

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА БОЛЕЗНЕЙ УХА, ГОРЛА И НОСА

Ф.В. Семенов, А.Н. Зинкин

ЭПИГЛОТТИТ

(У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ)

Методические рекомендации

Краснодар, 2007

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА БОЛЕЗНЕЙ УХА, ГОРЛА И НОСА

“Утверждаю”

Руководитель департамента
здравоохранения Краснодарского
края

_____ С. Н. Алексеенко
“ _____ ” _____ 2007 г.

ЭПИГЛОТТИТ

(У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ)

Методические рекомендации

Краснодар, 2007

УДК 616.22-007.65-053.31./9(075)

ББК 56.8

Э 71

Составители:

Зав. кафедрой ЛОР-болезней КГМУ, председатель правления общества отоларингологов Кубани, главный отоларинголог Краснодарского края, проф. **Ф.В. Семенов,**

Ассистент кафедры ЛОР-болезней КГМУ
А.Н. Зинкин

Рецензенты:

Зав. курсом ЛОР-болезней ФПК и ППС КГМУ, доцент, к.м.н. М.М. Сергеев
Главный врач Краевой больницы №3 (ЛОР-центр), к.м.н. А.К. Волик

Рекомендовано в качестве учебного пособия ЦМС КГМУ 25.01.2007 г., протокол №1.

Утверждено департаментом здравоохранения Краснодарского края 22.03 2007 г.

Настоящее учебное пособие посвящено вопросам этиологии, патогенеза, диагностики и лечения, опасной для жизни патологии верхних дыхательных путей – эпиглоттита. Большое внимание уделено этапам оказания неотложной медицинской помощи. Приведены схемы использования противомикробных препаратов. Показаны наиболее частые врачебные ошибки.

Методические рекомендации предназначены как для лиц изучающих оториноларингологию (студентов, интернов, клинических ординаторов), так и для практикующих врачей: оториноларингологов, педиатров, реаниматологов, терапевтов, хирургов и инфекционистов.

Эпиглоттит (у детей и взрослых)

Эпиглоттит – это бактериальное воспаление надгортанника и других структур верхнего этажа гортани. При этом в воспалительный процесс вовлекаются надгортанник, черпало-надгортанные складки, мягкие ткани над черпаловидными хрящами, изредка язычок мягкого неба. Наибольшие проявления локализуются в области язычной поверхности надгортанника и черпало-надгортанных складок.

Эпиглоттит (супраглоттит шифр по МКБ-10 – J05.1) впервые был описан в 1878 Michel и назван "angina epiglottidea anterior". В отечественной литературе синонимами данного заболевания можно считать острый подслизистый ларингит, гортанную ангину, инфильтративный ларингит, флегмонозный (инфильтративно-гнойный) ларингит и рожу гортани. Абсцедирующий ларингит, абсцесс надгортанника и гортани (J38.7), наиболее часто, являются следствием дальнейшего развития эпиглоттита у взрослых [1-2].

Эпиглоттит является острой, тяжелой и опасной для жизни патологией верхних дыхательных путей (ВДП). Клинические симптомы этого заболевания быстро возникают и прогрессируют, приводя пациента, при отсутствии своевременного и адекватного лечения, к смерти от асфиксии в течение нескольких часов.

Историческим примером скоротечности и опасности эпиглоттита может служить смерть Джорджа Вашингтона в 1799 году, причиной которой послужило именно это заболевание. Очевидцы того печального события утверждали, что Вашингтон, проснувшись утром с болью в горле, вечером того же дня умер от удушья.

Как отмечает большинство исследователей, эпиглоттит наиболее часто встречается у детей в возрасте от 2 до 7 лет и мужчин 40-50 лет, хотя может возникать и в любом другом возрасте [5, 6, 8, 11, 12, 15, 16, 17].

Эпидемиология. Традиционно считалось, что данное заболевание чаще встречается у детей. Однако, как показал ряд исследований, в последние 50 лет отмечено значительное увеличение случаев этой патологии и у взрос-

лых. Отношение детей к взрослым в 1980 году составляло 2,6:1, а в 1993 году – 0,4:1 [5, 6, 8, 12, 15, 16, 17].

Лица мужского пола болеют чаще. Соотношение мужчины/женщины у взрослых составляет 3:1, а у детей 3:2 [5, 17].

Средний возраст заболевших взрослых приблизительно равен 45 годам. У детей максимум заболеваемости приходится на период между 2 и 7 годами (в среднем 3,5 года). Однако это не исключает возможность развития болезни в более раннем или более позднем возрасте [13, 18]. В литературе имеется сообщение о случае эпиглоттита у новорожденного [7].

Частота эпиглоттита среди населения различных стран [5, 6, 8, 9, 12, 15, 17]:

- Квебек (Канада) – 6 на 100000
- Стокгольм (Швеция) – 14 на 100000
- Женева (Швейцария) – 34 на 100000
- США – 1 на 100000

Включение в календарь прививок грудных детей США вакцинации против гемофильной инфекции типа b привело к снижению заболеваемости эпиглоттитом с 3,47 случаев на 100000 в 1980 году до 0,63 случая на 100000 в 1990 году [7, 13, 14, 15, 17, 18].

Смертность. Высокий риск смерти при описываемой патологии обусловлен возможностью внезапной обструкции верхних дыхательных путей и трудностью интубации пациента с резким отеком надскладковых структур.

Смертность у взрослых составляет 7%. У детей без искусственного поддержания просвета дыхательных путей летальность колеблется от 6% (при своевременном выявлении патологии) до 20% (при поздней диагностике заболевания), а при обеспечении адекватной проходимости респираторного тракта составляет менее 1% [8, 12, 16, 17].

Этиология. Согласно общепринятому мнению, наиболее частым возбудителем эпиглоттита является гемофильная палочка типа – Б (*Haemophilus influenzae* тип *b* (*Hib*)). Реже причиной болезни бывают бета-гемолитические

стрептококки групп А, В и С (*Streptococcus pyogenes*), пневмококки (*Streptococcus pneumoniae*), клебсиеллы (*Klebsiella pneumoniae*), псевдомоны, золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*), *Haemophilus parainfluenzae*, *Neisseria meningitidis*, *Mycobacterium*, а также вирусы простого герпеса (1 типа) и парагриппа. У пациентов с иммунодефицитными состояниями различного генеза заболевание вызывается чаще всего грибами вида кандиды, в частности *Candida albicans*.

К факторам риска возникновения эпиглоттита, следует отнести химические и термические ожоги, травмы глотки и гортани. Особое внимание следует обращать на детей с термическими ожогами лица, так как у них часто имеется сочетанное термическое повреждение глотки и гортани, которое приводит к развитию болезни. Необходимо помнить, что **проглатывание чрезмерно горячей жидкости или пищи может стать причиной возникновения эпиглоттита**, особенно у детей.

Патофизиология. Микроорганизмы (гемофильная палочка, стрептококк и т.д.) попадают на слизистую оболочку дыхательных путей при тесном контакте с больным. Разрушив эпителиальный барьер, или пройдя сквозь травматические дефекты в нем, инфекционный агент может попасть в кровоток, вызвать бактериемию, вследствие чего инфицировать надгортанник и окружающие ткани. Бактериемия также может привести к поражению мозговых оболочек, среднего уха, легких, кожи и суставов.

На проникновение инфекции под слизистую оболочку рыхлая клетчатка реагирует, прежде всего, воспалением и отеком, который начинается на язычной поверхности надгортанника. Инфильтрация тканей быстро усиливается и переходит на черпало-надгортанные складки, черпаловидные хрящи и весь верхний этаж гортани. Воспалительные изменения могут локализоваться не только в подслизистом слое гортани, но и захватывать мышцы, межмышечную клетчатку, надхрящницу. Последующее развитие патологического процесса иногда приводит к нагноению и омертвлению клетчатки с формированием абсцесса или флегмоны. Эпителий голосовых складок, плотно сра-

щенный с последними, останавливает дальнейшее распространение воспалительных изменений.

По мере нарастания отека в надскладковой области, надгортанник отдавливается кзади, что приводит к быстропрогрессирующему сужению дыхательных путей и затруднению дыхания. Асфиксия и смерть при эпиглоттите также может развиваться вследствие аспирации слизи или отделяемого из ротоглотки. У детей причиной смерти может стать дополнительное сужение гортани на вдохе (коллапс), связанное с высокой эластичностью ее скелета. Это подтверждается нахождением на вскрытии суженного, но проходимого просвета дыхательных путей.

Клиника.

Классической клинической триадой заболевания считается боль в горле (у детей слюнотечение), дисфагия и затрудненное дыхание.

Жалобы и анамнез. Эпиглоттит обычно начинается внезапно, на фоне полного здоровья с лихорадки и боли в горле. У взрослых развитию болезни могут предшествовать острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ, ОРЗ). Температура фебрильная (до 40°C). Боль в горле (иногда односторонняя) беспокоит 95% обратившихся к врачу. Она сходна с таковой при остром тонзиллите, локализуется в подчелюстной области, усиливается при глотании, часто распространяется на гортань, может иррадиировать по боковой поверхности шеи в область ключицы и уха

Абсолютное большинство (95%) заболевших жалуется на болезненное глотание или дисфагию. Беспокоят также сухость в горле, легкий кашель и боли в ухе.

Несколькими часами позже ко всем упомянутым выше симптомам присоединяется затруднение дыхания.

Объективные методы диагностики. При осмотре больной, как правило, раздражителен и беспокоен (ребенок капризен и возбужден), иногда отмечается вялость и адинамия. Имеется лихорадка и интоксикационный синдром различной степени выраженности. Тяжелая интоксикация с бакте-

риемией или шоковое состояние на ранних стадиях заболевания характерны для воспалительного процесса, вызванного гемофильной палочкой.

Дисфагия или болезненное глотание диагностируются практически у всех пациентов. В детском возрасте эти проявления патологии в 80% случаев сочетаются со слюнотечением, а у большинства взрослых – с отказом от еды и питья.

Характерной и часто упоминаемой в литературе особенностью эпиглоттита является несоответствие всех выше перечисленных признаков фарингоскопической картине (отсутствуют воспалительные изменения небных миндалин). Б.С. Преображенский (1947) так отобразил этот клинический феномен: «осматривающий глотку врач, ожидающий на основании наличия описанных симптомов найти явления ангины в глотке, не видит там объективного объяснения жалобам больного» [3].

Следует отметить, что более чем у половины заболевших (54%) выявляются различные изменения голоса. Обычно он становится приглушенным (как будто больной разговаривает с положенным в рот горячим картофелем), реже хриплым. Указанные нарушения голосообразования могут сочетаться с легким покашливанием или редким кашлем.

Иногда обращают на себя внимание болезненная пальпация гортани и припухание (одно- или двустороннее) боковых лимфатических узлов шеи, причем расположенные выше угла нижней челюсти лимфатические узлы вовлечены в воспалительный процесс меньше, чем лежащие ниже.

Стеноз гортани выявляется у всех пациентов. Он может сопровождаться втяжением над- и подключичных ямок, межреберных промежутков, тахикардией, одышкой. Ряд авторов указывает, что появление цианоза в симптомокомплексе болезни говорит о плохом прогнозе. Зачастую больные принимают вынужденное положение – «позу треножника». Пациент, пытаясь уменьшить препятствие току воздуха, созданное отеком надгортанником, и увеличить просвет дыхательных путей, сидит, опираясь руками позади туловища. Голова его запрокинута назад, нос поднят кверху (как будто нюхает

воздух), рот при этом может быть широко открыт, а язык высунут вперед. Смена положения тела, приводящая к опусканию надгортанника (например, если больной ложится) провоцирует выраженный инспираторный стридор.

В педиатрической практике затруднение дыхания, обусловленное эпиглоттитом, чаще всего требует быстрой дифференцировки с ложным крупом. Наиболее значительные отличия этих двух неотложных состояний перечислены ниже:

- эпиглоттит чаще встречается у детей старше 3 лет; ложный круп – в более раннем возрасте;
- при эпиглоттите отмечается выраженный интоксикационный синдром; при ложном крупе он отсутствует или выражен слабо;
- эпиглоттит, как правило, развивается на фоне полного здоровья; ложный круп – на фоне ОРВИ;
- для эпиглоттита кашель не характерен; ложный круп сопровождается частым, приступообразным лающим кашлем;
- стридор при ложном крупе возникает ночью; при эпиглоттите нет зависимости от времени суток;
- степень затруднения дыхания у пациентов с эпиглоттитом зависит от положения тела (улучшается сидя и ухудшается лежа); при крупе – нет;
- больные с эпиглоттитом принимают вынужденное положение «треугольника»; при ложном крупе – нет;
- при эпиглоттите отмечается боль в горле, дисфагия, слюнотечение; при ложном крупе – нет.

Инструментальные методы исследования. Лучшим методом, подтверждающим диагноз, признается осмотр гортани гибким эндоскопом (рис. 1). В отсутствие фиброскопа – зеркальная или прямая ларингоскопия. У детей нередко удается осмотреть надгортанник при фарингоскопии, если сильно отодвинуть язык шпателем (рис.2). *Следует воздерживаться от исследований и процедур, вызывающих беспокойство пациента, так как это может привести к декомпенсации стеноза гортани. Выше перечислен-*

ные манипуляции следует выполнять только в условиях возможности экстренного восстановления проходимости дыхательных путей.



Рисунок 1. Фибринофаринголарингоскоп.

При осмотре гортани больного, обнаруживают ярко-красный, утолщенный, малоподвижный, смещенный кзади и книзу надгортанник (рис.3), на котором могут определяться пузыри заполненные геморрагической жидкостью, серовато-грязные островки омертвевшего эпителия, а также густые слизисто-гнойные или геморрагические выделения. Отек и гиперемия часто распространяются на черпало-надгортанные складки, черпаловидные хрящи и ложные голосовые складки. Иногда отечные ткани совершенно закрывают грушевидный синус, в других случаях наоборот он резко выбухает. Плотная инфильтрация черпало-надгортанных складок вызывает ограничение подвижности черпаловидных хрящей. При абсцедировании выявляют ограниченную припухлость слизистой оболочки, на вершине которой просвечивает

гной. Изолированные гнойники чаще всего развиваются на язычной поверхности надгортанника и на чарпало-надгортанных складках.



Рисунок 2. Фарингоскопия при эпиглоттите.

Лабораторные данные. Всем пациентам показаны общий анализ крови, исследование бактериологических посевов крови и мазков с надгортанника.

В гемограмме заболевших наиболее часто определяются лейкоцитоз и сдвиг в лейкоцитарной формуле влево.

Изучение результатов бактериологических посевов мазков со слизистых оболочек позволяет выявить возбудителя в 90% случаев, гемокультура положительна – в 70% исследований. Если же заболевание обусловлено гемофильной палочкой, микроорганизм обнаруживается в крови и мазках соответственно у 12-90% и 50% людей.

Дополнительные методы исследования. На рентгенограмме шеи в боковой проекции обычно хорошо виден увеличенный и уплотненный надгортанник, который напоминает большой палец руки (рис. 4). Однако отри-

цательные данные рентгенографии не исключают эпиглоттит (особенно на ранних стадиях).

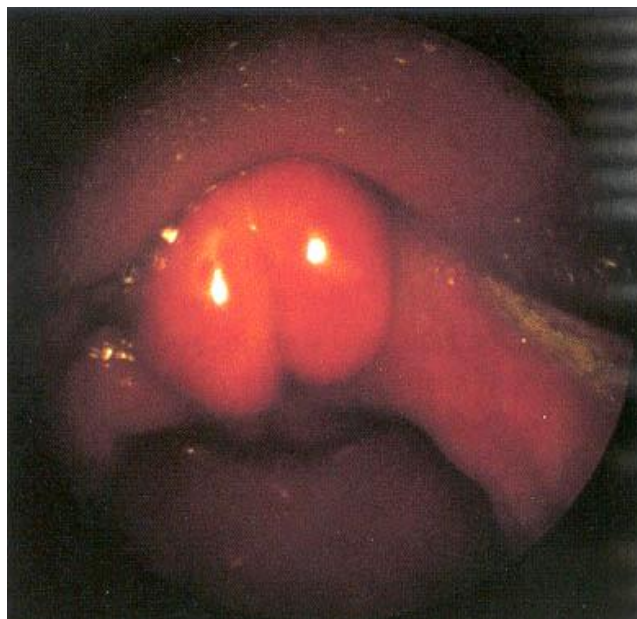


Рисунок 3. Гипофарингоскопическая картина у 5-летнего ребенка с эпиглоттом.

При проведении рентгенологического исследования пациент (особенно ребенок) должен находиться под постоянным присмотром медицинского персонала, обладающего навыками оказания неотложной помощи, в том числе интубации и трахеотомии.

Лечение должно быть направлено на решение двух основных задач: первая – поддержание (или восстановление) просвета дыхательных путей; вторая – уничтожение возбудителя.

Догоспитальный этап. Все больные эпиглоттитом, или подозрением на него, подлежат немедленной доставке в ближайшую больницу. Следует избегать проведения им дополнительных исследований, которые, как правило, не дают существенных данных, а лишь задерживают оказание неотложной помощи.

Во время транспортировки заболевшему позволяют принять удобную позу; родителям разрешают взять ребенка на руки. Детям, при необходимости и если это не вызывает беспокойства, можно через маску дать увлажненный кислород.



Рисунок 4. Боковая рентгенограмма шеи 66-летнего пациента с острым эпиглоттитом.

Хорошо виден инфильтрированный, увеличенный надгортанник, напоминающий большой палец руки

При возникновении асфиксии следует попытаться восстановить вентиляцию легких само расправляющимся мешком с маской и клапаном (мешок «Амбу»). Для этого необходимо уложить больного на спину, подложить под плечи валик, запрокинуть голову и вывести вперед нижнюю челюсть. Далее плотно прижать маску к лицу, закрыв ею нос и рот. Плавными медленными движениями сжимая мешок, начать вентиляцию 100% кислородом или воздухом. Ритм дыхательных движений должен соответствовать возрастной норме. Эффективность проводимой респираторной поддержки оценивают по отсутствию сброса воздуха из под маски, адекватной экскурсии грудной клетки, нормализации цвета кожных покровов и показаниям пульсоксиметрии. Отрицательный результат проводимых действий является показанием к оротрахеальной интубации.

К пункции перстнещитовидной (конической) связки у детей или коникотомии у взрослых следует прибегать лишь в случае невозможности восстановления дыхания выше перечисленными способами. Пункция конической

связки является временной мерой, обеспечивающей вентиляцию дыхательных путей в течение 30–40 минут. Манипуляция выполняется в положении ребенка на спине. После обработки кожи антисептическим раствором и инфильтрационной анестезии (если позволяет время) необходимо пропальпировать перстнещитовидную связку ниже щитовидного хряща. Далее соединить 5 мл шприц с ангиокатетером G 12–14 калибра (рис. 4) и пропунктировать связку по средней линии. Катетер направить вниз под углом 45° к поверхности кожи (рис. 5). Иглу следует продвигать, подтягивая поршень шприца, до аспирации воздуха, что подтверждает ее попадание в просвет трахеи. Затем удалить иглу, продвинув катетер вглубь трахеи. Адаптер (диаметром 3 мм) детской эндотрахеальной трубки присоединить к канюле катетера. Через Y-образный переходник подключить к адаптеру подачу кислорода или мешок «Амбу». Кислород подавать со скоростью 15 л/мин.

Госпитальный этап. Приоритетной задачей оказания помощи в условиях специализированного стационара является поддержание (восстановление) просвета дыхательных путей. Больного под присмотром медицинского персонала, владеющего навыками интубации или трахеотомии, нужно доставить операционную или реанимационный зал. Одновременно следует подготовить оборудование и инструменты, необходимые для бронхоскопии, трахеотомии и интубации. Восстановление проходимости респираторного тракта осуществляется ЛОР-врачом или врачом-хирургом в присутствии анестезиолога и реаниматолога.

Проводя мониторинг витальных функций (ЭКГ, неинвазивное артериальное давление, пульсоксиметрия), пациенту следует дать ингаляционный (кислородно-фторотановый или кислородно-галотановый) наркоз. После достижения адекватного обезболивания, нужно обеспечить венозный доступ, сделать прямую ларингоскопию и интубацию трахеи. Безуспешность интубации является показанием к трахеотомии.

Восстановив вентиляцию легких, больного необходимо передать под наблюдение в отделение интенсивной терапии. Объем респираторной под-

держки определяется индивидуально врачом-реаниматологом. Вопрос об экстубации решается через 24-48 часов после начала этиотропной терапии.

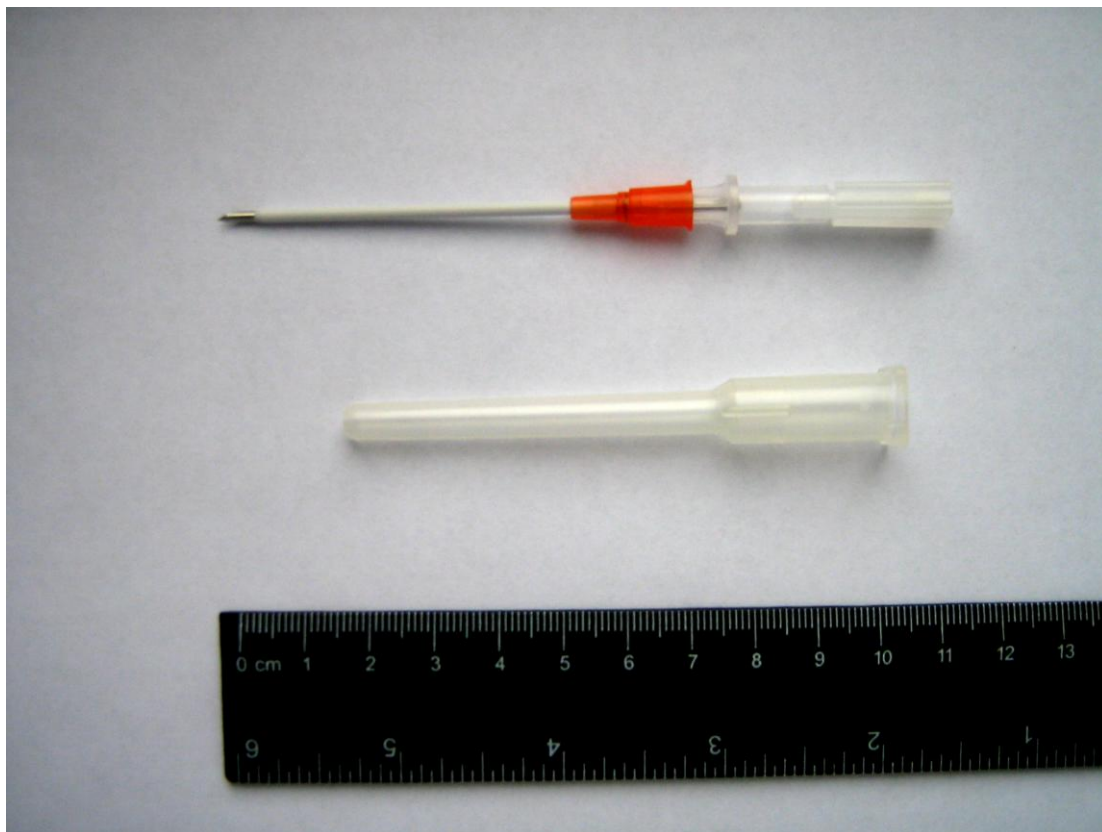


Рисунок 4. Ангиокатетер калибра G 14.

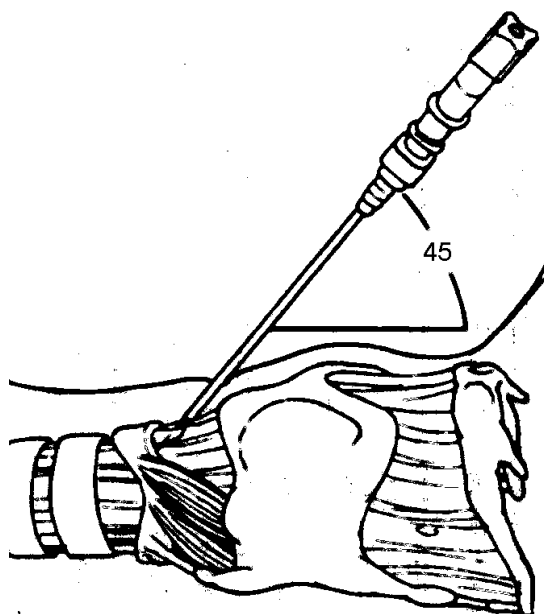


Рисунок 5. Пункция конической связки.

Медикаментозное лечение следует начинать только после восстановления проходимости дыхательных путей, а также в отсутствие признаков затруднения дыхания или при их слабой выраженности (стеноз гортани 1-2 стадии).

Антибиотики до идентификации инфекционного агента назначаются эмпирически. При выборе противомикробного препарата следует учитывать весь спектр возможных микроорганизмов (см. в соответствующем разделе). Однако предпочтение следует отдавать антимикробным средствам, наиболее эффективным против гемофильной палочки типа b.

Препаратами выбора для терапии эпиглоттита считаются **лендацин** (цефтриаксон), **амоксиклав** (амоксициллин/клавуланат). Препаратами второго ряда – ампициллин/сульбактам, цефотаксим, цефуроксим и комбинация ампициллина с хлорамфениколом.

Выявление стафилококковой природы заболевания (например, у ожоговых больных) является показанием к включению в схему антимикробной терапии **эдицина** (ванкомицина).

Лендацин назначается внутривенно: взрослым по 1-2 грамма 1- 2 раза в сутки, через каждые 12-24 часа; детям из расчета 75-100 мг на кг веса в сутки в 1-2 введения.

Амоксиклав (внутривенно): взрослым – 1,2 грамма 3-4 раза в сутки; детям – 20-45 мг/кг/сут. (по амоксициллину), каждые 6-8 часов.

Цефотаксим: взрослым – 1-2 грамма, в/в, каждые 6-8 часов (но не более 12 грамм в день); детям – 100-200 мг/кг/сут., в/в, каждые 8 часов. Цефуроксим: взрослым – 750-1500 мг, в/в, каждые 8 часов (но не более 6 грамм в день); детям – 75-100 мг/кг/сут., в/в, каждые 8 часов. Ампициллин: взрослым – 1-2 грамма, в/в, каждые 6-8 часов; детям – 100-200 мг/кг/сут., в/в, каждые 6 часов. Хлорамфеникол: взрослым – 50 мг/кг/сут., в/в, каждые 6 часов; детям – 50-100 мг/кг/сут., в/в, каждые 6 часов. Ампициллин/сульбактам: не используется в лечении детей младше 3 месяцев; детям (3 месяцев-12 лет) - 150-300 мг/кг/сут., в/в, каждые 6 часов; взрослым – 1,5 (1 грамм ампициллина + 0.5

грамма сульбактама) - 3 грамма (2 грамма ампициллина + 1 грамм сульбактама), в/в, каждые 6-8 часов (но не более 4 грамм/сутки сульбактама и/или 8 грамм) ампициллина. Продолжительность антибактериальной терапии быть не менее 7-10 дней.

Эдицин (ванкомицин): взрослым – 2 грамма/сут.: по 1,0 грамму каждые 12 часов или по 0,5 грамма каждые 6 часов (на 100-200 мл 5% глюкозы или физиологического раствора NaCl, в/в, капельно не продолжительностью не менее 1 часа); дети – 40-60 мг/кг/сут. в 2-4 введения (не более 2,0 г/сут.), в/в, капельно.

Из лекарственных средств других групп, назначаемых в лечении эпиглоттита, следует отметить нестероидные противовоспалительные препараты и седативные средства. Применение адреномиметиков и глюкокортикоидных гормонов в терапии рассматриваемой патологии малоэффективно.

Осложнения. У детей эпиглоттит, вызванный гемофильной палочкой, может привести к развитию пневмонии, менингита, острого среднего отита, артрита, перикардита, сепсиса. У взрослых он иногда осложняется абсцессом надгортанника или других отделов гортани.

Профилактика заключается в вакцинации грудных детей *Hib*-вакциной. Однако следует помнить, что вакцинация полностью не гарантирует от возникновения эпиглоттита.

Детям с нарушенной иммунологической реактивностью, не привитым – в возрасте до 4-х лет и привитым – моложе 12 месяцев, имевшим тесный контакт с больным, должна быть проведена антибактериальная профилактика рифампицином 20 мг/кг 1 раз в сутки в течение 4 дней (но не более 600 мг/сут.).

Прогноз. Летальность, при своевременном обеспечении адекватной вентиляции дыхательных путей, не превышает 1%.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. М.:ГЭОТАР-МЕД.-2002.-С.328-422.
2. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология. М.:МЕДИЦИНА.-2001.-С.337-363.
3. Темкин Я.С., А.Г. Лихачев, Преображенский Б.С. Болезни уха горла и носа. М.:МЕДГИЗ.-1947.-С.299.
4. Adams W.G., Deaver K.A., Cochi S.L. et al. Decline of childhood Haemophilus influenzae type b (Hib) disease in the Hib vaccine era. // JAMA 1993 Jan 13; 269(2).-P.221-226.
5. Berg S., Trollfors B., Nylen O. et al. Incidence, aetiology, and prognosis of acute epiglottitis in children and adults in Sweden. // Scand J Infect Dis 1996; 28(3).-P.261-264.
6. Berger G., Landau T., Berger S. The rising incidence of adult acute epiglottitis and epiglottic abscess. // Am J Otolaryngol 2003 Nov-Dec; 24(6).-P.374-383.
7. Ducic Y., O'Flaherty P., Walker C.R., Bernard P. Epiglottitis diagnosed within hours of birth. // Am J Otolaryngol 1997 May-Jun; 18(3).-P.224-225.
8. Faden H. The dramatic change in the epidemiology of pediatric epiglottitis. // Pediatr Emerg Care 2006 Jun; 22(6).-P.443-444.
9. Garpenholt O., Hugosson S., Fredlund H. et al. Epiglottitis in Sweden before and after introduction of vaccination against Haemophilus influenzae type b. // Pediatr Infect Dis J 1999 Jun; 18(6).-P.490-493.
10. Gonzalez Valdepena H., Wald E.R., Rose E. et al. Epiglottitis and Haemophilus influenzae immunization: the Pittsburgh experience--a five-year review. // Pediatrics 1995 Sep; 96(3 Pt 1).-P.424-427.
11. Gorelick M.H., Baker M.D. Epiglottitis in children, 1979 through 1992. Effects of Haemophilus influenzae type b immunization. // Arch Pediatr Adolesc Med 1994 Jan; 148(1).-P.47-50.
12. Hilsinger R.L. Jr., Rasgon B.M. Changing aspects of epiglottitis. // West J Med 1995; 163(2): 155-156.
13. Isaacson G., Isaacson D.M. Pediatric epiglottitis caused by group G beta-hemolytic Streptococcus. // Pediatr Infect Dis J 2003 Sep; 22(9).-P.846-847.
14. Murphy T.V., White K.E., Pastor P. et al. Declining incidence of Haemophilus influenzae type b disease since introduction of vaccination. // JAMA 1993 Jan 13; 269(2).-P.246-248.
15. McVernon J., Slack M.P., Ramsay M.E. Changes in the epidemiology of epiglottitis following introduction of Haemophilus influenzae type b (Hib) conjugate vaccines in England: a comparison of two data sources. // Epidemiol Infect 2005 Nov 17.-P.1-3.
16. Wick F., Ballmer P.E., Haller A. Acute epiglottitis in adults. // Swiss Med Wkly 2002 Oct 12; 132(37-38).-P.541-547.
17. Wurtele P. Acute epiglottitis in children and adults: a large-scale incidence study. // Otolaryngol Head Neck Surg 1990 Dec; 103(6).-P.902-908.
18. Young N., Finn A., Powell C. Group B Streptococcal epiglottitis. // Pediatr Infect Dis J 1996; 15(1).-P.95-96.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
Эпидемиология.....	4
Этиология.....	5
Патофизиология.....	6
Клиника.....	7
Лечение.....	12
Профилактика.....	17
Прогноз.....	17
Библиографический список.....	18

Ф.В. Семенов А.Н. Зинкин
ЭПИГЛОТТИТ
(У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ)

Методические рекомендации

Отпечатано