

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист
оториноларинголог Департамента
здравоохранения города Москвы


А.И. Крюков

« » _____ 2022 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 13





20 августа 2022 г.

**АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ, ПЕРЕНЕСШИМ
ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА УХЕ**

Методические рекомендации № 75

Москва - 2022

УДК 616.22-002.1

ББК 56.8

С- 26

Учреждение-разработчик: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

Составители: член-корр. РАН, Засл. деятель науки РФ, д.м.н., проф. Крюков А.И., Засл. деятель науки РФ, д.м.н., проф. Кунельская Н.Л., к.м.н. Романенко С.Г., к.м.н. Павлихин О.Г., к.м.н. Елисеев О.В., к.м.н. Лесогорова Е.В., к.м.н. Красникова Д.И., Смирнова Е.Н., Теплых Е.А.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой оториноларингологии
Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский
университет дружбы народов», Заслуженный врач РФ,
доктор медицинских наук, профессор

В.И. Попадюк

Зам. главного врача по медицинской части ГКБ № 29
им. Н.Э. Баумана, Заслуженный врач РФ,
доктор медицинских наук, профессор

М.Г. Лейзерман

Острый ларингит. Клиника, дифференциальный диагноз и лечение. /
Методические рекомендации. – Под редакцией А.И. Крюкова. – Москва. –
2021. – 25с.

Предназначение:

В методических рекомендациях описана клиника, дифференциальная диагностика, современные методы диагностики и лечения пациентов с острым ларингитом. Методические рекомендации рассчитаны на врачей-оториноларингологов, фониатров.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГИТА.....	4
Этиология ОЛ.....	4
Гистология ОЛ.....	5
Микробиота гортани.....	5
Классификация ОЛ.....	6
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО ЛАРИНГИТА.....	6
Показания к госпитализации.....	7
Длительность течения ОЛ.....	7
МИКРОЛАРИНГОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО ЛАРИНГИТА.....	8
Микроларингоскопическая картина острого катарального ларингита.....	8
Микроларингоскопическая картина острого отечного ларингита.....	8
Микроларингоскопическая картина острого инфильтративного ларингита.....	9
Микроларингоскопическая картина острого абсцедирующего ларингита.....	10
Микроларингоскопическая картина острого флегмонозного ларингита и хондроперихондрита гортани.....	11
Микроларингоскопическая картина острого постравматического ларингита.....	12
МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ЛАРИНГИТАМИ.....	13
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОСТРОГО ЛАРИНГИТА.....	14
ЛЕЧЕНИЕ острого ларингита.....	16
Физиотерапевтическое лечение ОЛ.....	18
Ингаляционная терапия ОЛ.....	20
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ....	23
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	24

ВВЕДЕНИЕ

Острый ларингит (ОЛ) является одним из распространенных ЛОР заболеваний среди пациентов трудоспособного возраста как на территории РФ, так и за рубежом, и такая тенденция сохраняется на протяжении последних десятилетий.

Острый катаральный ларингит - самая частая форма ОЛ чаще всего развивается на фоне ОРВИ. Другие формы ОЛ встречаются значительно реже, однако именно они вызывают различные осложнения, представляют угрозу здоровью, а порой и жизни человека.

В данных методических рекомендациях содержится описание этиологии, патогенеза, классификация, клиники, диагностики, в том числе дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, и лечения пациентов с ОЛ, а также описана тактика ведения пациентов после перенесенных острых воспалительных заболеваний гортани.

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГИТА

Этиология ОЛ

ОЛ - представляет собой острое воспаление гортани [1]. Это заболевание может быть, как самостоятельным, так и проявлением некоторых инфекционных болезней (ОРВИ, грипп, коклюш и др.) или системных заболеваний (ревматоидный артрит, васкулит, подагра, заболевания крови и др.), являться результатом наружной или внутренней травмы гортани, в том числе и ятрогенной, проявлением аллергического заболевания. Самой частой причиной ОЛ является вирусная инфекция. Другими этиологическими факторами ОЛ может быть бактериальная инфекция, термические и химические агенты, различная травма. К провоцирующим факторам ОЛ можно отнести общее и местное переохлаждение, неблагоприятные условия работы (запыленные помещения, горячий сухой воздух, повышенный шумовой фон и т.д.),

побочные действия некоторых лекарственных препаратов, а также - перенапряжение голоса. Предрасполагающими факторами развития ОЛ являются хронические очаги воспаления: хронические инфекции верхних дыхательных путей и легких, нарушение носового дыхания, а также - нарушения обменных процессов: сахарный диабет, гипотиреоз, болезни печени [2].

Гистология ОЛ

При ОЛ происходит увеличение проникновения лейкоцитов через межэпителиальные щели, расширение кровеносных сосудов, мелкоклеточная инфильтрация, частичная метаплазия эпителия, увеличение слизистых желез. Распространение воспалительной инфильтрации на мышцы гортани приводит к нарушению тонуса голосовых складок, в подскладковый отдел - к формированию острого подскладкового ларингита (в основном у детей). При неблагоприятном течении воспалительного процесса, присоединении бактериальной инфекции возможно формирование абсцессов, гнойное расплавление тканей гортани и распространение воспалительного процесса на надхрящницу, также воспаление может выходить за пределы гортани.

Микробиота гортани

Микрофлора гортани представлена сапрофитными микроорганизмами, практически никогда не вызывающими заболеваний у человека, и условно-патогенными бактериями, способными при неблагоприятных для макроорганизма условиях вызывать гнойное воспаление.

К микроорганизмам, являющимся основными возбудителями острых форм ларингита, относятся *S. pneumoniae* и *H. influenzae*. Кроме того, довольно часто высеваются *Moraxella catarrhalis*, различные виды стрептококков и стафилококков, значительно реже – представители родов *Neisseriae*, *Corynebacteriaceae* и др. Все более актуальной представляется роль атипичных возбудителей инфекций ЛОР-органов (хламидий,

микоплазм и др.), которые, являясь внутриклеточными паразитами, изменяют течение основного заболевания, вызывая воспаление и других тканей организма [4,5].

Классификация ОЛ

ОЛ делится на катаральный, отечный (в том числе острый эпиглоттит), флегмонозный, хондро-перихондрит гортани.

Формы ОЛ: катаральный, отечный, инфильтративный, абсцедирующий (в том числе абсцесс надгортанника), флегмонозный.

Флегмонозный ларингит – инфильтративно-гнойное воспаление подслизистого слоя, мышечного и связочного аппаратов и надхрящницы хрящей гортани. Различают две формы флегмонозного (инфильтративно-гнойного) ларингита: инфильтративную и абсцедирующую.

Хондроперихондрит гортани – острое или хроническое воспаление хрящей гортани.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО ЛАРИНГИТА

Заболевание начинается остро на фоне общего удовлетворительного состояния, нормальной или субфебрильной температуры тела. Больные жалуются на ощущение сухости, першения в горле и в проекции гортани, охриплость, вплоть до афонии. На 2–3-й день заболевания может появиться сухой кашель. Он сопровождается скудным отделением вязкой слизистой мокроты. ОЛ, развивающийся на фоне различных заболеваний, имеет, соответственно, клинические характеристики данного заболевания. При отечном ларингите на первый план выходит симптомы стеноза верхних дыхательных путей. Самым частым осложнением острого воспаления в гортани является стеноз гортани, который обусловлен сужением ее просвета. У пациента появляются признаки острой дыхательной недостаточности различной степени выраженности: I степень – появляется одышка (шумное дыхание) при физической нагрузке, II степень – одышка при незначительной физической нагрузке, III степень –

одышка в покое, а также характерно учащение частоты дыхательных движений, западение надключичных ямок и втяжении межрёберных промежутков, вынужденное положение больного с запрокинутой головой.

Повышение температуры до фебрильных цифр свидетельствует об ухудшении течения воспалительного процесса и переходе катарального воспаления гортани в более тяжелые формы. Для инфильтративной, абсцедирующей, флегмонозной форм ОЛ и хондро-перихондрита гортани характерны сильные боли в горле, нарушение глотания (в том числе и жидкости), симптомы интоксикации, нарастающая симптоматика стеноза гортани. Выраженность клинических проявлений напрямую коррелирует с тяжестью воспалительных изменений. Характерно появление воспалительных изменений мягких тканей шеи, развитие парезов гортани. Общее состояние пациента становится тяжелым. Возможно развитие осложнений: флегмоны шеи, медиастенита, абсцедирующей пневмонии и сепсиса.

Показания к госпитализации

Все пациенты с острым отечно-катаральным, отечно-инфильтративным, абсцедирующим и флегмонозным ларингитом, хондро-перихондритом гортани, тем более при развитии у них осложнений, требуют экстренной госпитализации в ЛОР стационар по витальным показаниям, так как стеноз верхних дыхательных путей развивается за небольшой отрезок времени. Показания к госпитализации при посттравматическом ларингите зависят от тяжести травмы. При травме шеи пациента желательно госпитализировать.

Длительность течения ОЛ

Продолжительность течения острого катарального ларингита обычно составляет от 5 до 10 дней, острого инфильтративного, абсцедирующего ларингита – 10-14 дней, флегмонозного ларингита и хондроперихондрита гортани - до 4 недель. Воспалительный процесс в гортани считается

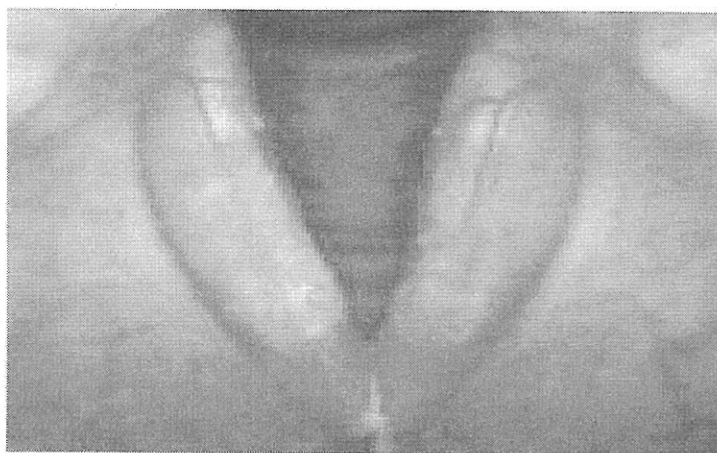
острым до 4-6 недель. При неблагоприятных условиях возможен переход ОЛ в хроническую форму.

МИКРОЛАРИНГОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО ЛАРИНГИТА

Микроларингоскопическая картина острого катарального ларингита

При микроларингоскопии определяется гиперемия слизистой оболочки гортани, голосовые складки розовые или ярко-красные, усиление сосудистого рисунка линейного строения, сухость слизистой оболочки голосовых складок и гортани, скопление мокроты в узелковой зоне или других отделах гортани, при фонации отмечается смыкание по средней линии или формирование овальной или линейной щели (рисунок 1).

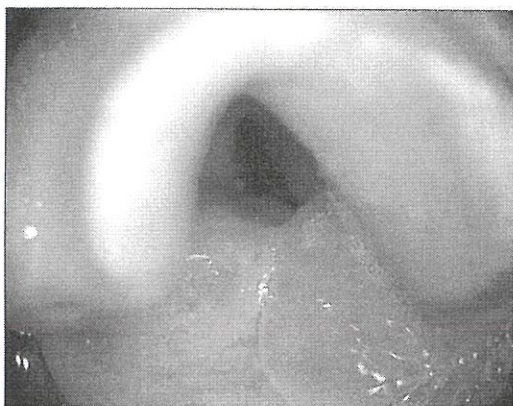
Рисунок №1. Эндофотография острого катарального ларингита



Микроларингоскопическая картина острого отечного ларингита

Стекловидный отек слизистой оболочки различных отделов гортани и голосовых складок, который может сочетаться с гиперемией слизистой оболочки гортани, выявляемый при микроларингоскопии гортани (рисунок 2), способен явиться причиной стеноза дыхательных путей.

Рисунок №2. Эндофотография острого отечного ларингита



Микроларингоскопическая картина острого инфильтративного ларингита

При микроларингоскопии определяется отечность, гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки гортани, голосовых складок, голосовые складки утолщены розового или ярко красного цвета, сосудистый рисунок усилен, линейного строения. Возможна инфильтрация в области надгортанника (эпиглоттит), вестибулярного отдела гортани, голосовых складок, в области черпалонадгортанных складок и черпаловидных хрящей или их сочетание. Возможно нарушение подвижности пораженного отдела гортани, скопление мокроты в разных отделах гортани, участков белого или желтоватого фибринозного налета. При ОЛ на фоне длительного кашля формируется дефект слизистой оболочки в узелковой зоне с наложением плотного фибрина, небольшие очаги изъязвления (Рис. 3, 4, 5).

Рисунок №3. Эндофотография острого инфильтративного ларингита



Рисунок №4. Эндофотография острого инфильтративного ларингита

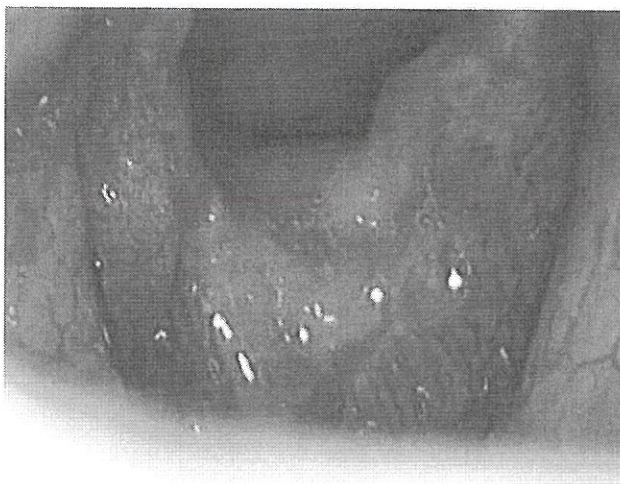
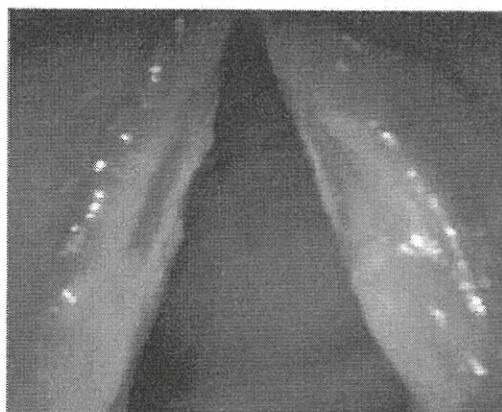


Рисунок №5. Эндофотография острого инфильтративного (кашлевого) ларингита



Микроларингоскопическая картина острого абсцедирующего ларингита

При микроларингоскопии выявляется значительная инфильтрация, гиперемия, увеличение в объеме и нарушение подвижности пораженного отдела гортани. Часто видны фибриновые налеты, в месте формирования абсцесса просвечивает гнойное отделяемое. Абсцесс чаще формируется на надгортаннике и выглядит как шарообразное образование, локализующееся на язычной поверхности надгортанника с просвечивающим гнойным отделяемым, скоплением слюны в

гортаноглотке (рис. 6). Абсцессы в области черпалонадгортанных складок чаще являются осложнением паратонзиллита и для них характерно наличие инфильтрации боковой стенки гортаноглотки с пораженной стороны.

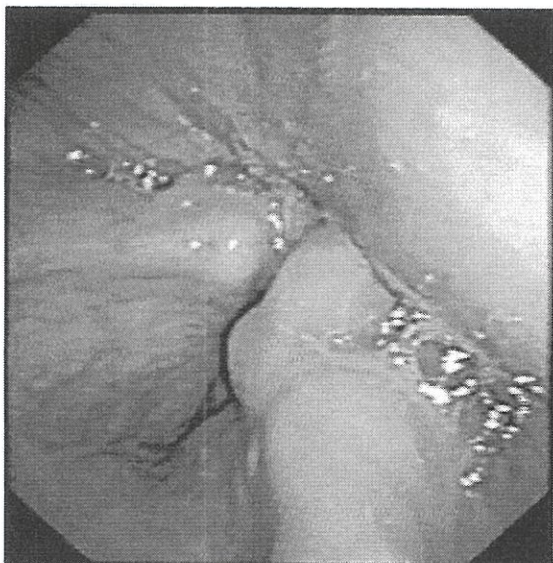
Рисунок №6. Эндофотография абсцесса надгортанника



Микроларингоскопическая картина острого флегмонозного ларингита и хондроперихондрита гортани

При микроларингоскопии гортани выявляются гиперемия, отек и инфильтрация тканей гортани, наложения фибрина белого или желтого цвета, гнойная мокрота в просвете гортани, возможно мелкие очаги абсцесса, скопление слюны в гортаноглотке, которые чаще всего сопровождаются стенозом гортани, парезами гортани (рис. 7). Кроме того определяется припухлость и болезненность мягких тканей шеи, увеличение шейных лимфатических узлов.

Рисунок №7 Эндифотифграфия флегмонозного ларингита



Микроларингоскопическая картина острого посттравматического ларингита

При посттравматических ларингитах микроларингоскопическая картина зависит от механизма травмы и объема поражения. В месте травмы определяется кровоизлияние, отечность, разрывы слизистой оболочки, парезы гортани (рис. 8, 9). В дальнейшем может произойти инфильтрация и абсцедирование процесса.

Рисунок №8 Эндифотифграфии посттравматического ларингита

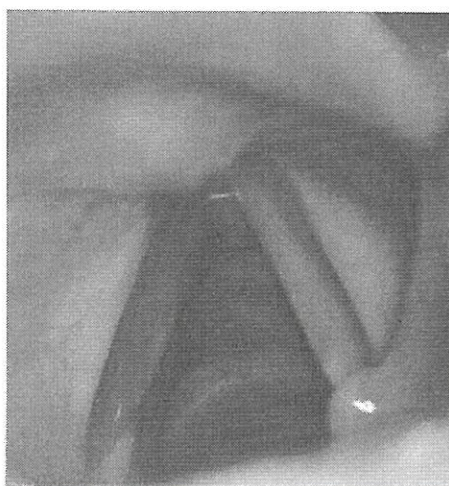
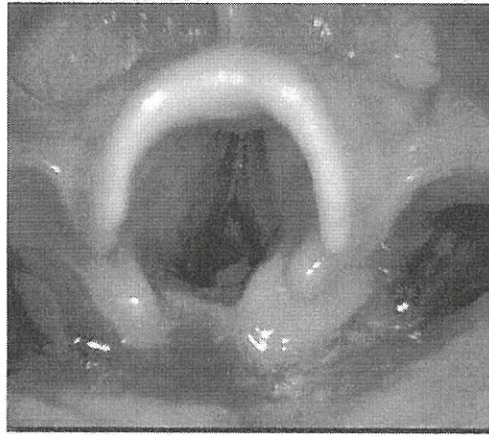


Рисунок №9 Эндифотифграфия острого посттравматического ларингита



При отсутствии эффекта от медикаментозной дестенозирующей терапии пациенту выполняется трахеостомия.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ЛАРИНГИТОМ

Методы обследования пациентов при ОЛ зависят от формы ларингита, выраженности клинических симптомов, состояния пациента и наличия осложнений.

Основным диагностическим методом оценки клинико-функционального состояния гортани при ОЛ является непрямая ларингоскопия или микроларингоскопия. При невозможности осмотра гортани методом непрямой ларингоскопии проводится эндоскопия гортани с использованием жесткого или гибкого эндоскопа (видеофибrolарингоскопия).

Больным с флегмонозным, отечно - инфильтративным ларингитом по показаниям проводят компьютерную или рентгеновскую томографию гортани, фиброларинготрахеоскопию, УЗИ шеи для определения распространенности воспалительного процесса, в том числе и в мягкие ткани шеи. Для выяснения объема поражения гортани и выявления возможных гнойно-септических осложнений: флегмоны шеи, медиастенита, абсцедирующей пневмонии применяют компьютерную

томографию или рентгенотомографию гортани, грудной клетки и средостения.

Микробиологическое исследование является обязательным для пациентов с флегмонозным и абсцедирующим ларингитом.

Исследование функции внешнего дыхания применяют для выявления степени дыхательной недостаточности при ларингите, сопровождающимся стенозом дыхательных путей.

Рекомендуется также брать биопсию при вскрытии абсцессов гортани, так как в ряде случаев возникают большие трудности в дифференциальной диагностике рака гортани, острого воспалительного процесса и туберкулеза гортани.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОСТРОГО ЛАРИНГИТА

Дифференциальный диагноз при ОЛ проводят с *хроническим ларингитом*. На ОЛ указывают сроки развития заболевания, давность охриплости.

Следует дифференцировать острый катаральный ларингит на фоне ОРВИ с *острым катаральным ларингитом, развившимся на фоне перегрузки голосового аппарата*. Для последнего характерны предшествующая началу заболевания чрезмерная голосовая нагрузка и изолированные изменения в гортани, проявляющиеся, как правило, краевой гиперемией свободного края голосовых складок и их гипотонусом, а также возможной гиперемией слизистой оболочки области медиальной поверхности черпаловидных хрящей.

Флегмонозный и отечный ларингит следует дифференцировать с *рожей гортани*. Для этого заболевания характерно резкое начало, повышение температуры тела до 40°C и выше. Слизистая оболочка гортани при рожистом воспалении имеет темно-красный цвет, отмечается отек и инфильтрация надгортанника, черпалонадгортанных складок, области черпаловидных хрящей, наличие фибринозного транссудата.

Лимфатические узлы шеи увеличены, плотные, болезненные. Воспалительные изменения в гортани сочетаются с поражением кожи лица, головы и шеи. Длительность заболевания 6-12 дней.

Следует дифференцировать ОЛ с системными заболеваниями гортани, такими как гранулематоз Вегенера, амилоидоз, а также - с туберкулезом и сифилисом гортани.

При гранулематозе Вегенера возникают язвенно-некротические изменения слизистой оболочки гортани с большим количеством с трудом удаляемых сухих корок, подскладковые инфильтраты, нередко сочетающиеся с поражением полости носа, глотки и гортаноглотки. Рубцевание язвенных дефектов является причиной стенозирования дыхательных путей. Наиболее достоверным лабораторным показателем, позволяющим верифицировать гранулематоз Вегенера, является выявление в крови антинейрофильных цитоплазматических антител (анализ АНЦА).

При амилоидозе гортани происходит отложение амилоида в тканях гортаноглотки и гортани. Опухолевидные инфильтраты размером от булавочной головки до диффузного инфильтрата, занимающего весь вестибулярный, голосовой и подголосовой отделы гортани, надгортанник, черпалонадгортанные складки и другие отделы гортани. Характерен желтоватый цвет инфильтратов. Окончательная диагностика амилоидоза основана на гистологическом исследовании, при котором выявляется характерная для отложений амилоида яблочно-зеленая окраска и двойное преломление в поляризованном свете при окрашивании Конго красным.

Первичный сифилис гортани проявляется в виде грязно-серой язвы с приподнятыми краями хрящевой плотности и регионарным шейным лимфоаденитом. При вторичном сифилисе гортани на ее слизистой оболочке появляются характерные слизистые налеты в виде белесоватых пятен, соседствующие с диффузными участками гиперемии. В третичном периоде возникают диффузные субэпителиальные инфильтраты в виде

гуммозных образований, которые, подвергаясь распаду, превращаются в глубокие кратерообразные язвы с круто обрывающимися краями и грязно-серым дном. Присоединение вторичной инфекции вызывает отек гортани, перихондрит и некроз ее хрящей. По выздоровлении этот процесс завершается массивным рубцовым обезображиванием гортани и ее стенозом. Характерной особенностью сифилиса гортани (в отличие от других ее воспалительных заболеваний) является значительная диспропорция между выраженными деструктивными изменениями и весьма слабыми субъективными ощущениями. Только после присоединения вторичной инфекции возникает выраженный болевой синдром и дисфагия. Диагноз устанавливается на основании серологических исследований

Туберкулез гортани также может выглядеть как инфильтративный и флегмонозный ларингит. Характерно образование туберкулезных инфильтратов от серовато-розового до красного цвета, с гладкой или несколько бугристой поверхностью, изъязвлений неправильной формы, грануляций. Диагностика туберкулеза является комплексной и включает аллергические внутрикожные пробы (реакция Манту и "Диаскинтест"), инструментальное исследование (рентген) и лабораторные исследования, направленные как на выявление и идентификацию возбудителя с определением спектра его чувствительности к препаратам этиотропной терапии, так и на изучение выраженности иммунологической реакции на патоген.

Для верификации острого ларингита с ларингитом, развивающимся при инфекционных заболеваниях, основную роль играет тщательный сбор анамнеза. Характерен контакт пациента с источником инфекции и срок инкубационного периода данного инфекционного заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЛАРИНГИТА

Выбор алгоритма терапии при ОЛ зависит от его формы и степени выраженности процесса. Лечение ОЛ необходимо начинать с создания

лечебно-охранительного режима. Помещение, в котором находится больной, должно быть теплым с хорошей вентиляцией и достаточной влажностью. Рекомендуются щадящая диета с исключением острой и раздражающей пищи, горячих и газированных напитков. Больному назначают голосовой режим в зависимости от степени выраженности воспалительных явлений в гортани. Полное молчание не рекомендуется.

Освобождение от работы предоставляется пациентам не только с повышенной температурой, но и с нормальной, особенно, если это представители голосо-речевых профессий.

Для лечения ОЛ применяются противовоспалительные, противоотечные, антигистаминные, муколитические, антибактериальные и ферментные препараты, лекарственные средства, улучшающие микроциркуляцию, стимулирующие средства, иммунотерапия и др.

Если ОЛ является одним из проявлений ОРВИ, то лечение проводится по схеме терапии ОРВИ. Эффективно применение ингаляционной терапии, поливитаминов, противовоспалительных и неспецифических иммуностимулирующих препаратов (препараты эхинацеи).

В случаях нетяжелого течения ОЛ бывает достаточно ограничиться местной противовоспалительной терапией в сочетании с ограничением голосовой нагрузки или применением нестероидных противовоспалительных средств. В случае упорного течения ОЛ, более 10-14 дней, выраженной инфильтрации голосовых складок и экссудации назначается антибактериальная терапия. Антибактериальная терапия при ОЛ назначается эмпирически с применением препаратов широкого спектра действия (амоксциллина клавуланата, цефалоспоринов, макролидов, респираторных фторхинолонов). При флегмонозном, абсцедирующем и тяжелых инфильтративных ларингитах препараты вводятся внутримышечно или внутривенно. После получения результатов микробиологического и микологического исследований назначается по

необходимости противогрибковая терапия или проводится коррекция антибактериальной терапии с учетом выделенных возбудителей.

При лечении острых абсцедирующих и флегмонозных ларингитов всем пациентам обязательно проводится вскрытие абсцесса, эвакуация содержимого полости абсцесса, промывание полости абсцесса растворами антисептиков (0,01% раствор бензилдиметил[3-(миристоиламино)пропил]аммония хлорида моногидрата, 0,02% раствор хлоргексидина биглюконата, 0,5% раствор гидроксиметилхиноксалиндиоксида). В дальнейшем проводится ежедневное разведение краев разреза, при необходимости с повторным промыванием полости абсцесса растворами антисептиков, до полного исчезновения воспалительных явлений.

При посттравматических ларингитах обязательно назначаются гемостатические препараты с целью уменьшения объема возможной гематомы, а также обязательным является назначение антибиотиков широкого спектра действия. При массивных гематомах или инфильтрации процесса проводят консервативную дестенозирующую терапию (парентеральное введение кортикостероидов – 8-16 мг дексаметазона, 60-120 мг преднизолона). Необходимо регулярное (каждые 2 часа) динамическое наблюдение за пациентом, особенно в первые несколько суток после травмы, а в случае развития стеноза гортани или абсцедирования гематомы – экстренное хирургическое лечение.

Средняя продолжительность лечения неосложненного ОЛ составляет 8-10 дней, а инфильтративных форм ларингита - 14-18 дней.

Особое место в лечении ОЛ занимает местная противовоспалительная терапия.

Физиотерапевтическое лечение острого ларингита

Электрофорез и фонофорез лекарственных препаратов. Метод основан на введении лекарственного вещества с помощью постоянного тока или ультразвука, соответственно, через кожу или слизистые оболочки. Метод электрофонофореза сочетает в себе положительные стороны обоих

вышеназванных процедур. Данный метод позволяет создать депо лекарственного препарата в гортани.

Гальванизация - метод, основанный на воздействии на ткани организма постоянного тока низкого напряжения (до 60В) и малой силы (до 30 мА). Противовоспалительное действие тока определяется увеличением фагоцитарной активности лимфоцитов, стимулированием ретикулоэндотелиальной системы, повышением активности гуморальных факторов неспецифического иммунитета.

Диадинамические токи – воздействие на организм двумя постоянными, периодически меняющимися токами низкой частоты (50 и 100 Гц) небольшой силы (до 50 мА) и низкого напряжения. Действие диадинамических токов приводит к интенсификации обменных процессов за счет улучшения кровообращения и лимфообращения.

УВЧ-индуктотермия – лечебный метод, при котором используют магнитную составляющую электромагнитного поля ультравысокой частоты (40,68 МГц). УВЧ – индуктотермия оказывает выраженное противовоспалительное, обезболивающее, спазмолитическое действие, активно влияет на местный иммунитет.

СВЧ (сантиметровые магнитные волны) – воздействие на ткани организма ЭМП СВЧ (2375 и 2450 МГц) с длиной волны 12,6 и 12,2см. Терапевтический эффект СВЧ терапии при воспалительных заболеваниях обусловлен бактериостатическим действием и активизацией обменных процессов.

Магнитотерапия – воздействие на ткани организма осуществляется постоянным или переменным низкочастотным магнитным полем небольшой напряженности (до 30-50 мВ). Использование магнитотерапии улучшает кровообращение тканей, уменьшает воспаление и отек, стимулирует репаративные процессы в тканях, оказывает антиаллергическое действие.

Ингаляционная терапия острого ларингита

В качестве местной терапии можно использовать вливания в гортань различных лекарственных препаратов и ингаляции лекарственных средств. Из лекарственных препаратов для вливания в гортань и ингаляций наиболее часто применяют антисептики, кортикостероиды, препараты, улучшающие кровообращение, и др. Лекарственные средства вливают в гортань подогретыми до температуры тела по каплям. Применение эндоларингеальных вливаний ограничивается у пациентов с выраженным фарингеальным рефлексом. Кроме того вливания в гортань могут проводиться только один раз в день, а вводимые лекарственные препараты неглубоко проникают в ткани гортани из-за непродолжительного контакта лекарственного вещества со слизистой оболочкой гортани.

Наиболее эффективной терапией при ОЛ является ингаляционная терапия. Проводят ингаляции антибактериальных, антисептических, гормональных и противовоспалительных средств: дексаметазона, диоксидина, тиамфеникола глицината, ацетилцистеината и других препаратов. Оптимальной температурой вдыхаемого аэрозоля считается 36-38⁰С. Тепловлажные и паровые ингаляции на фоне острого ларингита могут быть причиной развития или увеличения отека слизистой оболочки гортани. Следует также отметить, что многие препараты резко снижают, или даже теряют свою биологическую активность при нагревании. В связи с этим применение тепловлажных и паровых ингаляций для лечения воспалительной патологии гортани мы считаем не целесообразным. Ингаляции следует проводить на ультразвуковых и компрессорных ингаляционных аппаратах. Для лечения заболеваний верхних дыхательных путей преимущественно используются аэрозоли средней и низкой дисперсности.

Применение ингаляционной терапии позволяет сократить прием антибактериальных и других лекарственных препаратов, значительно

повысить эффективность лечения, уменьшить проявление системных и побочных эффектов лекарственных средств.

С 80х годов прошлого века изменилось отношение к применению масляных ингаляций. Цель масляных ингаляций - покрыть слизистую оболочку тонким защитным и смягчающим слоем. Продолжительность масляных ингаляций составляет в среднем 5-8 минут. За 5 минут в аэрозоль превращается 0,25 г масла. По данным многочисленных исследований установлено, что ингалируемое масло, попадая в альвеолы, способствует развитию альвеолитов и разрушению сурфактанта. Поэтому этот метод лечения, широко распространенный ранее, в настоящее время не рекомендовано использовать.

При проведении ингаляционной терапии необходимо соблюдение определенной последовательности применения лекарственных веществ. Наличие большого количества мокроты, корок на поверхности слизистой оболочки препятствует всасыванию ингалируемых веществ. В этих случаях лечение надо начинать с ингалирования муколитических средств и лишь после этого, через 20-30 минут, назначать аэрозоли других лекарственных препаратов. При появлении выраженной сухости слизистой оболочки ротоглотки и гортани после применения ингаляций кортикостероидами показана ингаляция с физиологическим раствором или минеральной водой для увлажнения слизистой оболочки.

При планировании ингаляционной терапии следует придерживаться принципа последовательного применения в течение суток медицинских препаратов с различной фармакологической активностью и направленностью и подбора индивидуальных схем лечения в зависимости от характера, выраженности и стадии воспаления.

Нами разработаны схемы лечения воспалительных заболеваний гортани с применением ингаляционной терапии. В виде монотерапии проведение ингаляционного лечения показано при нетяжелых формах воспалительных заболеваний гортани.

Схема ингаляционной терапии острого катарального ларингита:

1. Смесь: раствор диоксидина 0,5% - 2,0 мл (мирамистина) + раствор натрия хлорида 0,9% - 2,0 мл + раствор дексаметазона 4 мг/мл – 0,5 мл. Или последовательно: ингаляция диоксидина 0,5% - 2,0 мл (мирамистина) и через 30 минут ингаляция Пульмикорта 0,5 мг/мл. Ингаляция проводится 2 раза в день по 10 минут.
2. Раствор натрия хлорида 0,9% - 5,0 мл или щелочная минеральная вода (Ессентуки № 4, Славяновская, Смирновская) 5,0 мл через 20 минут после ингаляции лекарственной смеси.

Курс лечения 7-10 дней

При повышенной сухости слизистой оболочки гортани, а также у лиц голосовых профессий возможно применение ингаляций минеральной воды или физиологического раствора, как увлажняющего средства до 6 раз в день. Длительность ингаляции 5-10 минут.

Схема ингаляционной терапии при остром отечном ларингите:

1. Раствор дексаметазона 4 мг\мл 0,5 мл + раствор натрия хлорида 0,9% - 3,0 мл - 2 раза в день по 10 минут; или ингаляции Пульмикорта 0,5 мг/мл. 1-2 раза в день.
2. Физиологический раствор 5,0 мл или минеральная вода 5,0 мл через 10 – 15 минут после ингаляции кортикостероида, а также в течение дня при сухости слизистой оболочки гортани. Длительность ингаляции 5-10 минут.

Курс лечения при остром воспалительном процессе составляет 3-7 дней.

Схема ингаляционной терапии при остром инфильтративном, флегмонозном, абсцедирующем ларингите:

1. При наличии корок, плотного фибринозного налета терапию начинают с ингаляции муколитика. Используют 2-4 мл 20% р-ра Ацетилцистеина 3-4 раза в день или раствор Амброксола 7,5 мг/мл – 4,0 мл в разведении 1:1 0,9% раствором натрия хлорида.
 2. Через 10 минут – тиамфеникол глицинат ацетилцистеинат ½ флакона 2 раза в день. Длительность ингаляции 10 минут.
 3. Через 15-20 минут - Дексаметазон 2 мг в 3 мл физиологического раствора 2 раза в день или Пульмикорт 0,5 мг/мл. Длительность ингаляции 10 минут.
 4. 5,0 мл Физиологического раствора или 5,0 мл минеральной воды 4 - 6 раза в день: через 10 – 15 минут после ингаляции кортикостероида и дополнительно 2-4 раза в течение дня в зависимости от количества вязкой мокроты или корок на слизистой оболочке голосовых складок. Длительность ингаляции 10 минут.
- Курс лечения составляет 7-10 дней. [6].

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА ОСТРЫМ ЛАРИНГИТОМ ПОСЛЕ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ

После элиминации острого воспалительного процесса в гортани пациенты с сохраняющимися голосовыми расстройствами должны быть консультированы фоониатром с целью проведения голосовосстановительного лечения. Пациенты направляются на занятия фонопедией, целью которых является постановка звучного голоса и правильного фонационного дыхания. Фонопедические упражнения способствуют улучшению функционального состояния гортани, препятствуют формированию вестибулярно-складкового голоса.

Особое внимание следует уделять пациентам с повышенными требованиями к качеству голоса. Лечение этой категории больных необходимо начинать сразу же при появлении первых симптомов ларингита. Большое значение при этом придается рациональному

голосовому режиму и общеукрепляющей терапии с целью профилактики гипотонусной дисфонии, которая часто возникает после ОЛ.

Все пациенты, представители голосо-речевых профессий, перенесшие ОЛ, должны находиться под динамическим наблюдением фониатра. Длительность и периодичность наблюдения определяется в зависимости от уровня требований, предъявляемых ими к качеству голоса, наличия в анамнезе хронической патологии голосового аппарата, и проводится до полного восстановления голосовой функции. После возобновления ими голосовой нагрузки больных осматривают течение 5-7 дней с целью коррекции, в случае необходимости, объема голосовой нагрузки.

Пациентам с гипотонусной дисфонией проводится курс стимулирующей терапии, направленный на повышение тонуса мышц гортани и улучшение общего состояния пациента. При этом применяются препараты, улучшающие нервную проводимость и замедляющие нейродистрофические процессы в мышцах, улучшающие синаптическую проводимость (комплекс витаминов группы В - 1 драже 3 раза в сутки 4 недели или по 2 мл в/м через день №10), поливитаминные комплексы (до 4 недель), препараты, улучшающие процессы проведения нервных импульсов (ипидакрин по 20мг 2раза в день до 4 недель), и антиоксиданты (этилметилгидроксипиридина сукцинат по 125-250мг 3раза в день до 4 недель).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение воспалительных заболеваний гортани должно быть комплексным. При планировании терапии следует учитывать индивидуальные особенности пациента, давность заболевания, тяжесть клинической симптоматики, возможные осложнения воспалительного процесса. Только лечебная тактика, построенная на принципах индивидуального подхода и комплексных методов лечения, позволяет реабилитировать пациента с патологией гортани.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А.
«Оториноларингология» М.: Медицина, 2002, 571с.
2. Романенко С.Г. «Острый и хронический ларингит»,
«Оториноларингология. Национальное руководство». Краткое издание/
под ред. В.Т. Пальчуна. - М. - ГЭОТАР-Медиа, 2012 С. 541-547.
3. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Романенко С.Г., Павлихин О.Г.,
Елисеев О.В., Яковлев В.С, Красникова Д.И., Лесогорова Е.В. Терапия
воспалительных заболеваний гортани. Медицинский совет. 2013. №2-
1. С. 38-41.
4. Соболев И.М. «Острый и хронические неспецифические
воспалительные заболевания глотки, гортани, трахеи» Руководство по
оториноларингологии Том III, М. 1963. с 228-256.