

**Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов**

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**

**УТВЕРЖДАЮ:**

Главный внештатный  
специалист  
оториноларинголог  
Минздрава России

д.м.н., профессор Н.А.Дайхес

Президент Национальной медицинской  
Ассоциации оториноларингологов

Заслуженный врач России,  
член-корр.РАН

профессор Ю.К.Янов

**Дифференциальная диагностика и лечение различных форм  
хронического ларингита**

Клинические рекомендации

Москва - 2014

## **Клинические рекомендации «Дифференциальная диагностика и лечение различных форм хронического ларингита»**

**Рекомендации подготовлены:** д.м.н., проф. Крюков А.И., д.м.н., проф. Дайхес Н.А., д.м.н., проф. Кунельская Н.Л., к.м.н. Романенко С.Г. к.м.н. Нажмудинов И.И, Гусейнов И.Г.

**Рекомендации рассмотрены и утверждены на заседании Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов от 3 октября 2014 года.**

**Экспертный совет:** д.м.н. проф. Абдулкеримов Х.Т. (Екатеринбург); д.м.н. Артюшкин С.А. (Санкт-Петербург); д.м.н. проф. Гарашенко Т.И. (Москва); д.м.н. проф. Дайхес Н.А. (Москва); д.м.н. проф. Егоров В.И. (Москва); д.м.н. проф Карнеева О.В. (Москва); д.м.н. проф. Карпова Е.П. (Москва); д.м.н. проф. Коркмазов М.Ю. (Челябинск); д.м.н. проф. Кошель В.И. (Ставрополь); д.м.н. проф. Накатис Я.А. (Санкт-Петербург); д.м.н. проф. Овчинников А.Ю.(Москва); д.м.н. проф. Рязанцев С.В. (Санкт-Петербург); д.м.н. проф. Свистушкин В.М.(Москва); д.м.н. Фанта И.В. (Санкт-Петербург); член-корр. РАМН, д.м.н. проф. Янов Ю.К. (Санкт-Петербург).

**ВСТУПЛЕНИЕ.**

Клинические рекомендации содержат в себе сведения, необходимые для диагностики, дифференциальной диагностики, выбора метода лечения больных хроническим ларингитом.

#### **ЦЕЛЬ РЕКОМЕНДАЦИЙ.**

Настоящие клинические рекомендации были разработаны с целью дать практикующему врачу - оториноларингологу, терапевту общей практики, врачам разных специальностей представление о правильном обследовании и лечении взрослых пациентов с хроническим ларингитом. Это тем более необходимо, что некоторые формы хронического ларингита являются предраковыми заболеваниями с высокой степенью озлокачествления.

Составленные клинические рекомендации не охватывают проблемы хронических воспалительных процессов на фоне канюленосительства или злокачественных образований гортани, хотя имеются схожие этиопатогенетические механизмы и подходы к терапии этих воспалительных процессов.

Данные клинические рекомендации не заменяют клинического мышления врача, однако дают общую стратегию и алгоритм лечения пациента с хроническим воспалительным процессом в гортани. Основной задачей обследования и лечения больного хроническим ларингитом остается дифференциальный диагноз злокачественного опухолевого процесса или системного заболевания на ранних этапах развития, а также восстановление голосовой функции, ибо она является средством коммуникации и его потеря значительно ограничивает социальные и трудовые возможности человека. Клинические рекомендации ориентированы на всех специалистов, которые могут встречаться с пациентами с указанной патологией, в том числе врачей общей практики, логопедов, фонопедов, медицинских сестер, вокальных и речевых педагогов.

#### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

Хронический ларингит - хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки гортани длительностью более 3 недель.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ**

Хронические ларингиты делят на катаральный, отечно-полипозный (болезнь Рейнеке-Гайека), атрофический, гиперпластический ларингиты. Отдельно выделяют специфические ларингиты и, некоторыми авторами, отдельно определяется пахидермия гортани. Выделяют ограниченную и диффузную форму гиперпластического ларингита. Узелки голосовых складок, по данным некоторых авторов, являются формой гиперпластического ларингита, однако большинство авторов склонны определять эту патологию, как самостоятельную.

Также хронические ларингиты делятся на специфические и неспецифические.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

Хронические ларингиты составляют 8,4% - 10% от всей патологии ЛОР-органов. Отек Рейнеке составляет 5,5 - 7,7% от всех заболеваний гортани, приводящих к нарушению голоса. Хронический гиперпластический ларингит чаще встречается у мужчин в возрасте 40-60 лет, а болезнь Рейнеке – Гайека - у женщин.

## **ОПИСАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

### **ЭТИОЛОГИЯ**

Хронический ларингит может развиваться после перенесенного острого ларингита, чаще всего начало процесса установить невозможно. Причинами ларингита являются бактериальная, грибковая, микоплазменная, вирусная и хламидийная инфекции; наружная и внутренняя травма шеи и гортани, в том числе ингаляционные поражения и травма инородным телом; аллергия, гастроэзофагальный рефлюкс и др. 92% пациентов, страдающих любой формой ларингита, являются курильщиками. В отдельную клиническую форму можно выделить ларингиты грибковой этиологии – ларингомикозы. Крайне редко встречаются ларингиты паразитарной этиологии. Среди профессиональных вредностей имеет значение контакт с пылью, газами, повышенными температурами. Большое значение имеет повышенная голосовая нагрузка, особенно с использованием твердой атаки. Возникновению воспалительной патологии гортани способствуют хронические заболевания бронхолегочной системы, носа и околоносовых пазух, нарушение разделительной функции гортани, злоупотребление спиртными напитками и

табаком, нарушение обмена при сахарном диабете, гипотиреозе, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, хроническая почечная недостаточность, перенесенная лучевая терапия, кортикостероидная терапия в анамнезе. Специфические ларингиты являются вторичными и развиваются при туберкулезе, сифилисе, инфекционных заболеваниях (дифтерии), системных заболеваниях (болезнь Вегенера, ревматоидный артрит, амилоидоз, саркоидоз, полихондрит, системная красная волчанка и др.), заболеваниях крови, кожи (пузырчатка, большая многоформная эритема). Иммунологические аспекты хронической воспалительной патологии гортани до конца не изучены. Диагностируются нарушения интерфероновой и иммунной систем.

### ПАТОГЕНЕЗ

Практически все хронические ларингиты являются предраковыми заболеваниями. Хотя по классификации предраковых заболеваний гортани Комитета по изучению опухолей Головы и шеи (1977) при Всесоюзном обществе онкологов хронический отечно-полипозный ларингит, катаральный и атрофический ларингит не названы предраковыми заболеваниями, однако гиперплазия слизистой оболочки может развиваться и на фоне этих воспалительных процессов. Наибольшую опасность в плане малигнизации представляет собой гиперпластический ларингит, протекающий с кератозом, пахидермией, лейкоплакией. Для хронических ларингитов характерно рецидивирующее течение.

Хронический гиперпластический ларингит характеризуется гиперплазией эпителия слизистой оболочки гортани. До конца не известен патогенез заболевания. Лучше известен патогенез хронического отечно-полипозного ларингита. Течение заболевания связано с анатомическими особенностями пространства Рейнке. Иммуногистохимическое исследование и электронная микроскопия удаленных участков слизистой оболочки голосовых складок у пациентов с болезнью Рейнке выявляют повышенную субэпителиальную васкуляризацию с большим количеством расширенных сосудов. Стенки сосудов истончены, отмечается ломкость капилляров. Ломкость и изменение сосудистого рисунка в пространстве Рейнке и является причиной отека в этой области, способствует прогрессированию заболевания. Этим же можно объяснить и возникновение кровоизлияний в голосовые складки в начальной стадии заболевания при резком повышении голосовых нагрузок. Кроме этого, большое значение имеет нарушение лимфооттока.

## ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика хронизации воспалительного процесса в гортани заключается в своевременном лечении острого ларингита, гастроэзофагальной рефлюксной болезни, воспалительной патологии верхних и нижних дыхательных путей, отказа от курения, соблюдении голосового режима.

## СКРИНИНГ

Ларингоскопическому обследованию должны подвергаться все пациенты с охрипостью, а также необходимо диспансерное обследование населения с целью выявления ЛОР патологии. К сожалению, большая часть пациентов с хроническим гиперпластическим ларингитом и хроническим отечно полипозным ларингитом не обращаются к врачу в связи с ухудшением качества голосовой функции и эти формы воспалительного процесса диагностируются в поздних стадиях, когда пациенту показано хирургическое лечение. Это связано с тем, что бытует мнение о том, что охрипость является неотъемлемой частью курения, к тому же комплаентность этой категории пациентов - низкая.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

При хроническом ларингите ведущей жалобой является стойкое нарушение голосовой функции, иногда кашель, боль в горле при голосовой нагрузке, парестезии в проекции гортани, иногда одышка. Изменения голосовой функции отличны при разных формах ларингита. Для хронического гиперпластического ларингита характерна постоянная охрипость с огрублением голоса, наличием множества призвуков. При хроническом отечно-полипозном ларингите ведущим симптомом является стойкая охрипость, которая характеризуется постепенным смещением тембра голоса в низкие частоты мужского тембра. Для атрофического ларингита более характерно снижение толерантности к голосовым нагрузкам, появление кашля и боли при попытке улучшить громкость голоса, охрипость. У больных катаральным ларингитом на первый план выходят жалобы на различные парестезии в проекции гортани и на охрипость, усиливающуюся в процессе голосовой нагрузки, снижение выносливости голоса. При отечно-полипозном ларингите возможно развитие дыхательной недостаточности до стеноза гортани 3 степени. Характерен внешний вид больных, страдающих отеком Рейнеке: симптоматика гирсутизма у женщин, склонность к отекам лица. При длительно

текущем ларингите в ряде случаев развивается гипертрофия вестибулярного отдела гортани в связи с формированием вестибулярноскладчатая фонации. Кашель не является постоянным симптомом ларингита. Если пациент предъявляет жалобы на кашель необходимо дообследование для выяснения причины кашля.

## **ДИАГНОСТИКА. КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

### **АНАМНЕЗ**

При сборе анамнеза обращают внимание на скрининг этиопатогенетических факторов развития заболевания, частоту рецидивов. Важен анамнез голосового расстройства (характер нарушения голосовой функции, его давность, потребность пациента в голосовых нагрузках), так как это позволяет не только провести начальную дифференциальную диагностику заболевания и определить его давность, но и построить правильную систему этапного голосовосстановительного лечения.

### **ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

При физикальном исследовании больного хроническим ларингитом следует обращать внимание на наружные контуры шеи и гортани, подвижность скелета гортани пальпаторно и при глотании, участие мышц шеи в фонации. При напряженной фонации отчетливо видно напряжение наружных мышц шеи. Оцениваются регионарные лимфоузлы, их увеличение может свидетельствовать о перерождении предракового процесса. Определяют размер щитовидной железы, что особенно важно для больных хроническим отечно полипозным ларингитом. В плане оценки голосовой функции кроме субъективной оценки качества голоса оценивают качество артикуляции и индивидуальные особенности речи.

### **ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Комплексное общеклиническое обследование больного хроническим ларингитом с привлечением врачей других специальностей (гастроэнтеролога, эндокринолога, пульмонолога, невролога, ревматолога инфекциониста, дерматолога и др) проводится для выяснения этиологических факторов развития воспалительного процесса и сопутствующей патологии.

При всех формах хронического, часто рецидивирующего, ларингита, кроме отечно-полипозного, необходимо бактериологическое и микологическое исследования. Посев предпочтительно брать со слизистой оболочки гортаноглотки без анестезии или с

голосовых складок под местной анестезией. Наиболее частыми возбудителями ларингита являются: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *S. aureus*, *Mycoplasma spp.*, *Actinomycesdiphtheriae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*. Для хронического гиперпластического ларингита характерны ассоциации микроорганизмов, среди которых наиболее часто встречаются *Staphylococcus aureus*, *epidermidis*. Установлено, что возбудителями ларингомикоза в 97% наблюдений являются дрожжеподобные грибы рода *Candida* чаще всего *Candida albicans* и *Candida spp.*, реже встречаются и другие виды – *C.tropicalis*, *C.krusei*, *C.pseudotropicalis*, *C.glabrata*.

При упорном и нетипичном течении ларингита выполняется ПЦР диагностика на вирусы простого герпеса, герпесвируса 6, цитомегаловируса, вируса Эпштейна-Барр, хламидии, микоплазмы, ДНК грибов, микобактерий туберкулеза и оценка иммунного статуса.

Основным методом дифференциальной диагностики хронического гиперпластического, специфического и отечно-полипозного ларингита является гистологическое исследование. Взятие биоптата в гортани может осуществляться при фиброларингоскопии, при непрямой микроларингоскопии, при прямой микроларингоскопии врачом оториноларингологом или врачом -эндоскопистом или врачом-онкологом, владеющим необходимыми хирургическими навыками. При обследовании пациента со специфическим процессом требуются дополнительные методы диагностики основного заболевания. Гистологическое исследование в этих случаях - не всегда информативно.

#### **ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Основным методом диагностики ларингита является ларингоскопия. При этом абсолютное предпочтение следует отдавать проведению микроларингоскопии, которая может быть осуществлена с помощью непрямого осмотра гортани с использованием микроскопов, бинокулярных луп или применения эндоскопической техники. Оптимально, если осмотр будет записан на видеоноситель, так как это даст возможность осуществлять полноценное наблюдение за пациентом с предраковым процессом. Если возможности провести микроларингоскопию нет, пациента следует отправлять на консультацию в те учреждения, где этот способ диагностики существует.



*Микроларингоскопическая картина хронического ларингита* разнообразна. В абсолютном большинстве случаев патология – двусторонняя. Хронический катаральный ларингит характеризуется усилением сосудистого рисунка голосовых складок, их гиперемией, сухостью слизистой оболочки. При хроническом отечно-полипозном ларингите полиповидная дегенерация слизистой оболочки может быть различной: от легкой веретенообразно-стекловидной опухоли, которая выглядят как «брюшко», до тяжелого флотирующего, полиповидного, полупрозрачного или серого, серо-розового цвета студенистого утолщения стенозирующего просвет гортани. При атрофическом ларингите слизистая оболочка голосовых складок выглядит тусклой, возможно наличие вязкой мокроты, отмечается гипотония голосовых складок и несмыкание при фонации.

При диффузной форме хронического гиперпластического ларингита отмечается инфильтрация голосовых складок, видны очаги кератоза, гиперемия слизистой оболочки гортани, возможно наличие фибриновых налетов, скопление вязкой или гнойной мокроты. Кератоз – патологическое ороговение эпителия слизистой оболочки гортани, которое может проявляться в виде пахидермии (утолщении слизистой оболочки в межчерпаловидной области), лейкоплакии (белого дымчатого образования), гиперкератоза (бугристого образование), расположенных на голосовых складках.

При всех формах ларингомикоза отмечен общий микроларингоскопический признак - наличие у всех больных белесоватых налетов или скопления густой мокроты в различных отделах гортани. Диагноз ларингомикоза может быть поставлен только после верификации возбудителя.

*Эндовидеоларингостробиоскопическая картина* при катаральной форме ларингита показывает незначительные изменения вибраторного цикла, отмечается снижение амплитуды колебания голосовых складок и слизистой волны. Субатрофическая форма хронического ларингита характеризуется симметричным снижением амплитуды колебаний голосовых складок, снижением слизистой волны и отсутствием фазы смыкания. При отечно-полипозном ларингите фаза смыкания - полная, колебания голосовых складок - ассиметричные и нерегулярные, амплитуда колебаний голосовых складок - уменьшена а слизистая волна, наоборот, - резко увеличена. При гиперпластической форме ларингита определяются выраженные нарушения вибраторного цикла. Определяются уменьшением амплитуды колебаний голосовых складок (по всей длине или на отдельном участке), слизистая волна – уменьшена или отсутствует,

определяются невибрирующие участки слизистой оболочки отмечается несимметричное и неравномерное изменение амплитуды колебаний и слизистой волны. Проведение видеоларингоскопии показано больным с ограниченным кератозом. Различают поверхностно располагающийся кератоз и спаянный с подлежащими слоями. Спаянный кератоз особенно подозрителен на раковое поражение и является абсолютным показанием к хирургическому лечению.

Для дифференциальной диагностики хронического ларингита успешно используются методы аутофлюоресценции, узкоспектральной эндоскопии (NBI) и другие, основанные на анализе сосудистого рисунка пораженных участков слизистой оболочки, возможно также применение контактной эндоскопии, которая представляет собой прижизненное морфологическое исследование слизистой оболочки.

Компьютерный спектральный анализ голосовой функции позволяет документировать изменения голоса, однако в дифференциальной диагностике ларингита имеет небольшое значение. Исследование помогает на более поздних сроках терапии для определения качества и характера фонации каждого конкретного пациента с целью построения правильной системы голосовосстановительного лечения.

Компьютерная томография органов шеи проводится при необходимости дифференциальной диагностики. Исследование функции внешнего дыхания показано пациентам с хроническим отечно - полипозным ларингитом для верификации симптомов скрытой дыхательной недостаточности при стенозе гортани.

#### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальная диагностика осуществляется в первую очередь с раком и туберкулезом гортани. Во всех случаях подскладкового ларингита, артрита перстнечерпаловидного сустава следует проводить дифференциально диагностический поиск на выявление системного заболевания. Вовлечение в патологический процесс гортани при *Гранулематозе Вегенера* встречается в 6-25% случаев в виде подскладкового ларингита, сопровождающегося подскладковым стенозом. Изолированное поражение гортани при склероме наблюдается в 4,5% случаев, чаще в процесс вовлекаются нос, носоглотка и гортань. Бледно-розовые бугристые инфильтраты формируются в подскладковом пространстве. Процесс может распространяться в трахею или кверху на другие части гортани. Встречается первичный *амилодиоз гортани*, узловатая или диффузно-инфильтративная формы, и вторичный - на фоне хронических воспалительных системных

заболеваний (болезнь Крона, ревматоидный артрит, туберкулез, и т.д.). Наиболее часто поражение носит диффузный характер при интактной слизистой, иногда с распространением на трахеобронхиальное дерево. Отложения амилоида локализуются преимущественно в надскладковом отделе гортани, иногда в виде подскладкового ларингита. *Саркоидоз* встречается в гортани в 6% случаев в виде эпиглотита и гранулем. Голосовые складки поражаются редко. При *ревматоидном артрите* патология гортани диагностируется у 25-30% пациентов. Клинически заболевание проявляется в виде артрита перстнечерпаловидного сустава. Дифференциальный диагноз проводится на основании общеклинического, серологического обследования и биопсии. Для *туберкулеза гортани* характерен полиморфизм изменений. Отмечается образование милиарных узелков, инфильтратов, которые подвергаются распаду с образованием грануляций, язв и рубцеванием. Нередко образуются туберкуломы и хондроперихондриты. *Сифилис гортани* проявляется в виде эритемы, папул и кондилом. Часто формируются язвы, покрытые серовато-белым налетом.

Дифференциальный диагноз хронического гиперпластического ларингита и *рака гортани* часто представляет большие трудности. При непрямой микроларингоскопии обращают внимание на характер сосудистого рисунка. Для рака гортани характерна атипия капилляров: увеличение их количества, извитая их форма в виде штопора и неравномерное расширение сосудов, точечные кровоизлияния. В целом сосудистый рисунок голосовой складки хаотичен. Нарушение подвижности голосовой складки, односторонний характер процесса настораживает в плане малигнизации хронического ларингита. Обращают на себя внимание и другие изменения голосовой складки: выраженная дисплазия, инфильтрация слизистой, очаги плотного, спаенного с подлежащими тканями кератоза и другие.

Окончательный дифференциальный диагноз при ларингите ставится в результате гистологического исследования.

#### **МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА**

Микроскопическая картина при *хроническом гиперпластическом ларингите* представляет собой сочетание реактивных изменений покровного эпителия и воспалительных, репаративных и склеротических изменений собственной пластинки слизистой оболочки. Воспалительный инфильтрат характеризуется преобладанием

моноклеарных элементов и плазматических клеток над сегментоядерными лейкоцитами. Преобладание клеток продуктивной фазы воспаления является основной отличительной чертой хронического воспаления. Второй морфологической составляющей являются реактивные изменения покровного и железистого эпителия в виде его гиперплазии, акантоза и нарушения ороговения, дисплазии эпителия респираторного типа – в виде базально-клеточной гиперплазии, увеличения количества бокаловидных клеток и плоскоклеточной метаплазии. Выраженный акантоз многослойного плоского эпителия является основной пахидермии.

При *хроническом отечно-полипозном ларингите* на первый план выходят не признаки воспалительной инфильтрации, а выраженный интерстициальный отек, нередко с миксоматозом стромы, нарушение сосудистой стенки, утолщение базальной мембраны покровного эпителия.

Морфологическое исследование при *специфических ларингитах и ларингомикозе* хоть и имеет свои особенности, но является лишь частью диагностики, большое значение имеет вся клиническая картина заболевания, данные других методов обследования.

#### **ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИИ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ**

Для выявления этиопатогенетических факторов развития воспалительного процесса в гортани показана консультация гастроэнтеролога, пульмонолога, аллерголога, иммунолога, эндокринолога, миколога, терапевта, ревматолога и фтизиатра.

#### **ПРИМЕР ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА**

Хронический гиперпластический ларингит, обострение.

#### **ЛЕЧЕНИЕ**

Целью лечения является элиминация воспалительного процесса в гортани, восстановление звучного голоса, предотвращение перерождения воспалительного процесса в злокачественное образование.

#### **ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

Госпитализируются пациенты, которым планируется хирургическое лечение.

#### **НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Большое значение при лечении хронического ларингита имеет ограничение голосовой нагрузки, при этом шепотная речь запрещена. Необходимо создание условий для формирования физиологического типа фонации. В тех случаях, когда напряженная фонация является одним из этиопатогенетических факторов, а также при наличии расстройства после хирургического вмешательства или в исходе воспаления, показана фонопедия. Необходимо ограничить воздействие вредных факторов внешней среды. Решающее значение имеет отказ от курения. При сохранении сухости слизистой оболочки гортани назначают ингаляции с минеральными водами и рекомендуют увлажнение воздуха в помещении.

### **МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение больного хроническим ларингитом должно быть комплексным, включать медикаментозную терапию, хирургическое вмешательство и голосовосстановительное лечение. Большое значение имеет терапия сопутствующей патологии верхних и нижних дыхательных путей, гастроэзофагального рефлюкса, коррекция иммунного и гормонального статуса. Рекомендуется восстановление носового дыхания, санация очагов инфекции. При назначении терапии следует учитывать, что пациенты с хроническими ларингитами обладают крайне низкой комплаентностью. Необходима мотивация на лечение и выбор следует отдавать комплексным препаратам для уменьшения кратности приема лекарственных средств.

Антибактериальная терапия показана при обострении хронического ларингита, при этом она назначается эмпирически с применением препаратов широкого спектра действия (амоксциллина клавулат, респираторные фторхинолоны, макролиды) (**Уровень доказательности: «мнение экспертов»**) при выраженных воспалительных явлениях с присоединением гнойной экссудации. Периоперационная антибиотикотерапия назначается при проведении хирургического вмешательства при прямой микроларингоскопии, при имплантационных методах хирургической коррекции, большом объеме хирургического вмешательства. При диагностике грибкового поражения назначаются антимикотические препараты.

Применение специфической терапии при диагностике специфических ларингитов не исключает использование местной и общей противовоспалительной терапии.

Десенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами 3 поколения (**Уровень доказательности: «мнение экспертов»**) показана при обострении

гиперпластического и отечно-полипозного ларингита, при указании на аллергии в анамнезе и в некоторых случаях ларингомикоза. Следует избегать использования антигистаминных препаратов при катаральной и субатрофической форме ларингита, так как эти препараты вызывают сухость слизистой оболочки гортани.

Противоотечная терапия системными кортикостероидами показана пациентам после хирургических вмешательств, если не проводилась декортикация голосовых складок, а также при стенозах верхних дыхательных путей, вызванных обострением хронического воспалительного процесса, и не может являться монотерапией.

Муколитики и секретолитики назначают как местно, так и системно. Местно – в виде ингаляций. Можно назначать и местный и системный муколитик одновременно. Показанием к применению муколитиков является визуализация мокроты и корок в различных отделах гортани. Возможно применение длительных курсов (до 14 дней) препаратов растительного происхождения или содержащих эфирные масла при наличии сухих корок, в том числе и больным с ларингомикозом. При выборе муколитика следует помнить о том, что одним из этиологических факторов ларингита является патология желудочно-кишечного тракта, в связи с чем предпочтение следует отдавать лекарственным средствам, не имеющим побочных эффектов, влияющих на функцию желудка.

Хороший клинический эффект у больных гиперпластическим и отечно-полипозным ларингитом достигается при применении комплексных ферментных препаратов сроком не менее 14 дней. Эти препараты способны уменьшать воспалительную инфильтрацию, локальный отек, воздействуют на клеточный и гуморальный иммунитет.

У пациентов с субатрофической формой ларингита, а также у пациентов с гипотонусными расстройствами после хирургических вмешательств показано использование стимулирующей терапии, витаминотерапии, средств, улучшающие нервно-мышечную передачу, повышающие тонус мышц. Витаминотерапия может применяться как дополнительный метод лечения. Известно, что витамины группы А являются антиоксидантами, витамины группы С показаны пациентами с диагностированными расстройствами микроциркуляции, витамины группы В являются модуляторами нейромышечной передачи.

Ведущее место в лечении больного хроническим ларингитом занимает ингаляционная терапия. Для ингаляций применяют антибактериальные препараты, муколитические, гормональные средства, растительные препараты с

противовоспалительным и антисептическим эффектом, а также минеральная вода. Выбор препарата для ингаляции зависит от формы воспаления: при преобладании отека - ингаляции с кортикостероидами; при выраженном воспалении - ингаляции с антисептиками, антимикотическими препаратами. Ингаляции антибиотиками на сегодняшний день не проводятся. Исключением является препарат Тиамфениколаглицинатацетилцистеинат, который имеет в своем составе антибиотик и муколитик.

Ингаляционную процедуру лучше начинать с ингалирования муколитических средств и лишь после этого, через 20 минут, назначать аэрозоли других лекарственных препаратов. После ингаляции кортикостероида и/или антисептика через 20 минут можно провести ингаляцию минеральной воды для увлажнения слизистой оболочки. Такие ингаляционные процедуры проводят 1-2 раза в сутки. Курс лечения - не более 10 дней.

С целью создания условий для физиологической фонации и увлажнения слизистой оболочки ингаляции с минеральной водой можно назначать по 4 раза в сутки, длительность такой ингаляции может составлять 5-10 минут. Ингаляции с минеральной водой можно назначать на длительные сроки, например на 1 месяц. **(Уровень доказательности: мнение экспертов»)**

Хороший клинический эффект дает применение физиотерапевтических методов лечения: электрофореза 1% иодистого калия, лидазы или хлористого кальция на гортань, терапевтического лазера, микроволн, фонофорез, в том числе и эндоларингеальный и др. **(Уровень доказательности: мнение экспертов»)**

Для лечения больных хроническим отечно-полипозным ларингитом, особенно в начальных стадиях заболевания, применяются также инъекции кортикостероидных препаратов в голосовые складки. Данная процедура проводится при непрямой, реже при прямой микроларингоскопии.

#### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Показанием к хирургическому лечению при хроническом ларингите является выявление участков гиперплазии. Не берут биопсий только в заднем отделе гортани, где локализуется пахидермия, так как осложнением такой операции может стать рубцовая деформация и ограничение подвижности голосовых складок. Однако, при подозрении на дисплазию слизистой в этой области биопсия показана. Чаще всего не берут биопсии при

поверхностно лежащем кератозе, если по данным видеоларингостробоскопии под ним нет изменения подлежащих слоев эпителия.

При *хроническом гиперпластическом ларингите* применяется декорткация голосовых складок и прицельная биопсия при прямой и непрямой микроларингоскопии, или с помощью эндоскопической техники. При выполнении биопсии необходимо брать на исследование достаточное количество материала. Основные ошибки в диагностике рака гортани связаны с неправильно выбранным участком для биопсии и с недостаточностью материала для исследования. Несмотря на то, что основной целью хирургического вмешательства является верификация диагноза и удаление участков гиперплазированной слизистой оболочки, следует щадяще относиться к слизистой оболочке голосовых складок, не допуская, по возможности, дополнительного ухудшения голосовой функции. Планировать хирургическое вмешательство лучше после проведения противовоспалительной терапии, чтобы можно было более точно определить место для биопсии.

Целью хирургического вмешательства *при отечно-полипозном ларингите* является улучшение голосовой функции, предотвращение осложнений – стеноза гортани. Гистологическое исследование удаленной слизистой оболочки проводится обязательно. При отечно-полипозном ларингите используется в основном две хирургические методики: декорткация голосовых складок по Kleinsasser и методика Hirano. При декорткации голосовых складок стараются сохранить эпителий в области комиссуры с обеих сторон, во избежание последующего сращения и образования рубцовой мембраны или спайки. Суть методика M.Hirano состоит в том, что проводят разрез вдоль латерального края голосовых складок, аспирируют студенистую массу, избыточную эпителиальную ткань иссекают ножницами, а оставшуюся укладывают на голосовую складку. Используются также лазерные методики. В начальных стадиях заболевания можно удалить небольшой участок измененной слизистой оболочки. Осложнением хирургического вмешательства может быть грубое рубцевание голосовых складок, формирование рубцовой мембраны. Реэпителизация голосовых складок после хирургического вмешательства длится около 4-8 недель. Пациент должен находиться под наблюдением врача, ему следует проводить противовоспалительную терапию, при необходимости голосовосстановительное лечение. Сроки осмотра: ежедневно первые 3 дня, затем 1 раз в неделю, начиная со второго месяца



1 раз в 2 недели, до полного восстановления клинико–функционального состояния гортани и голосовой функции.

#### **ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ**

Пациенты с хроническим гиперпластическим ларингитом должны находиться на диспансерном учете у оториноларинголога с осмотрами 1 раз в 3 месяца, а при благоприятном течении 1 раз в полгода.

#### **ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА**

(краткие рекомендации)

При развитии хронического ларингита необходимо ограничить голосовые нагрузки, отказаться от курения. Следует ограничить прием очень горячей, холодной и острой пищи, спиртных напитков, не применять паровые ингаляции. Необходимо уделять внимание лечению сопутствующей патологии и острых респираторных инфекций, находиться под наблюдением врача-оториноларинголога. Показано увлажнение воздуха в помещении, где находится пациент с помощью специальных увлажнителей.

#### **ПРОГНОЗ**

При катаральной и субатрофической формах ларингита прогноз благоприятный. Хронический гиперпластический ларингит является предраковым заболеванием, возможна малигнизация. Однако возможно излечение от хронического ларингита или достижение стойкой ремиссии. Хронический отечно-полипозный ларингит имеет длительное течение, но может привести к стенозу гортани. Все формы хронических ларингитов являются причиной стойкого нарушения голосовой функции.

#### **СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Дайхес Н.А., Быкова В.П., Пономарев А.Б., Давудов Х.Ш. «Клиническая патология гортани. Руководство-атлас».- М.- Медицинское информационное агентство.2009.- 160с.
2. Донецкая Э.Г. «Клиническая микробиология: руководство».-М.-2011.-С.131
3. Романенко С.Г. «Острый и хронический ларингит», «Оториноларингология». Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.Т. Пальчуна.-М.- :ГЭОТАР-Медиа, 2012 –С. 541-547.
4. Иванченко Г.Ф., Демченко Е.В., Быкова В.П., Григорян С.С. Клинические особенности и терапия больных хроническим гиперпластическим ларингитом: Метод. Рекомендации.- М., 1998.-9 с.
5. А.И.Крюков, Н.Л.Кунельская, С.Г. Романенко, О.Г.Павлихин, О.В.Елисеев, В.С.Яковлев, Д.И. Красникова, Е.В.Лесогорова «Терапия воспалительных заболеваний гортани».-2013.-№2.-с.38-41.
6. Кунельская В.Я. «Микозы в оториноларингологии».- М.-«Издательство «Медицина».-1989.-225 с.
7. Robert P. Ossof, Stanley M. Shashay et. All. The Larynx, Lippincott Williams & Wilkins, 560 p.