

Острый эпиглоттит у мальчика 3 лет (клиническое наблюдение)

О. И. ЛЕКОМЦЕВА, Т. А. БРИТКОВА, Н. А. КРАВЦОВА, Е. В. ПЧЕЛИНА, И. В. ИВАНОВ

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия,
Городская клиническая больница №7, Ижевск, Российская Федерация

Описан клинический случай эпиглоттита у мальчика 3 лет, находившегося на стационарном лечении в детском инфекционном отделении 7-ой Городской клинической больницы г. Ижевска. Госпитализирован в отделение с диагнозом: «острый стенози-

similar papers at core.ac.uk

Acute Epiglottitis in a Boy 3 Years

O. I. Lekomtseva, T. A. Britkova, N. A. Kravtsova, E. V. Pchelina, I. V. Ivanov

Izhevsk State Medical Academy,
City Clinical Hospital №7, Izhevsk, Russian Federation

Article describes the case of epiglottitis in a boy 3 years old, who was hospitalized in a children's infectious disease department of city hospital of Izhevsk. He was hospitalized in the department with a diagnosis of acute laryngotracheitis constrictive. The diagnosis was clarified following an anesthetized laryngoscopy.

Keywords: child, epiglottitis, laryngotracheitis constrictive

Контактная информация: Лekomtseva Ольга Игнатьевна — к.м.н., ассистент кафедры детских инфекций Ижевской государственной медицинской академии; 426011, УР, г. Ижевск, ул. Холмогорова, д.28, кв.16; +7(909) 063-78-93

Lekomtseva Olga — CMS, assistant of the department of children's infections, Izhevsk State Medical academy; 426011, RF, Izhevsk, ul. Kholmogorova, d.28, kv. 16; tel. +7(909) 063-78-93

УДК 616.221.7-002-071-053.2

Эпиглоттит — острое воспалительное заболевание надгортанника, способное привести к тяжелой, а нередко и к смертельной обструкции верхних дыхательных путей. Это редко встречающееся заболевание, однако стремительное его начало, тяжесть течения может повлечь за собой печальный исход [1, 2]. Именно от первой помощи и последующей тактики лечения во многом зависит жизнь больного. Острый эпиглоттит — заболевание, известное с давних времен [3]. Самым знаменитым пациентом, заболевшим эпиглоттитом, был первый президент США — Джорж Вашингтон. Примечателен тот факт, что от острого эпиглоттита он умер зимой, в эпидемию гриппа. В 95% случаев заболевание вызывается *Haemophilus influenzae* (НИВ-инфекция). До введения вакцинации против НИВ частота инфекции у детей в возрасте до 5 лет в разных странах была в пределах 30—130 на 100 тыс. детей. Заболеваемость эпиглоттитом составляла от 5 до 10 на 100 тыс. детей [4]. Вакцинация против НИВ-инфекции привела к почти полному исчезновению эпиглоттитов: в Финляндии заболеваемость ими снизилась с 7,6 до 0,0, а в США (штат Пенсильвания) с 10,9 до 1,8 на 100 тыс. госпитализированных детей [5, 6]. В России НИВ-инфекция в 80-ые гг. регистрировалась редко, а эпиглоттиты, вызванные данным патогеном, до 1997 г. не диагностировались. До недавнего времени эпиглоттит в Удмуртской Республике встречался редко: 1—2 случая в год.

Анализ историй болезни показал, что во всех случаях на догоспитальном этапе дети были доставлены в стационар бригадой «скорой помощи» с предварительным диагнозом: ОРВИ, синдром крупа, острый ларинготрахеит, стеноз гортани I—III степени. На до-

госпитальном этапе отсутствие настороженности по поводу острого эпиглоттита приводило к применению антигистаминных препаратов и самое опасное — введению в составе «литической смеси» нейроплегических препаратов. Седативный и релаксирующий эффект нейроплегических препаратов, транспортировка больного в горизонтальном положении, последующая катетеризация подключичной вены и ларингоскопия, которые требуют применения средств для наркоза, являются факторами, усугубляющими релаксацию увеличенного в объеме воспаленного надгортанника, что приводит к молниеносной обструкции верхних дыхательных путей. Поэтому во всех случаях обструкции верхних дыхательных путей необходимо включение эпиглоттита в перечень дифференциальной диагностики.

Нами наблюдался больной в ДИБО ГКБ №7 г. Ижевска УР. Дима, 3-х лет жизни, поступил в 20 часов 15 минут с жалобами на затрудненное дыхание, гипертермию до 39,8°C, гиперсаливацию, беспокойство с диагнозом «острый стенозирующий ларинготрахеит». Заболел остро, доставлен бригадой СМП на руках в сопровождении родителей. Важно, что в данном случае при транспортировке не соблюдались условия перевозки больного с острым эпиглоттитом: надо перевозить на руках сидя. Ребенку был введен внутримышечно преднизолон (2 мг/кг) и анальгин. Проведена ингаляция увлажненного кислорода и пульмикорта 500 мкг на 2 мл 0,9% NaCl с помощью небулайзера.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей без особенностей, I срочных родов, родился с массой 3 кг 500 г, ростом

51 см, закричал сразу. На грудном вскармливании находился до 10 мес. жизни. Прикорм введен в 4 мес. Болел ОРВИ 3 раза. Аллергических реакций не отмечено. Вакцинация от гемофильной инфекции не проводилась.

При поступлении состояние ребенка было очень тяжелое. Из приемного покоя сразу переведен в палату интенсивной терапии в ДИБО, мальчик задыхается, «ловит» воздух ртом, выражена саливация, при этом сохраняется звонкий голос. Объективно: кожные покровы бледно-серые, по периферии выражена мраморность, акроцианоз. Отмечается раздувание крыльев носа, дыхательная аритмия, участие вспомогательной мускулатуры (межреберных мышц, диафрагмы) в акте дыхания, ЧДД — 54 в 1 мин. При аускультации в легких дыхание жесткое, хрипов нет. Выражена тахикардия, ЧСС — 156 уд/мин, тоны сердца ослаблены, ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот мягкий, не напряжен, участвует в акте дыхания, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены.

При попытке придать больному горизонтальное положение, у ребенка возникало сильное возбуждение — так называемая «дыхательная паника», усиливался акроцианоз. Этот симптом является важным для диагностики эпиглоттита. Мальчик мечется, кричит, не кашляет. Диагноз эпиглоттита был подтвержден данными прямой ларингоскопии: надгортанник резко отчетливый, вишнево-красный, увеличенный в размере, шарообразной формы.

Результаты лабораторного обследования. Общий анализ крови: Эр. — $3,8 \times 10^{12}$, НВ — 96 г/л, Лейкоциты — 26×10^9 , п/я — 7%, с/я — 64%, лимфоциты — 26%, моноциты — 1%, базофилы — 2%, СОЭ — 39 мм/час. Сатурация кислорода — 91% (снижена). Анализ мочи — удельный вес 1012, прозрачная, лейкоциты — 2–3 в поле зрения, белок — следы, соли — оксалаты. При микробиологическом исследовании смывов со слизистой задней стенки глотки выделена *Haemophilus influenzae* типа b.

Проведен экстренно врачебный консилиум. Поставлен диагноз: острый эпиглоттит. Проведена комплексная терапия: цефтриаксон в/в (80 мг/кг), ВИФЕРОН в свечах 150 000 МЕ, дексаметазон 4 мг в/в, анальгин 50% 0,3 мл, увлажненная оксигенотерапия, инфузионная терапия.

В 21.10 в связи с отсутствием клинического эффекта и ухудшением состояния больного проведена назотрахеальная интубация гортани. В 21.35 состояние не улучшилось, ЧДД — 56 в 1 мин, ЧСС — 158 уд./мин, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры. Интубационная трубка забита вязкой гнойной мокротой, состояние ухудшилось, дыхание поверхностное, разлитой цианоз, на вопросы не отвечает. В 22.50 проведен повторный консилиум: решено провести трахеостомию. В 23.50 проведена

экстренная трахеостомия, обеспечен доступ воздуха в дыхательные пути. Состояние больного улучшилось, ЧДД — 28, ЧСС — 116 уд./мин. Утром ребенок был переведен в отделение отоларингологии для дальнейшего лечения.

Таким образом, острый эпиглоттит остается одной из неотложных серьезных проблем. Развитие и совершенствование диагностических методов подтверждают лидирующую роль *Haemophilus influenzae B* в генезе болезни. Современная диагностика эпиглоттита и его форм, осложненных бактериемией, развитием других очагов НВ-инфекции, раннее назначение дексаметазона в дозе 0,6 мг/кг в/м и цефалоспоринов 3 поколения приводит к существенному улучшению результатов лечения.

При проведении своевременной превентивной вакцинации в детских поликлиниках вероятность возникновения угрожающего жизни заболевания снизится до минимума. Вакцинация против НВ-инфекции рекомендуется всем детям первого года жизни, начиная с 3-х месячного возраста. Проводится детям до 5-летнего возраста. Согласно Национальному календарю профилактических прививок России, вакцинация против гемофильной инфекции должна проводиться детям групп риска в возрасте 3–4,5–6 месяцев с ревакцинацией в 18 месяцев (вместе с АКДС).

В России зарегистрированы три вакцины против гемофильной инфекции: Акт-ХИБ, Хиберикс и комбинированная вакцина Пентаксим.

Литература/References:

1. Жилина А.Л. Острый эпиглоттит у детей: Автореф. ... к.м.н. — М., 2006, 24 с.
Gilina A.L. [Acute epiglottitis in children]: abstract to MS. — М., 2006, 24 p. (In Russ.)
2. Савенкова М.С., Бычков В.А., Баясинская Г.Л. и др. Острый эпиглоттит у детей (диагностика и лечение): Методические рекомендации. — М., 2009, 38 с.
Savenkova M.S., Bychkov V.A., Balyasinskaya G.L. et al. [Acute epiglottitis in children (diagnosis and treatment)]: Guidelines. — М., 2009, 38 p. (In Russ.)
3. Соболева М.К., Гоева С.В., Кольцов О.В. и др. Типичные ошибки в диагностике и терапии эпиглоттита: Мат. X Съезда педиатров России. — М., 2005. — С. 494.
Soboleva M.K., Goyeva S.V., Koltsov O.V. et al. [Typical errors in the diagnosis and treatment of epiglottitis]: Proceedings of X Congress of Pediatricians of Russia. — М., 2005. — P. 494. (In Russ.)
4. Chang Y.L., Lo S.H., Wang P.C et al. Adult acute epiglottitis : experiences in a Taiwanese setting // *Otolaryngolog. Head Neck Surg.* 2005. V. 132. № 5. P. 689–693.
5. Семенов Ф.В., Зинкин А.Н. Эпиглоттит (у детей и взрослых): Методические рекомендации. — Краснодар, 2007. 34 с.
Semenov F.V., Zinkin A.N. [Epiglottitis (children and adults)]: Guidelines. — Krasnodar, 2007. 34 p. (In Russ.)
6. Соболева М.К., Успенская С.В. В помощь педиатру: острый эпиглоттит у детей // *Бюллетень сибирской медицины*, 2008. Прил. 2, С.145–154.
Soboleva M.K., Uspenskaya S.V. [To help the pediatrician with acute epiglottitis in children] // *Bulletin of the Siberian Medicine*, 2008. App. 2, P.145–154. (In Russ.)