

ЕПИГЛОТИТ

Epiglottitis

Димитър Конов, Константин Борисов

УМБАЛ „ Царица Йоанна-ИСУЛ“, Клиника по УНГ-болести

Dr. Dimitar Konov, Dr. Konstantin Borisov

University Hospital „Queen Joanna, ISUL“ Clinic of ENT Diseases

Резюме:

Острият епиглотит (остър супраглотисен ларингит) е стенозиращо гръкляна възпалително заболяване, което изисква адекватни мерки и мероприятия за овладяването му. Боледуват предимно деца на възраст между 1 и 6 години. Острото начало, бързото протичане и прогресивно развиващият се задух изискват транспортирането на детето с линейка на „Бърза помощ“ в специализирано отделение за евентуални интубация или трахеотомия. Без контрол на състоянието на дихателните пътища и медикаментозно лечение симптомите могат бързо да прогресират до дихателна обструкция и смърт в рамките на няколко часа. Най-честият причинител на острия епиглотит е Haemophilus influenzae тип В. Изолирани са и други патогенни микроорганизми като стрептококи, стафилококи и пневмококи. Не е изключено да се касае за първична вирусна инфекция с бактериална суперинфекция.

Abstract:

Epiglottitis is an acute inflammation in the supraglottic region of the oropharynx. It is a medical emergency in the otorhinolaryngology, which requires adequate measures to manage it. Acute epiglottitis is most common in children aged 1-6 years. The acute onset, rapid course, and progressive dyspnea which are developing children requires transportation by ambulance in a special compartment for possible intubation or tracheotomy. Without airway control and medical management, symptoms may rapidly progress to respiratory obstruction and death in a matter of hours. The most common cause of acute epiglottitis is Haemophilus influenzae type B, although some cases are attributable to Streptococcus pneumoniae, Streptococcus agalactiae, Staphylococcus aureus, and Streptococcus pyogenes. It may also be caused by viruses related to upper respiratory infections.

Острият епиглотит (остър супраглотисен ларингит) е стенозиращо гръкляна възпалително заболяване, което изисква адекватни мерки и мероприятия за овладяването му. Боледуват предимно деца на възраст между 1 и 6 години. Най-често причинител на epiglottidis acuta е Haemophilus influenzae тип В.

1. Клиничната диагноза обхваща следните елементи

1.1. Функционални симптоми

- ◆ Началото е остро, без продроми. Детето е с внезапно повишена температура (до 39-40°), бързо прогресираща инспираторна диспнея, сивкав оттенък на лицето.
- ◆ Детето с остър епиглотит заема характерно положение – седнало, с опъната напред глава и шия.
- ◆ Дисфагия, която пречи на детето да преглътне слюнката (наподобява хиперсиалорея).
- ◆ Затрудненото дишане води до психомоторна възбуда, която от своя страна засилва още повече дихателната недостатъчност.
- ◆ Тежка интоксикация и хипоксия, които могат да доведат за кратко до летален край.

1.2. Клинични симптоми

- ◆ При по-големи деца не трябва да се подценява индиректната ларингоскопия, която трябва да



се извърши внимателно и без усилие, за да не предизвика усилване на задуха. При по-малки деца е достатъчно да се натисне коренът на езика с шпатель, за да се види зачервеният и инфилтриран епиглотис. Възпалителните изменения засягат предимно лингвалната повърхност и свободния ръб на епиглотиса, което му придава характерен вид на колбас или кафла. Поради силния оток и намалената подвижност той затваря входа на гръкляна и гласната цепка не може да бъде визуализирана.

2. Ключови изследвания

- ◆ Характерът на заболяването с неговия бързо прогресиращ ларингеален задух налага незабавна хоспитализация.
- ◆ Локален преглед с огледалце или фиброскоп се прави, ако може да стане бързо и ако се понася добре.
- ◆ Рентгенография на профила на ларинкса, само ако може да се направи до леглото на пациента (увеличен епиглотис).
- ◆ След освобождаване на дихателните пътища: кръвна картина, хемокултури (винаги има бактеремии), изследване на разтворими антигени (*Haemophilus influenzae* тип В).
- ◆ Изследване за белодробна инфекция (торакална рентгенография) или съпътстващ менингит (лумбална пункция).

3. Причинители

Най-честият причинител на острия епиглотит е *Haemophilus influenzae* тип В. Изолирани са и други патогенни микроорганизми като стрептококи, стафилококи и пневмококи. Не е изключено да се касае за първична вирусна инфекция с бактериална суперинфекция.

4. Терапевтични мерки

4.1. Характерът на заболяването налага спешна медицинска помощ и незабавна хоспитализация. Докато е въщи и по време на транспорта детето трябва да е в седнало положение и да не му се дават насилствено течности и лекарства през устата.

4.2. В болнична обстановка се прилага широка гама от лечебни мероприятия, имащи за цел борбата с инфекцията, ларингеалния задух, интоксикацията, ексикозата и други.

- ◆ Борбата с инфекцията се води чрез широкоспектърни антибиотици. Обичайното лечение е 100 мг/кг дневно цефотаксим поради риск от съпътстващ менингит и честота на щамове, продуциращи бета-лактамази (около 30%). Посявката от гърлен секрет спомага оптимизирането на антибиотичната терапия в по-късен етап на лечението.
- ◆ За намаляване на отока на лигавицата се прилагат кортизонови препарати във високи дози. Кортизонът притежава и неспецифично противовъзпалително действие. Със същата цел се използват и калциеви препарати и витамин С.
- ◆ При кислородна недостатъчност се подава овлажен кислород. В зависимост от стадия на дихателната недостатъчност може да се наложи интубация или трахеотомия.

5. Възможни грешки

- ◆ Комбинацията от инспираторна брадипнея, дисфагия и температура говори за наличието на епиглотит. Чуждо тяло в хипофаринкса може да провокира диспнея и дисфагия, но без температура. Другите видове ларингити обикновено не са съпроводени с дисфагия. Диагнозата се потвърждава или коригира след ларингоскопия.
- ◆ При възрастни епиглотитът се среща рядко, като вариациите на микроорганизмите причинители са значително по-големи.

6. Профилактика

Честотата на епиглотите би могла да се намали значително с ваксинация срещу *Haemophilus influenzae* тип В, която трябва да се прави през втория месец от раждането на детето.

7. Алгоритъм за спешност

7.1. Общи симптоми

- ◆ внезапно начало
- ◆ висока температура



- ◆ тежка интоксикация

7.2. Локални симптоми

- ◆ силни болки в гърлото
- ◆ затруднено и болезнено преглъщане
- ◆ симптоми на ларингеална обструкция – бързо прогресиращи инспираторен стридор и задух
- ◆ зачервен и инфилтриран епиглотис. Възпалителните изменения засягат предимно лингвалната повърхност и свободния ръб на епиг-

лотиса, което му придава характерен вид на колбас или кафла.

Острото начало, бързото протичане и прогресивно развиващия се задух изискват транспортирането на детето с линейка на „Бърза помощ“ в специализирано отделение за евентуални интубация или трахеотомия. Без контрол на състоянието на дихателните пътища и медикаментозно лечение симптомите могат бързо да прогресират до дихателна обструкция и смърт в рамките на няколко часа.

Литература:

1. Contencin P. Epiglottite de l'enfant. Tempo Med. 17 avril 91 426: 19-21
2. Naudo Ph Lelievre G. Gilaan L. Peynegre R. Epiglottite aigue de l'adulte. J. Fr. Otorhinolaryngol. 1993; 42, 2 :145-148
3. Цнев, Георгиев Г. (спешните)
4. Guldred LA, Lyhne D, Becker BC. Acute epiglottitis: epidemiology, clinical presentation, management and outcome. J Laryngol Otol. Aug 2008; 122(8): 818-23
5. Alcaide ML, Bisno AL. Pharyngitis and epiglottitis. Infect Dis Clin North Am. Jun 2007; 21(2): 449-69, vii.
6. Faden H. The dramatic change in the epidemiology of pediatric epiglottitis. Pediatr Emerg Care. Jun 2006; 22(6): 443-4

