1. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
2. "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"Министерства здравоохранения Российской Федерации
3. Кафедра ЛОР болезней с курсом ПО
4. Реферат
5. Острый ларингит
6. Выполнила: ординатор Цыбденова Г.б.
7. Проверила: к.м.н., доцент Петрова М.А..
8. Красноярск, 2023

Оглавление

Острый ларингит (ОЛ) – острое воспаление слизистой оболочки гортани. Абсцедирующий или флегмонозный ларингит — острый ларингит с образованием абсцесса, чаще на язычной поверхности надгортанника или на черпалонадгортанных складках; проявляется резкими болями при глотании и фонации, иррадиирущими в ухо, повышением температуры тела, наличием плотного инфильтрата в тканях гортани. Острый хондроперихондрит гортани — острое воспаление хрящей гортани, т.е. хондрит, при котором воспалительный процесс захватывает надхрящницу и окружающие ткани.

**Этиология и патогенез.** Острое воспаление слизистой оболочки гортани может являться продолжением катарального воспаления слизистой оболочки носа или глотки или возникать при остром катаре верхних дыхательных путей, респираторной вирусной инфекции, гриппе. Обычно острый ларингит составляет симптомокомплекс ОРВИ (гриппа, парагриппа, аденовирусной инфекции), при которой в воспалительный процесс вовлечена также слизистая оболочка носа и глотки, а иногда и нижних дыхательных путей (бронхи, лѐгкие). Известно, что микрофлора, колонизирующая нестерильные отделы дыхательных путей, в том числе в гортани, представлена сапрофитными микроорганизмами, практически никогда не вызывающими заболеваний у человека и условно–патогенными бактериями, способными при неблагоприятных для микроорганизма условиях вызывать гнойное воспаление.

В патогенезе развития острого отѐка гортани большую роль играют анатомические особенности строения слизистой оболочки гортани. Значение имеет нарушение лимфооттока и местного водного обмена. Отек слизистой оболочки может возникнуть в любом отделе гортани и быстро распространиться на другие, вызывая острый стеноз КР309 7 гортани и угрожая жизни пациента. Причины, вызывающие острое воспаление слизистой оболочки гортани разнообразны: инфекционный и вирусный фактор, наружная и внутренняя травма шеи и гортани, в том числе ингаляционные поражения, попадание инородного тела, аллергия, гастроэзофагеальный рефлюкс. Значение имеет также большая голосовая нагрузка. Возникновению воспалительной патологии гортани способствуют хронические заболевания бронхолѐгочной системы, носа, околоносовых пазух, нарушения обмена веществ при сахарном диабете, гипотиреоз или заболевания желудочнокишечного тракта, хроническая почечная недостаточность, патология разделительной функции гортани, злоупотребление спиртными напитками и табаком, перенесѐнная лучевая терапия.

**Классификация**

По форме острого ларингита: катаральный;• отѐчный;• флегмонозный (инфильтративно-гнойный):• - инфильтративный; - абсцедирующий.

По характеру возбудителя: бактериальный;• вирусный;• грибковый;• специфический•

**Жалобы и анамнез**

Основными симптомами острого ларингита являются острая боль в горле, охриплость, кашель, затруднение дыхания, ухудшение общего самочувствия. Для острых форм характерно внезапное начало заболевания при общем удовлетворительном состоянии или на фоне небольшого недомогания. Температура тела остаѐтся нормальной или повышается до субфебрильных цифр при катаральном остром ларингите. Фебрильная температура, как правило, отражает присоединение воспаления нижних дыхательных путей или переход катарального воспаления гортани во флегмонозное. Для инфильтративных и абсцедирующих форм острого ларингита характерны сильные боли в горле, нарушение глотания, в том числе жидкости, выраженная интоксикация, нарастающая симптоматика стеноза гортани. Выраженность клинических проявлений напрямую коррелирует с тяжестью воспалительных изменений. Общее состояние больного становится тяжѐлым. При отсутствии адекватной терапии возможно развитие флегмоны шеи, медиастинита, сепсиса, абсцедирующей пневмонии и стеноза гортани. В этих случаях независимо от причины, вызывающей острый стеноз гортани, клиническая картина его однотипна и обусловлена степенью сужения дыхательных путей. Резко выраженное отрицательное давление в средостении при напряжнном вдохе и нарастающее кислородное голодание вызывают симптомокомплекс, который заключается в появлении шумного дыхания, изменении ритма дыхания, западении надключичных ямок и втяжении межрѐберных промежутков, вынужденном положении больного с запрокинутой головой, опущении гортани при вдохе и подъѐме при выдохе.

Появление в гортани фибринозного налета белого и беловато–желтого цвета – признак перехода заболевания в более тяжелую форму – фибринозный ларингит, а налет серого или бурого цвета может являться признаком дифтерии. Главным симптомом острой дыхательной недостаточности является одышка. В зависимости от тяжести одышки выделяют следующие еѐ степени: I степень дыхательной недостаточности – одышка возникает при физической нагрузке; II степень – одышка возникает при малых физических нагрузках (неспешная ходьба, умывание, одевание); III степень – одышка в покое. По клиническому течению и величине просвета дыхательных путей различают четыре степени стеноза гортани: 1. Стадия компенсации, которая характеризуется урежением и углублением дыхания, укорочением или выпадением пауз между вдохом и выдохом, урежением сердцебиения. Просвет голосовой щели составляет 6-8 мм или сужение просвета трахеи на 1/3. В покое недостатка дыхания нет, при ходьбе появляется одышка. 2. Стадия субкомпенсации - при этом появляется инспираторная одышка с включением в акт дыхания вспомогательных мышц при физической нагрузке, отмечается втяжение межреберных промежутков, мягких тканей яремной и надключичных ямок, стридорозное (шумное) дыхание, бледность кожных покровов, артериальное давление остается нормальным или повышенным, голосовая щель 3-4 мм, просвет трахеи сужен на ½ и более. 3. Стадия декомпенсация. Дыхание при этом поверхностное, частое, резко выражен стридор. Вынужденное положение сидя. Гортань совершает максимальные экскурсии. Лицо становится бледно-синюшным, отмечается повышенная потливость, акроцианоз, пульс учащенный, нитевидный, артериальное давление снижено. Голосовая щель 2-3 мм, щелевидный просвет трахеи. 4. Асфиксия - дыхание прерывистое или совсем прекращается. Голосовая щель и/или просвет трахеи 1мм. Резкое угнетение сердечной деятельности. Пульс частый, нитевидный, нередко не прощупывается. Кожные покровы бледно-серые за счет КР309 10 спазма мелких артерий. Отмечается потеря сознания, экзофтальм, непроизвольное мочеиспускание, дефекация, остановка сердца [6]. Острое начало заболевания с быстрым прогрессированием симптомов стеноза усугубляет тяжесть состояния больного, поскольку за короткое время не успевают развиться компенсаторные механизмы. Это необходимо учитывать при определении показаний для экстренного хирургического лечения. Сужение просвета верхних дыхательных путей при остром стенозирующем ларинготрахеите происходит последовательно, стадийно за небольшой отрезок времени. При неполной обструкции гортани возникает шумное дыхание – стридор, обусловленный колебаниями надгортанника, черпаловидных хрящей, частично голосовых связок при интенсивном турбулентном прохождении воздуха через суженные дыхательные пути согласно закону Бернулли. При доминировании отека тканей гортани наблюдается свистящий звук, при нарастании гиперсекреции – хриплое, клокочущее, шумное дыхание. В терминальной стадии стеноза дыхание становится все менее шумным за счет уменьшения дыхательного объема. Инспираторный характер одышки возникает при сужении гортани в области голосовых складок или над ними и характеризуется шумным вдохом с втяжением податливых мест грудной клетки. Стенозы ниже уровня голосовых складок характеризуются экспираторной одышкой с участием в дыхании вспомогательной мускулатуры. Стеноз гортани в области подголосового отдела обычно проявляется смешанной одышкой. У больных с обструкцией гортани воспалительным инфильтратом при абсцессе надгортанника на фоне острого болевого симптома первыми появляются жалобы на невозможность глотания, что связано с ограничением подвижности надгортанника и отеком задней стенки гортани, затем по мере прогрессирования заболевания появляется затруднение дыхания. Обструкция голосовой щели может наступить очень быстро, что требует от врача экстренных мер для спасения жизни больного.

**Лабораторная диагностика**

Рекомендовано проведение общего клинического обследования, включающего клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на RW, HBS- и HCVантигены, ВИЧ, биохимический анализ крови, коагулограмма; выполняется на предоперационном этапе всем больным ОЛ, поступающим на хирургическое вмешательство.

Рекомендовано проведение гистологического исследования слизистой оболочки гортани.

**Инструментальная диагностика**

Рекомендовано проведение эндоларингоскопического исследования гортани с применением гибких или жестких эндоскопов

**Лечение**

Консервативная терапия. Системная антибактериальная терапия при остром ларингите также назначается при отсутствии эффекта от местной антибактериальной и противовоспалительной терапии в течение 4–5 дней, при присоединении гнойной экссудации и воспаления нижних дыхательных путей

К местной антимикробной терапии относятся эндоларингиальные вливания с эмульсией гидрокортизона\*\*, персиковым маслом и антибактериальным препаратом (можно использовать эритромицин, грамицидин C, стрептомицин, амоксициллин + клавулановую кислоту\*\*)

При аллергической форме ангионевротического отека гортани он достаточно легко снимается инъекциями антигистаминных препаратов, действующих как на Н1-рецепторы (дифенгидрамин\*\*, клемастин, хлоропирамин\*\*), так и на Н2- рецепторы (циметидин, гистодил(в Российской Федерации не зарегистирован и не применяется) 200 мл в/в) с дополнением глюкокортикостероидов (60-90 мг преднизолона\*\* или 8-16 мг дексаметазона\*\* в/в)

Хирургическая терапия. При осложнениях в виде флегмоны шеи или медиастинита проводят комбинированное хирургическое лечение наружным и эндоларингеальным доступом. Рекомендовано проведение трахеостомии или инструментальной коникотомии при• клинической картине острого отечно-инфильтративного ларингита, эпиглоттита, абсцесса боковой стенки глотки, отсутствии эффекта от консервативного лечения и нарастании симптомов стеноза гортани

Физиолечение. Хороший терапевтический эффект дает лазерная терапия - лазерное излучение видимого красного диапазона спектра (0,63—0,65 мкм) в непрерывном режиме с зеркальной насадкой D 50 мм (зеркально-контактный способ воздействия). Высокоэффективен суперфоноэлектрофорез по Крюкову-Подмазову

**Реабилитация.**

За больными, перенѐсшими хирургические вмешательства, наблюдают до полного восстановления клинико-функционального состояния гортани в среднем 3 месяца с периодичностью осмотров раз в неделю в первый месяц и раз в 2 недели, начиная со второго месяца. Сроки нетрудоспособности зависят от профессии пациента: у лиц голосовых профессий они удлиняются до восстановления голосовой функции. Неосложнѐнный острый ларингит разрешается в течение 7-14 дней; инфильтративные формы - около 14 дней.

**Литература**

Клинические рекомендации. 2019

Воспалительные заболевания гортани. Методическое пособие для студентов медицинских ВУЗов, врачей интернов, клинических ординаторов оториноларингологов профессор, д.м.н. Блоцкий А.А. 2021