

## **Острый ларинготрахеит**

### **I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ**

**1. Название протокола:** Острый ларинготрахеит

**2. Код протокола:**

**3. Код(ы) МКБ-10:**

J04.2 Острый ларингит и трахеит.

J04.0 Острый ларингит.

J04.2 Острый ларинготрахеит.

J05.1 Острый обструктивный ларингит (круп) и эпиглоттит.

J05.0 Острый обструктивный ларингит (круп).

**4. Сокращения, используемые в протоколе:**

АД Артериальное давление

ПЦР Полимеразная цепная реакция

**5. Дата разработки протокола:** апрель 2013 год

**6. Категория пациентов:** взрослые с диагнозом «Острый ларинготрахеит»

**7. Пользователи протокола:** ЛОР-врачи, врачи общей практики

### **II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

#### **8. Определение**

Острый ларинготрахеит – воспаление слизистой оболочки гортани и трахеи любой этиологии.

Абсцедирующий или флегмонозный ларинготрахеит – острый ларинготрахеит с образованием абсцесса, чаще на язычной поверхности надгортанника или на черпалонадгортанных складках.

**9. Клиническая классификация (наиболее распространенные подходы, например: по этиологии, по стадии и т.д.).**

Ларингиты подразделяют на острые и хронические.

Формы острого ларингита:

- катаральный;
- отёчный;
- флегмонозный ( инфильтративно – гнойный ):
  - а. инфильтративный;
  - б. абсцедирующий.

Формы хронического ларингита:

- катаральный;
- отёчно – полипозный (болезнь Рейнке – Гайека);
- атрофический;
- гиперпластический:
  - а. ограниченный;
  - б. диффузный.

## **10. Показания для госпитализации**

Показаниями к экстренной госпитализации являются осложнения острого ларинготрахеита:

- отёчный ларингит,
- эпиглотит
- абсцессы надгортанника,
- осложнённые формы заболевания (инфильтративной и абсцедирующей)
- при угрозе развития стеноза гортани и трахеи

## **11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий.**

Основные диагностические мероприятия

- ларингоскопия
- рентгенография гортани в прямой и боковой проекциях

Дополнительные диагностические мероприятия:

- рентгеновская томография гортани и трахеи,
- компьютерная томография гортани и трахеи,
- эндоброларинготрахеоскопия,
- исследование функции внешнего дыхания (для оценки степени дыхательной недостаточности при ларингите, сопровождающемся стенозом воздухопроводящих путей),
- рентгенография лёгких (у больных с флегмонозными и абсцедирующими ларингитами),
- рентгеновская томография средостения (у больных с флегмонозными и абсцедирующими ларингитами),
- эзофагоскопия (для исключения патологии пищевода, особенно у больных с гнойными процессами в гортани).

## **12. Диагностические критерии**

## 12.1 Жалобы и анамнез:

Симптомы ларингита:

- охриплость, афония
- кашель
- затруднение дыхания.

Для острых форм характерны:

- внезапное начало заболевания

Для инфильтративных и абсцедирующих форм острого ларингита характерны:

- сильные боли в горле,
- нарушение глотания, в том числе жидкости,
- выраженная интоксикация,
- нарастающая симптоматика стеноза гортани.

## 12.2 Физикальное обследование:

- Осмотр и пальпация передней поверхности шеи
- аускультация

12.3 Лабораторные исследования: Больные с катаральной формой острого или хронического ларингита не нуждаются в специальном обследовании.

- общий анализ крови
- общий анализ мочи,
- биохимический анализ.

Больным с острыми абсцедирующими, инфильтративными и хроническими ларингитами проводят комплексное общеклиническое обследование, в ряде случаев для выявления этиологических факторов заболевания проводят:

- микробиологическое исследование,
- микологическое исследование,
- гистологическое исследование,
- диагностику с применением ПЦР,
- посев содержимого из гортани и трахеи с типированием микроорганизмов и определением их чувствительности к антибиотикам и другим препаратам.

## 12.4 Инструментальные исследования:

- непрямая ларингоскопия,
- при необходимости прямая ларингоскопия.

## 12.5 Показания для консультации специалистов

Для уточнения этиологии развития воспалительного процесса в гортани показана консультация:

- терапевта,

Пациентам с тяжёлыми флегмонозными ларингитами при подозрении на развитие флегмоны шеи или медиастинита показана консультация:

- хирурга

## 12.6 Дифференциальный диагноз:

патология	Характерно
-----------	------------

Картина острого ларингита	гиперемия, отёк слизистой оболочки гортани, усиление сосудистого рисунка. Голосовые складки, как правило, розовые или ярко – красные, утолщены, щель при фонации овальная или линейная, в узелковой зоне скапливается мокрота.
Подскладковый ларингит	валикообразное утолщение слизистой оболочки подголосового отдела гортани.
Отек гортани	отек слизистой, подслизистого слоя за счет скопления жидкого транссудата. Не всегда симметричен. Клиника зависит от размера отека. Причины – ангио невротические (отек Квинке) и аллергические – обусловлены возбудимостью вазомоторов; коллатеральные отеки (при лимфаденитах различного генеза, флегмона шеи ,заб. щитовидной железы); при лимфостазе (поражение глотки, языка.полости рта);и хр.отеки - при явлениях сердечной и почечной декомпенсации.
Абсцесс надгортанника	шаровидное образование на его язычной поверхности с просвечивающим гнойным содержимым.
Инфильтративный ларингит	определяют значительную инфильтрацию, гиперемию, увеличение в объёме и нарушение подвижности поражённого отдела гортани. Часто видны фиброзные налеты, в месте формирования абсцесса просвечивает гнойное содержимое.
Тяжелая форма ларингита и хондроперихонрит гортани	характерны болезненность при пальпации, нарушение подвижности хрящей гортани, возможна инфильтрация и гиперемия кожных покровов в проекции гортани.

### 13. Цели лечения:

- элиминация воспалительного процесса в гортани,
- восстановление голосовой и дыхательной функций,
- предотвращение хронизации воспалительного процесса.

### 14. Тактика лечения:

#### 14.1 Немедикаментозное лечение:

- режим - постельный,
- диета-щадящая, исключить - острую и горячую, холодную пищу,
- ограничение голосовой нагрузки,
- эмоциональный и психический покой,

- щелочное питье.

#### 14.2 Медикаментозное лечение:

Большое значение имеет терапия сопутствующей патологии верхних и нижних дыхательных путей, иммунного статуса, гастроэзофагеального рефлюкса. Проводят противоотёчную и десенсибилизирующую терапию, при наличии вязкой мокроты или сухости слизистой оболочки назначают муколитики и секретолитики, ферментные препараты, стимулирующую и рассасывающую терапию, лекарственные средства, улучшающие микроциркуляцию и нервно – мышечную передачу, а также повышающие тонус мышц.

При наличии осложнений ларинготрахеита в виде инфильтративных и абсцедирующих форм показаны госпитализация, массивная дезинтоксикационная терапия, парентеральное питание, коррекция водно – солевого обмена, внутривенная антибактериальная терапия.

- Стероидные гормоны при ведении больных с острым стенозом 1 и 2 степени при отсутствии выраженных клинических проявлений (преднизолон 30мг. р-р 60-90 мг, в/м, в/в струйно, дексаметазон 4мг – в/в или в/м)
- Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, димедрол 1% -1,0 в/м, в/в);
- Антибактериальная терапия – цефалоспорины, аминопеницилины, фторхинолоны, макролиды
- Лекарственные средства, улучшающие тканевой кровоток (пентоксифилин),
- Антиоксиданты (этилметилгидроксипиридина сукцинат, альфа-токоферилацетат ретинола пальмитат, мельдоний),
- Комплекс витаминов группы В, поливитамины, глюкозамин в порошках (10-20 дней)
- Нейролептики при выраженном стенозе (деазепам, в/м, в/в).
- Укрепляющие сосудистую стенку (аскорбиновая кислота раствор для инъекций 5%, 10% в ампуле 2мл, 5мл, препараты кальция).
- Местное лечение - Вливание в гортань масла перикового, оливкового, эмульсии гидрокортизона, трипсина + химотрипсина. Орошение слизистой зева растворами антисептиков (фурациллин 1:5000);
- Муколитики (амброксол, бромгексин, мукалтин, препараты солодки);
- Дезинтоксикационная терапия;
- Дегидратационная терапия (фуросемид 1% - в ампуле 2мл);
- Анальгетики (метамизол натрия 50%о - 2,0 мл амп., кетопрофен 2,0 мл амп).

#### 14.3. Другие виды лечения

- показаны физиотерапевтические процедуры (ингаляции увлажненного кислорода, трипсин + химотрипсин, электрофорез 1% калия йодида, гиалуронидазы или кальция хлорида на гортань, терапевтический лазер, микроволн, фонофорез, в том числе эндоларингеально и др.);

- фонопедия (при развитии гипотонусных расстройств голосовой функции в исходе воспаления);
- применение кислорода для ингаляций (медицинский газ);
- гипербарическая оксигенация (возможно применение при осложнённых абсцедирующих и флегмонозных ларингитах, хондроперихондритах).

#### 14.4. Хирургическое вмешательство

Трахеотомия при стенозе II-III степени

#### 14.5. Профилактические мероприятия

Профилактика хронизации воспалительного процесса гортани заключается в своевременном лечении острого ларингита, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, инфекционных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей, отказе от курения, соблюдении голосового режима.

#### 14.6. Дальнейшее ведение

- Пациентам голосовых профессий после перенесённого острого ларингита показано наблюдение фониатра до полного восстановления голоса.
- За больными, перенёвшими эндоларингеальные вмешательства, наблюдают до полного восстановления клинико – функционального состояния гортани в среднем 3 мес. с периодичностью осмотров раз в неделю в первый месяц и раз в 2 недели, начиная со второго месяца.
- Пациентов с хроническим гиперпластическим ларингитом необходимо ставить на диспансерный учёт с осмотрами каждые 3 мес, при благоприятном течении – каждые полгода.
- Сроки нетрудоспособности зависят от профессии пациента: у лиц голосовых профессий они удлиняются до восстановления голосовой функции. Неосложнённый острый ларингит разрешается в течение 7 – 14 дней; инфильтративные формы – около 14 дней. При хирургическом лечении хронических форм ларингита сроки нетрудоспособности составляют от 7 дней до 1 месяца у лиц голосовых профессий при полной декорткации голосовых складок.

### **15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе**

- восстановление голосовой и дыхательной функции;
- исчезновение одышки;
- исчезновение кашля;
- восстановление нормального голоса.

## **III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА**

### **16. Разработчик:**

Кулимбетов Амангельды Сейтмагамбетович – доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии Казахского национального медицинского университета имени С.Д.Асфендиярова

### **17. Конфликт интересов**

Разработчик протокола не имеет финансовой или другой заинтересованности, которая могла бы повлиять на вынесение заключения, а также не имеет отношение к продаже, производству или распространению препаратов, оборудования и т.п., указанных в протоколе.

### **18. Рецензент:**

Буркутбаева Татьяна Нуриденовна, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии с курсом детских ЛОР-болезней АГИУВ.

### **19. Указание условий пересмотра протокола:**

по истечению 5 лет с момента публикации

### **20. Список использованной литературы**

1. Биртанов Е.А., Новиков С.В., Акшалова Д.З. Разработка клинических руководств и протоколов диагностики и лечения с учетом современных требования. Методические рекомендации. Алматы, 2006, 44 с.
2. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) под редакцией А.Г.Чучалина, Ю.Б.Белоусова, В.В.Яснецова. Выпуск VI. Москва 2005.
3. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации. Под ред. Мирошниченко А.Г., Руксина В.В. СПб., 2006.- 224 с. Зенгер В. Г., Наседкин А. Н. Повреждение гортани и трахеи.- М,:Медицина. 1991.- 221с.
4. Неробеев А. И. Восстановление тканей головы и шеи сложными артериализованными доскутами.- М,: Медицина.1988.- 270с.
5. Паршин В. Д. Хирургия рубцовых стенозов трахеи.- М,: Медицина.1972.- 207с.
6. ЮНИНА а. и. Травмы органов шеи и их осложнения.- М,: Медицина. 1972.- 208с.
7. Cotton R.T. Peiatric laryngotracheal stenosis // J. Pediatr. Surg- 1984.- Vol.19.- P669- 704.
8. Grillo H. C. Donahue D. M.Mathisen D. J. et al. Postintubation tracheal stenosis. Treatment and result // J. Thorac. Cardiovasc. Surg- 1995.- Vol.109- P-486-492.
9. Holdgaard H. O. Pedersen J. Jensen R. A. et al. Percutaneous dilatational tracheostomy. Versus conventional surgical tracheostomy. A clinical randomized study // Acta Anaesthesiol. Scand.- 1998.- Vol.42- P.545-550.