

Стеноз гортани

Код протокола: СП-022

Код МКБ-10: J38.6 Стеноз гортани

Определение: Стеноз гортани – сужение просвета гортани, ведущее к быстро или постепенно нарастающему затруднению для прохождения воздуха через голосовую щель.

Классификация по скорости развития и этиологическому фактору:

1. Молниеносный. Развивается в течение непродолжительного времени: от нескольких секунд до нескольких минут. Этиология: инородное тело гортани, травмы гортани.

2. Острый. Развивается в течение большого промежутка времени: от нескольких минут до суток. Этиология. Отек - аллергический и при воспалительном процессе (эпиглоттит, хондроперихондрит, абсцесс гортани, гортанная ангина, флегмоны шеи и т. д.); травмы (огнестрельные ранения, термический и химический ожоги), оперативные вмешательства (повреждение нижних гортанных нервов при струмэктомии), длительная верхняя трахеобронхоскопия, травматическая интубация при эндотрахеальном наркозе, рефлекторный спазм голосовых складок при воздействии боевых отравляющих веществ (например, хлора); ларинготрахеит при острых респираторных вирусных инфекциях (самая частая причина отека в раннем детском возрасте).

3. Подострый. Развивается в течение нескольких дней (до недели). Этиология. Дифтерия гортани, а также те заболевания, которые могут приводить к развитию острого стеноза гортани.

4. Хронический. Развивается в течение нескольких недель, месяцев или лет. Этиология. Папилломатоз гортани у детей, доброкачественные и злокачественные опухоли гортани; специфические инфекционные гранулемы – гуммозный сифилис, туберкулез, склерома, проказа; рубцовые изменения как следствие перенесенного хондроперихондрита гортани, ожогов, травматических повреждений, огнестрельных ранений; внегортанные процессы, приводящие к параличу обоих нижнегортанных нервов; врожденные и приобретенные мембраны и кисты гортани.

Стадии (степени) стеноза гортани

I. Стадия компенсации характеризуется углублением и урежением дыхания, уменьшением пауз между вдохом и выдохом, урежением пульса, появлением инспираторной одышки при физической нагрузке.

II. Стадия неполной компенсации. Для вдоха требуется выраженное усилие, дыхание становится шумным, слышимым на расстоянии, кожа - бледной. Больной ведет себя беспокойно, мечется, в акте дыхания принимает активное участие мускулатура шеи и грудной клетки, отмечается втяжение надключичного и подключичного пространств, яремной ямки, межреберных промежутков и эпигастральной области во время вдоха. Описанные симптомы проявляются при незначительной физической нагрузке.

III. Стадия декомпенсации дыхания: состояние больного тяжелое, дыхание частое, поверхностное, кожные покровы имеют бледно-синюшный опенок, первоначально наблюдается акроцианоз, затем - распространенный цианоз. Больной занимает вынужденное положение полусидя с запрокинутой головой, гортань совершает максимальные экскурсии вниз при вдохе и вверх при выдохе, появляется потливость, пульс частый, слабого наполнения.

IV. Терминальная стадия (асфиксия): у больного развиваются резкая усталость и безразличие, дыхание поверхностное, прерывистое (Чейна-Стокса), кожа бледно-серого цвета, пульс частый, нитевидный, зрачки расширены, затем наступает потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание, дефекация и смерть.

Диагностические критерии: Причину стеноза гортани обычно удается установить при сборе анамнеза и на основании результатов осмотра гортани. Основные клинические симптомы независимо от причины, вызвавшей стеноз гортани и скорости развития: 1)

инспираторная одышка, 2) участие в акте дыхания мышц шеи и грудной клетки, сопровождающееся втяжением податливых участков грудной клетки (яремной, над- и подключичных ямок, межреберных промежутков и эпигастральной области во время вдоха), 3) определяется экскурсия щитовидного хряща, вниз - при вдохе и вверх - при выдохе. 4) замедление дыхательного ритма (замедление вдоха, уменьшение дыхательных пауз), 5) возникновение гортанных шумов, изменение голоса (хриплый или беззвучный), 6) венозный стаз, 7) пароксизмальный пульс (замедление и/или исчезновение во время вдоха).

Дифференциальная диагностика дифтерийного крупа и крупа другой этиологии

Признак	Истинный дифтерийный круп	Ложный круп
Голос	Нарастающая осиплость голоса, переходящая в стойкую афонию	Осиплость голоса непостоянная, афонии нет
Кашель	Сухой, грубый, лающий, глухой. Теряющий звучность, вплоть до полной афонии	Грубый, лающий, не теряющий звучности
Налеты	Грязно-белые, трудно снимаемые, остается кровоточащая поверхность после удаления налетов	Поверхностные, легко снимаются
Шейные лимфатические узлы	Увеличенные, припухшие с обеих сторон, слегка болезненные, отек клетчатки вокруг узлов	Увеличены, очень болезненные, отека нет. Пальпируются отдельные лимфатические узлы
Развитие стеноза	Стеноз гортани развивается постепенно, вначале дыхание шумное, переходящее в приступ удушья, самостоятельно не проходит.	Стеноз возникает внезапно, чаще ночью. Вдох громкий, слышен на расстоянии, иногда стеноз проходит спонтанно

Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический
1. Визуальный осмотр общетерапевтический
2. Измерение частоты дыхания, аускультация легких
3. Измерение АД, пульса
4. Осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Определение газового состава крови
2. Консультация реаниматолога

Тактика оказания медицинской помощи:

Цели лечения:

1. Как можно быстрее восстановить дыхательную функцию и улучшить состояние больного.
2. Предупредить прогрессирование стеноза гортани.
3. Предупредить летальные исходы

Медикаментозное лечение. Выбор метода лечения, в первую очередь, определяется стадией стеноза, а во вторую - причиной, вызвавшей стеноз.

При I - II степени стеноза гортани (субкомпенсации):

1. Создать для пациента эмоциональный и психический покой.
2. Восстановление и поддержание проходимости верхних дыхательных путей. Попытаться уменьшить явления стеноза с помощью рефлекторно отвлекающих процедур

(горячие ножные ванны, горчичники на грудную клетку и икроножные мышцы, паровые ингаляции), которые назначают при отсутствии гипертермии и сердечно-сосудистой недостаточности.

3. Полусидячее положение, теплое щелочное питье.

4. Ингаляция увлажненного кислорода.

При II - III степени (декомпенсации):

5. Медикаментозное лечение. Преднизолон 3% р-р 60-90 мг (3-5 мг/кг веса ребенка) в/м, в/в струйно. Хлоропирамин 2% -1,0 (0,1 на год жизни ребенка) или димедрол 1% -1,0 (0,1 на год жизни ребенка), в/м, в/в. Седуксен 0,5% -2,0 (0,1 мл/год жизни ребенка) в/м, в/в.

При стенозе III-IV степени

5. Экстренная интубация трахеи и, при необходимости, перевод больного на ИВЛ, при невозможности выполнить интубацию и имеющейся реальной угрозе жизни производится коникотомия или коникотомия.

Показания к экстренной госпитализации:

- Стеноз III- IV степени- в реанимационное отделение.
- Прогрессирование стеноза меньшей степени.
- Подозрение на дифтерийный круп.

Перечень основных и дополнительных медикаментов:

Перечень основных медикаментов:

- 1.*Кислород для ингаляций (медицинский газ)
- 2.*Преднизолон раствор для инъекций 30 мг/мл;
- 3.*Диазепам раствор для инъекций 5 мг/мл в ампуле 2 мл
- 4.Димедрол раствор для инъекций 10 мг/мл в ампуле

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Хлоропирамин раствор для инъекций 20 мг/мл в ампуле

Индикаторы эффективности оказания медицинской помощи:

1. Восстановление дыхательной функции
2. Улучшение состояния больного.

Список использованной литературы:

1. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Вып.2. 4.1. Медиа Сфера. 2003 г.
2. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) под редакцией А.Г.Чучалина, Ю.Б.Белоусова, В.В.Яснецова. Выпуск VI. Москва 2005.
3. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации. Под ред. Мирошниченко А.Г., Руксина В.В. СПб., 2006.- 224 с.

* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

Список разработчиков:

Заведующий кафедрой скорой и неотложной медицинской помощи, внутренних болезней №2 Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова - д.м.н., профессор Турланов К.М. Сотрудники кафедры скорой и неотложной медицинской помощи, внутренних болезней №2 Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова: к.м.н, доцент Воднев В.П.; к.м.н., доцент Дюсембаев Б.К.; к.м.н., доцент Ахметова Г.Д.; к.м.н., доцент Бедельбаева Г.Г.; Альмухамбетов М.К.; Ложкин А.А.; Маденов Н.Н.

Заведующий кафедрой неотложной медицины Алматинского государственного института усовершенствования врачей – к.м.н., доцент Рахимбаев Р.С. Сотрудники кафедры неотложной медицины Алматинского государственного института

усовершенствования врачей: к.м.н., доцент Силачев Ю.Я.; Волкова Н.В.; Хайрулин Р.З.;
Седенко В.А.