутствует, нарастает при беспокойстве ребенка и физический нагрузке. Может быть слабовыраженное втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании.

II (стадия неполной компенсации)

Осиплость и грубый лающий кашель усиливаются, стридорозное дыхание с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки отмечается и в покое.

Степени стеноза гортани

III (стадия декомпенсации)

Проявляется симптомами выраженной дыхательной недостаточности, сопровождается беспокойством или угнетением сознания.

IV (терминальная стадия, асфиксия)

Сознание отсутствует, резкая бледность и цианоз, гипотермия, возможны судороги, мидриаз, дыхание частое, поверхностное, артериальная гипотензия, нитевидный пульс. Эта стадия предшествует остановке дыхания и сердца.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА, ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЛАРИНГИТА

Этиотропная (противововирусная) терапия не является компонентом рутинного медицинского лечения ОЛ, ООЛ.

С целью снижения репликации вирусов:

- при подозрении на грипп или при подтверждении гриппа А и В в первые 24-48 часов болезни рекомендуется селективное назначение противовирусных препаратов – ингибиторов нейраминидазы (Осельтамивир, Зинамивир)
- пациентам старше 2-х лет **при** подтверждении гриппа А и В или **ОРВИ неопределенной этиологии рекомендуется селективное назначение в первые 24-48 часов болезни противовирусного препарата Умифеновир (Арбидол, Арпефлю)**

Другие различные препараты с противовирусным и иммуномодулирующим действием не имеют достаточного объема доказательств эффективности и безопасности и не должны назначаться рутинно.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА, ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЛАРИНГИТА

- Жаропонижающая терапия (**Парацетамол до 60 мг/кг/сут, или ибупрофен до 30 мг/кг/сут**) у детей старше 3 месяцев оправдана при температуре выше 38,5, измеренной аксиллярно.
- У детей младше 3 мес., пациентов с хронической патологий, при температурном дискомфорте, жаропонижающие препараты могут быть использованы и при более выраженной лихорадке.
- Предпочтительно пероральное применение. Ректальные формы парацетамола рассматриваются только при наличии рвоты или иной непереносимости перорального пути введения, учитывая изменчивую адсорбцию в кишечнике.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА, ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЛАРИНГИТА

- ✓ Рекомендовано селективное (с осторожностью) применение **препаратов группы «Антисептики»** в форме аэрозолей, спреев, таблеток и пастилок для рассасывания с целью уменьшения местного воспаления, профилактики вторичного инфицирования слизистой ротоглотки.
- ✓ Показано назначение **антигистаминных препаратов** для системного воздействия **пациентам с аллергией** (аллергический ринит, крапивница, поллинозы, аллергический коньюнктивит).
- ✓ **При наличии кашля с трудноотделяемой мокротой** рекомендовано назначение **муколитических препаратов** (Амброксол, Ацетилцистеин) **и отхаркивающих препаратов**, в том числе в виде ингаляций готовых аптечных смесей на основе растительных препаратов (листьев эвкалипта прутовидного, цветов ромашки аптечной, листьев шалфея лекарственного, травы тимьяна ползучего, листьев большого подорожника).
- ✓ При остром ларинготрахеите возможно назначение **ингаляции кортикостероидов** (Будесонид).

ТАКТИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ СТЕНОЗА ГОРТАНИ

- **Всем пациентам** с острым обструктивным ларингитом рекомендуется применение **глюкокортикоидов для ингаляционного применения и/или кортикостероидов системного действия**.

Дексаметазон в дозе 0,15-0,6 мг/кг вводится всем пациентам, **независимо от степени стеноза**, внутримышечно или внутривенно. При отсутствии Дексаметазона пациенту может быть назначен Преднизолон в эквивалентной дозе (1 или 2 мг/кг Преднизолона соответствуют 0,15-0,6 мг/кг Дексаметазона).

Для купирования крупа эффективно ингаляционное введение суспензии Будесонида. Дозу препарат можно ингалировать за 1 раз или разделить на 2 ингаляции по 1 мг с интервалом 30 мин.

- **При тяжелом крупе** или отсутствии глюкокортикостероидов (ингаляционного действия или системных) рекомендуется **селективное применение ингаляции с Эпинефрином.**
- **При снижении сатурации ниже 92%** показана **оксигенотерпия.**
- **При стенозе 4 степени** неотложная **интубация** с целью обеспечения дыхательной функции.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА, ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЛАРИНГИТА

Не рекомендуется использование:

- **Противокашлевых средств**. В исключительных случаях при сухом навязчивом кашле возможно использование бутамирата.
- **Противогрибковых препаратов эмпирически.**
- **Паровых ингаляций** в связи с отсутствием сведений об их пользе.
- **В первые 10-14 дней противомикробных препаратов**, которые могут способствовать подавлению нормальной пневмотропной микробиоты. Вопрос о назначении антибактериальных препаратов рассматривается при подозрении на бактериальную инфекцию. Антибактериальные препараты системного действия показаны детям с хронической патологией бронхолегочной системы и иммунодефицитом.

РЕЖИМ И ДИЕТА

ДИЕТА

- Питание «по аппетиту». Прекратить прием острой, соленой, горячей, холодной пищи.
- Не рекомендуется повышенное потребление жидкости при остром ларинготрахеите, протекающим на фоне ОРВИ. Питьевой режим должен быть рациональным – польза обильного выпаивания сомнительна, а повышение секреции антидиуретического гормона в период болезни способствует задержке жидкости.

РЕЖИМ

- Для любого воспалительного заболевания гортани рекомендуется создание охранительного голосового режима, при дисфонии – полный голосовой покой (не кричать, не шептать не менее 2-х дней), затем ограничение любой голосовой нагрузки.
- Показано постоянное увлажнение воздуха в помещении

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить клинические особенности острого ларинготрахеита и острого обструктивного ларингита у детей.

Было обследовано 48 детей в возрасте от 5 месяцев до 16 лет, находившихся на лечении в инфекционном отделении ГБУ ДНР «ГДКБ № 5 г. Донецка»:

- 31 пациент с диагнозом «Острый ларинготрахеит» J04.2
- 17 пациентов с диагнозом «Острый обструктивный ларингит, стеноз 1 степени» J05.0

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Пол: мальчики – 26 (54,2%), девочки – 22 (45,8%)

Возраст : до 3-х лет – 8 (16%), 3-6 лет – 23 (52,1%), 7-11 лет – 11 (22,9%), 12-17 лет – 4 (8,3%)



Наименьший возраст детей с ООЛ – 10 месяцев, наибольший – 8 лет

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Жалобы :

- Осиплость голоса – 48 (100%)
- Заложенность носа – 48 (100%)
- Повышение температуры 37,5-38 градусов – 30 (62,5%), 38,0-39,0 градусов – 18 (37,5%)
- Кашель сухой грубый – 31 (64,6%)
- Кашель лающий – 17 (35,4%)
- Шумное дыхание при беспокойстве 3(6,25%)

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Анамнез заболевания:

Время поступления в стационар от начала заболевания:

- ✓В 1-е сутки 10 (20,8%)
- ✓На 2-е сутки 27 (56,2%)
- ✓На 3-сутки 9 (18,8%)
- ✓Более 3-х суток 2 (4,2%)

Время развития стеноза от начала заболевания:

- ✓1 сутки 8 (16,7%)
- ✓2 сутки 6 (12,5%)
- ✓3 сутки 3 (6,2%)

Все пациенты с острым обструктивным ларингитом доставлены в стационар выездной бригадой скорой помощи.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Сопутствующие заболевания (единичные случаи):

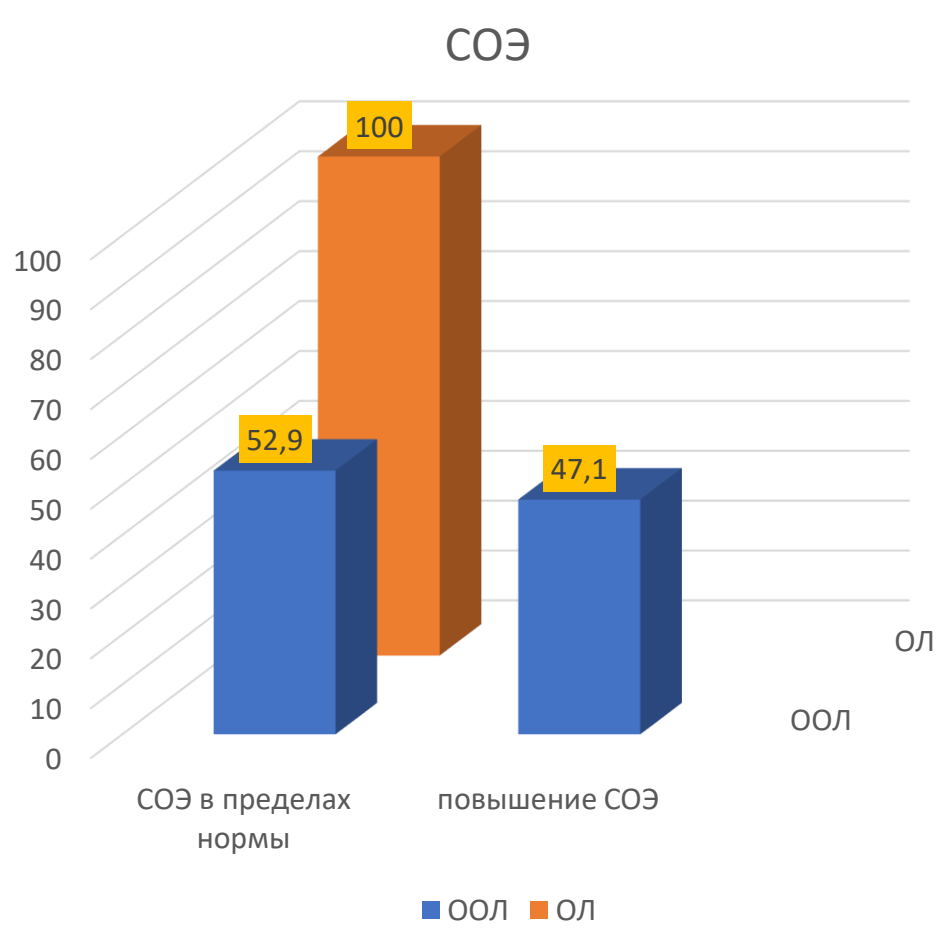
- Аллергический ринит
- Открытое овальное окно
- Пролапс митрального клапана
- Аберрантная хорда левого желудочка
- Синдром циклической (ацетонемической) рвоты
- Острый шейный лимфаденит
- Ожирение 2 степени

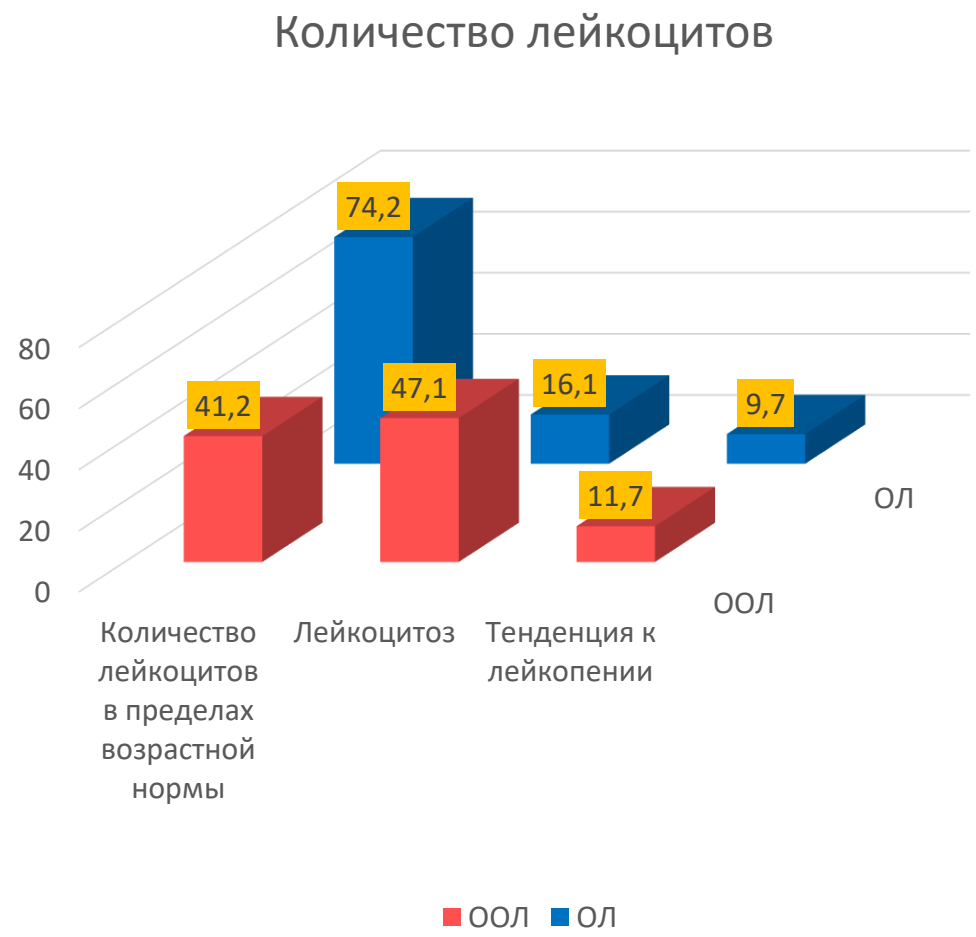
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Физикальное обследование

- Гиперемия, отечность, зернистость задней стенки глотки – 48 (100%)
- Затруднение носового дыхания – 48 (100%)
- Осиплость голоса 48 (100%)
- Повышение температуры 37,5-38 градусов – 30 (62,5%), 38,0-39,0 градусов – 18 (37,5%)
- Кашель сухой грубый – 31 (64,6%),
- Кашель лающий – 17 (35,4%)
- Шумное дыхание при беспокойстве 3(6,25%)

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ





ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Отрицательный экспресс тест на COVID-19 и грипп A,B – 48 (100%)

САТУРАЦИЯ КИСЛОРОДА В КРОВИ

SpO2	ОЛ (% пациентов)	ООЛ (% пациентов)
95	0	11,8
96	0	11,8
97	29,0	23,5
98	61,3	52,9
99	9,7	0

ЛЕЧЕНИЕ

- Пульмикорт (Пульмибуд) ингаляционно, Амброксол ингаляционно, Ксилометазолин интраназально, Ибупрофен (у 37,5% пациентов).
- У пациентов с острым обструктивным ларингитом неотложно производилось введение Дексаметазона внутримышечно.
- Охранительный голосовой режим. Увлажнение воздуха в помещении.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

Исчезновение стридора и лающего характера кашля– в 1-е сутки,

Нормализация температура – на 2-е сутки,

Исчезновение осиплости голоса – на 4-5 сутки.

Выписаны с улучшением на амбулаторное долечивание под наблюдение участкового врача 48 (100%) пациентов

ВЫВОДЫ

Острый обструктивный ларингит – жизнеугрожающее заболевание детского возраста, однако при своевременном диагностике и адекватном лечении всегда имеет **благоприятный исход**.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

Кафедра
пропедевтики педиатрии