Острый обструктивный ларингит [круп], эпиглоттит, постинтубационный отек гортани

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: J05.0, J05.1, J38.4, J38.6 · Союз педиатров России, Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов, Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии

Круп — обычно вирусное воспаление гортани с сужением ее просвета, а эпиглоттит — тяжелая бактериальная инфекция надгортанника с риском быстрой обструкции дыхательных путей. Рекомендация охватывает диагностику и неотложное лечение крупа, эпиглоттита и постинтубационного отека у детей и взрослых; ключевые задачи — быстро оценить дыхательную недостаточность, не спровоцировать обструкцию при эпиглоттите и своевременно обеспечить проходимость дыхательных путей.

Главное

- Круп чаще возникает у детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет.
- Признаки эпиглоттита: острое начало с высокой температурой и нарушением общего состояния, боль в горле, тризм, слюнотечение, поза «треножника», приоткрытый рот и быстрое развитие стридора; лающий кашель для него нехарактерен.
- При подозрении на эпиглоттит нельзя укладывать пациента, проводить ингаляции, давать седативные или снотворные препараты и провоцировать беспокойство.
- Для крупа базовое лечение — глюкокортикоиды; антибиотики при крупе не рекомендуется назначать, поскольку антибактериальная терапия неэффективна. При тяжелом крупе или отсутствии глюкокортикоидов применяют ингаляционный эпинефрин, но не как монотерапию.
- При крупе при снижении сатурации до 92% и ниже рекомендована оксигенотерапия.
- Эпиглоттит требует экстренной госпитализации в организацию с отделением интенсивной терапии и возможностью интубации.

Диагностика

1. При крупе и эпиглоттите в анамнезе уточняют факт вакцинации против гемофильной, пневмококковой инфекции и дифтерии.
2. Круп диагностируют клинически по сочетанию осиплости, лающего кашля и инспираторного стридора.
3. При осмотре оценивают цианоз, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение яремной ямки и межреберий, частоту дыхания, характер одышки и сатурацию.
4. Эпиглоттит отличают от крупа по высокой температуре, нарушению общего состояния, боли в горле, тризму, слюнотечению и отсутствию типичного лающего кашля. Осмотр ротоглотки ребенка проводят только в операционной при полной готовности к интубации.
5. При подозрении на эпиглоттит и высокой лихорадке общий анализ крови выполняют всем пациентам; С-реактивный белок — по необходимости. Исследования проводят только после оценки безопасности, иногда после интубации; посев крови и материал с надгортанника берут после восстановления проходимости дыхательных путей.
6. Пульсоксиметрия рекомендована пациентам с крупом и эпиглоттитом для оценки дыхательной недостаточности и динамического контроля. Рутинная рентгенография при крупе не нужна; боковую рентгенографию шеи при сомнительном эпиглоттите выполняют селективно, поскольку диагностические манипуляции могут привести к обструкции.
7. У взрослых перед экстубацией проводят тест на герметичность манжеты.

Лечение

- При крупе назначают системный или ингаляционный глюкокортикоид всем пациентам (УУР А, УДД 1). Дексаметазон вводят внутримышечно или внутривенно в дозе 0,15–0,6 мг/кг; при приеме внутрь предпочтительна доза 0,15 мг/кг. Обычно достаточно однократного введения.

- Если дексаметазона нет, используют преднизолон в эквивалентной дозе: 1 мг/кг преднизолона соответствует 0,15 мг/кг дексаметазона, 2 мг/кг — 0,6 мг/кг. После преднизолона, особенно при легком и среднетяжелом крупе, выше риск повторного возникновения симптомов.
- Для ингаляции можно использовать будесонид через небулайзер в дозе 2 мг за сутки: однократно или по 1 мг дважды с интервалом 30 минут. Рутинно добавлять будесонид к дексаметазону не следует из-за отсутствия дополнительной эффективности (УУР А, УДД 2).
- При тяжелом крупе или отсутствии глюкокортикоидов применяют ингаляцию раствора эпинефрина 1:1000 — 5 мл на одну ингаляцию независимо от возраста и физических параметров ребенка. Эффект быстрый, но обычно длится не более 2 часов, поэтому эпинефрин не используют как единственное лечение (УУР А, УДД 1).
- При асфиксии и невозможности проведения интубации у детей с крупом и пациентов с эпиглоттитом проводят трахеотомию с постановкой временной трахеостомы или коникотомию.
- При эпиглоттите пациента оставляют сидя и проводят раннюю интубацию для профилактики внезапной асфиксии. Обязательно назначают системный антибиотик: например, цефтриаксон детям от 15 дней до 12 лет в дозе 20–80 мг/кг/сут, наиболее обоснованно 75 мг/кг/сут; при необходимости добавляют ванкомицин 40 мг/кг/сут. Общая длительность антибактериальной терапии — 7–10 дней.
- При постэкстубационном отеке препарат выбора — внутривенный системный глюкокортикоид: взрослым дексаметазон 5 мг однократно или метилпреднизолон 20–40 мг; детям в среднем дексаметазон 0,6 мг/кг/сут либо преднизолон 1 мг/кг/сут, при необходимости до 2 мг/кг/сут. Минимальная продолжительность лечения — 48 часов.
- При отсутствии улучшения в течение часа на фоне лечения постэкстубационного отека проводят реинтубацию, не прекращая консервативную терапию. Дополнительно селективно используют ингаляционный эпинефрин или будесонид; доза будесонида взрослым — 1000 мкг каждые 12 часов, детям — 1000 мкг дважды в сутки.

Когда направить и как наблюдать

- При крупе госпитализируют при стенозе II–III степени, невозможности обеспечить адекватное лечение дома или прогрессирующем ухудшении. Дети с Westley 1–2 балла обычно не нуждаются в госпитализации, если после терапии достигнут эффект.
- Любой пациент с эпиглоттитом подлежит экстренной госпитализации, обычно бригадой скорой помощи, в организацию с отделением интенсивной терапии и возможностью интубации.
- После госпитализации при крупе выписка возможна после купирования стеноза, нормализации температуры и сатурации; средняя длительность пребывания — 1–2 дня.
- При эпиглоттите выписывают после купирования стеноза, нормализации температуры и сатурации, восстановления самостоятельного приема пищи и жидкости; средняя длительность стационарного лечения — 3–5 дней.

Частые вопросы

Как отличить круп от эпиглоттита?

Для крупа типичны ОРВИ, осиплость и лающий кашель с инспираторным стридором. Эпиглоттит начинается остро с высокой температуры и нарушения общего состояния, боли в горле, тризма, слюнотечения и позы «треножника»; лающего кашля обычно нет.

Нужно ли назначать антибиотики при крупе?

При крупе антибиотики не рекомендуется назначать, поскольку заболевание преимущественно вирусное и антибактериальная терапия неэффективна (УУР А, УДД 1).

Какую дозу дексаметазона использовать при крупе?

Дексаметазон вводят внутримышечно или внутривенно в дозе 0,15–0,6 мг/кг; при приеме внутрь предпочтительна доза 0,15 мг/кг. В большинстве случаев достаточно однократного введения.

Можно ли осматривать горло при подозрении на эпиглоттит?

У ребенка осмотр ротоглотки проводят только в операционной при полной готовности к интубации, поскольку беспокойство и манипуляция могут вызвать рефлекторный ларингоспазм и асфиксию.

Когда интубировать пациента с крупом или эпиглоттитом?

При эпиглоттите рекомендована ранняя интубация для профилактики внезапной асфиксии; безопасная экстубация обычно возможна через 24–48 часов после нормализации температуры, прояснения сознания и стихания симптомов.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/352-ostryj-obstruktivnyj-laringit-krup-epiglottit-postintubacionnyj-otek. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/352_3