

С.Б. Безшапочний, д.м.н., професор, В.В. Лобурець, к.м.н., кафедра оториноларингології, Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Гострий ларингіт

Ларингіт (від грец. *larynx* – гортань) – це запалення гортані, зазвичай пов'язане з простудним захворюванням або з такими інфекційними хворобами, як кір, скарлатина, кашлюк. Розвитку захворювання сприяють переохолодження, дихання через рот холодним або гарячим, запиленним або загазованим повітрям, куріння і зловживання спиртними напоями, перенапруження гортані.

Незважаючи на те що запальний процес при ларингіті частіше буває не досить вираженим, це дуже небезпечне захворювання, яке може стати причиною не тільки порушення утворення голосу, а й раптової задухи. Часто такі ускладнення при ларингітах виникають у дітей, тому батьки повинні знати ознаки ларингіту, щоб зуміти надати першу допомогу дитині, якщо вона почала задихатися.

Гострий ларингіт – це гостре запалення слизової оболонки, підслизового шару і внутрішніх м'язів гортані. Розрізняють такі форми гострого ларингіту:

- катаральний;
- набряковий;
- флегмонозний;
- інфільтративний;
- абсцедуючий.

Гострий катаральний ларингіт як самостійне захворювання трапляється рідко, зазвичай це симптом гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ). Часто ларингіт є продовженням катарального запалення слизової оболонки носа, горла під час застуди або гострого катару верхніх дихальних шляхів, ГРВІ, грипу; може виникнути після голосових перевантажень, вдихання подразнюючих газів, гарячого або холодного повітря, унаслідок травми. Як самостійне захворювання гострий катаральний ларингіт найчастіше виникає в результаті активізації сапрофітної флори в гортані, під впливом таких факторів, як місцеве або загальне переохолодження (прийом холодної рідини або різке охолодження після перегріву організму), перенапруження голосових складок тривалим голосовим навантаженням під час плачу та крику.

Гістологічно визначається пошкодження слизової оболонки гортані. Миготливий епітелій в окремих ділянках утрачає війки або відторгається, більш глибокі шари клітин зберігаються завдяки процесам регенерації. У деяких місцях може відбуватися перетворення циліндричного миготливого епітелію на плоский (метаплазія). Інфільтрація слизової оболонки виражена нерівномірно, кровоносні судини стають більш звивистими, розширеними, переповненими кров'ю, їх підепітеліальні розриви частіше відбуваються на голосових складках.

Клінічна картина захворювання характеризується раптовою появою захриплості, печіння і сухості в горлі. Температура тіла частіше нормальна, але іноді підвищується до субфебрильних значень. Одночасно з цими суб'єктивними відчуттями на початку хвороби виникає сухий кашель, а потім з виділенням мокрот. Порушення функції утворення голосу виражається у вигляді різного ступеня дисфонії аж до афонії.

Захриплість може бути низької та високої тональності. У деяких випадках з'являється утруднення дихання, зумовлене скупченням слизово-гнійних кірок і припухлістю слизової оболонки.

При ларингоскопії визначається гіперемія, припухлість і набряклість слизової оболонки гортані. У більшості випадків гіперемія носить розлитий характер, але більш виражена вона у ділянці голосових складок (рис. 1 а, б), де іноді бувають капілярні крововиливи в товщу слизової оболонки. З розвитком запального процесу в гортані з'являється слиз, який висихає, швидко стає в'язким, а потім перетворюється на кірки. При відриванні таких кірок від слизової оболонки під час кашльового поштовху може виникати мінуще кровохаркання, яке швидко проходить.

Діагностику проводять, базуючись на даних опитування і клінічного обстеження, але найбільш інформативним є ларингоскопічне обстеження. Основні ендоскопічні ознаки при гострому катаральному ларингіті такі:

- слизова оболонка гіперемійована, набрякла; голосові складки рожевого або яскраво-червоного кольору, потовщені, у просвіті гортані – в'язкий секрет у вигляді слизово-гнійних тяжів;
- при фонації – неповне змикання голосових складок (рис. 2) унаслідок запалення голосового або поперечного черпакуватого м'яза.

Набряк слизової оболонки може бути різного ступеня вираження. При сильному набряку дихання стає утрудненим.

У дітей ларингіт необхідно диференціювати з поширеною формою дифтерії. Патолого-анатомічні зміни в цьому випадку будуть характеризуватися розвитком фібринозного запалення з утворенням щільних плівок брудно-сірого кольору, що важко відокремлюються від тканин.

Лікування гострого ларингіту комплексне з обов'язковим урахуванням причинного фактора захворювання. При гострому ларингіті на тлі гострого інфекційного захворювання показаний домашній ліжковий режим; в інших випадках – амбулаторний, без звільнення від роботи, за винятком окремих випадків, коли професійна діяльність пацієнта пов'язана з голосовим навантаженням

(педагоги, артисти, диктори). Хворому необхідно дотримуватися голосового спокою (режим мовчання) до стихання гострих запальних явищ. З раціону потрібно виключити гостру і гарячу їжу, спиртні напої, припинити куріння.

У ході лікування призначають інгаляції (парові, лужні, масляні, з настоями трав), аерозольні препарати з протизапальною та антимікробною дією вливання (інстиляції) в гортань 1% масляного розчину ментолу, емульсії гідрокортизону з додаванням кількох крапель 0,18% розчину адреналіну, антигістамінні препарати, нестероїдні протизапальні засоби.

Гострий катаральний ларингіт, що супроводжується крововиливами в товщу слизової оболонки або потраплянням крові у просвіт дихальної трубки, виділяють як його підвид – **геморагічний ларингіт**. Найчастіше він виникає при токсичній формі грипу. Нерідко його появі передують перенапруження голосу.

У початковій стадії захворювання відзначається різке розширення судин гортані. Окремі судини набувають вигляду звивистих тяжів. В окремих місцях виникає десквамація покривного епітелію з утворенням дрібних бульбашок з геморагічним і серозно-геморагічним умістом, після розриву яких залишаються поверхневі ерозії. Крововиливи в товщу слизової оболонки бувають у вигляді екхімозів, петехій або великих геморагічних плям. Невеликі гематоми найчастіше утворюються у товщі істинних голосових зв'язок і черпакувато-надгортанних складок.

Клінічна картина захворювання складається зі скарг на сухість у гортані, почуття стороннього тіла або здавлювання гортані, нападоподібний кашель, особливо вранці. Нашарування кірок або кровотеча може спричинити появу задухи. У мокротинні з'являються прожилки або згустки крові, рідше відхаркується червона кров.

При ларингоскопії в гортані, а іноді в трахеї виявляють кровоточиві ділянки слизової оболонки різної величини і форми, геморагічні кірки. При грипозній формі ларингіту спочатку виявляється різка гіперемія і сухість слизової оболонки, а в подальшому – поверхневі ерозії, слизово-гнійні виділення і кірки буро-червоного або сіро-бурого кольору.



С.Б. Безшапочний

Діагноз установлюють на підставі перерахованих симптомів і з урахуванням етіологічного фактора.

При невеликих кровотечах рекомендують загальний спокій, режим мовчання, призначають препарати кодеїну, гемостатичну терапію. При великій гематомі з розвитком некомпенсованого стенозу проводять трахеотомію. Через 3-4 дні після припинення кровотеч геморагічний ларингіт лікують так само, які гострий катаральний. Одночасно лікують основне захворювання. Нерідко при крововиливі в голосову складку утворюється геморагічний згусток, що призводить до стійкого порушення функції утворення голосу (рис. 3).

Стенозуючий ларингіт (синдром крупу) – це гострий запальний процес у гортані, що нерідко охоплює трахею і бронхи. Спостерігається зазвичай у початковому періоді ГРВІ як прояв захворювання. Особливо часто він виникає у дітей з алергічним діатезом і протікає важче в ранньому віці, нерідко має хвилеподібний перебіг. Запалення і набряк слизової оболонки підскладкового простору гортані зумовлюють утруднення дихання, яке посилюється рефлекторним спазмом.

Клінічна картина захворювання досить характерна. Стенозуючий ларингіт виникає раптово, у вигляді нападу, переважно вночі дитина починає задихатися. Голос у малюка стає охриплим, кашель – приступоподібний «гавкаючий», дихання – шумне, при цьому відзначається посилення вдиху. Якщо звуження гортані сильне, то можна побачити, як унизу шиї на вдиху западає яремна ямка. Синє забарвлення шкіри носогубного трикутника або обличчя – ознака дуже важкого стану. Виникненню крупу сприяють волога погода, перепади температури, вплив вірусів, вживання дитми-алергіками небезпечних для них продуктів. Провести непряму ларингоскопію у більшості випадків не можливо. Лише при проведенні прямої ларингоскопії перед інтубацією можна візуалізувати валикоподібні гіперемійовані випинання підскладкового простору

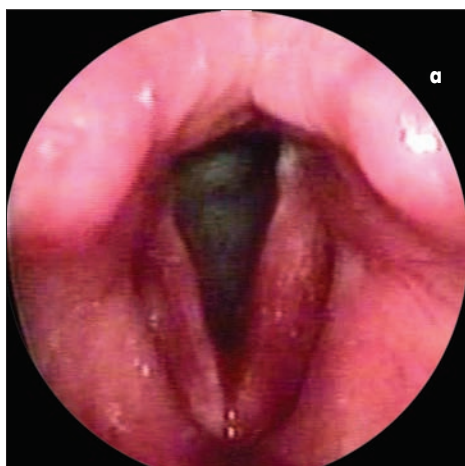


Рис. 1. Ларингоскопічна картина при гострому ларингіті

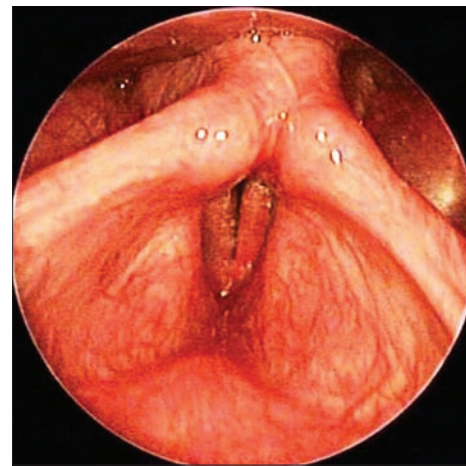
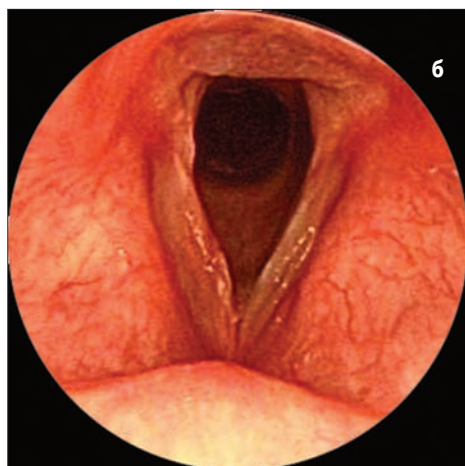


Рис. 2. Неповне змикання голосових зв'язок під час фонації при гострому ларингіті



Рис. 3. Геморагія в голосову складку

з налипанням великої кількості мокротиння. Голосові складки при цьому бувають рухомими і помірно гіперемійованими (рис. 4).

Тяжкість стенозуючого ларингіту визначається ступенем стенозу і дихальною недостатністю.

Якщо круп виник у дитини вночі, слід негайно викликати «швидку допомогу». До приїзду «швидкої» необхідно полегшити стан дитини. Треба якомога більше поїти дитину теплими лужними водами. Найкраще для цього підходить мінеральна вода «Боржомі», якщо її немає, то можна взяти будь-яку іншу лужну мінеральну воду. При цьому не варто давати дитині пити відразу багато, краще потроху і часто, по 1-2 чайні або столові ложки (відповідно до віку).

Необхідно зробити дитині теплу ванну для ніг й укутати їх, заспокоїти дитину, тому що занепокоєння підсилює явища стенозу гортані. Слід зволожити повітря у кімнаті, для цього миють підлогу, розвішують по кімнаті вологі рушники, простирадла. До приїзду медиків можна дати дитині антигістамінні та спазмолітичні засоби у вікових дозуваннях.

Досить поширеною формою гострих захворювань гортані є **гортанна ангіна (angina laryngis)** (рис. 5) – гостре запалення лімфаденоїдної тканини гортані (у ділянці черпакувато-надгортанних складок, міжчерпакуватоподібного простору, у морганієвих шлуночках, у грушоподібних синусах й окремих фолікулах). Синонімами цього захворювання можна вважати гострий підслизовий ларингіт, епіглотит, інфільтративний ларингіт, флегмонозний (інфільтративно-гнійний) ларингіт і бешиху гортані. Під назвою «підслизовий ларингіт» об'єднують неспецифічні запальні захворювання м'яких тканин гортані, при яких процес не обмежується слизовою оболонкою, а поширюється глибше.

Особи чоловічої статі хворіють частіше. Співвідношення чоловіки/жінки у дорослих становить 3:1, а в дітей – 3:2. Середній вік хворих дорослих становить приблизно 45 років. У дітей максимум захворюваності припадає на період між 2 і 7 роками. Однак це не виключає можливості розвитку хвороби у більш ранньому або більш пізньому віці.

Захворювання може виникнути в результаті переохолодження, після грипу або ГРВІ, у разі травми гортані стороннім тілом. Воно зумовлюється проникненням патогенних мікробів, частіше стрептококів, у клітковину підслизового шару. Проникнення мікроорганізмів може відбуватися в гортані у разі пошкодження слизового покриву стороннім тілом, інструментами, причому ці пошкодження можуть бути непомітними. Крім механічної травми, мають значення хімічні й термічні опіки, наприклад кислотами, каустичною содою,

окропом. Підслизові ларингіти можуть виникати внаслідок розповсюдження запального процесу з горла при паратонзиліті, парафарингіті, заглотовому абсцесі, інфільтраті грушоподібних ямок. При глибокій флегмоні ший клітковина гортані частіше залучається до процесу вторинно. У свою чергу, підслизові ларингіти можуть спричинити розвиток флегмони ший.

При цьому захворюванні характерними є суттєві патоморфологічні зміни. На проникнення інфекції під слизову оболонку пухка клітковина реагує насамперед набряком, накопиченням серозної рідини. За сприятливих умов розвитку процесу може на цьому призупинитися. У випадку зниженої опірності організму і високої вірулентності інфекції з'являється виражена інфільтрація тканин форменими елементами крові (гранулоцити, лімфоцити), унаслідок чого вони ущільнюються. Під час подальшого перебігу хвороби може утворитися нагноєння і некроз клітковини. При цьому патологічне вогнище або відокремлюється від оточуючих тканин грануляційною тканиною і в цьому місці утворюється абсцес, або відокремлення не відбувається, і нагноєння набуває поширеного характеру. Ці зміни можуть локалізуватися не тільки в підслизовому шарі, а й захоплювати м'язи, клітковину, охрястя. В останньому випадку виникає перихондрит або хондроперихондрит гортані. Ці зміни можна розглядати як самостійні захворювання або як різні стадії одного процесу.

Клінічна картина при цих захворюваннях залежно від глибини, характеру і поширеності процесу буває різною. Хворих турбує біль під час ковтання і при поворотах ший, сухість у роті. У деяких випадках можна відзначити зміну голосу, захриплість, утруднення дихання.

Класичною клінічною тріадою захворювання вважають біль у горлі (у дітей слинотеча), дисфагію й утруднене дихання.

Під час наростання набряку в надскладковій ділянці надгортанник віддавлюється дозад, що призводить до звуження дихальних шляхів і швидко прогресуючого утруднення дихання. Асфіксія і смерть при епіглотиті можуть бути наслідком аспірації слизу або виділень з ротоглотки. У дітей причиною смерті може стати додаткове звуження гортані на вдиху (колапс), яке пов'язане з високою еластичністю її скелету.

При гортанній ангіні температура частіше підвищена до 37,5-40,0°C, пульс пришвидшений, буває озноб, пітливість. При пальпації ший можна виявити збільшені, різко болючі лімфатичні вузли, частіше однібічні.

Ларингоскопічно виявляється гіперемія й інфільтрація слизової оболонки гортані з одного боку або на обмеженій її ділянці. Іноді буває видно окремі фолікули з нальотами у вигляді крапок.

Надгортанник потовщений, набряклий. Набряк поширюється на валекули і черпакувато-надгортанну складку. Рухливість надгортанника значно обмежена. Внаслідок різкого потовщення надгортанника огляд порожнини гортані часто стає неможливим.

При затяжному перебігу захворювання можливе утворення **абсцесів** на язичній поверхні надгортанника (рис. 6), черпакувато-надгортанній складці чи на іншій ділянці.

Абсцес у ділянці черпакуватих хрящів супроводжується тими самими симптомами, що й абсцес надгортанника, але більш вираженими. Черпакуватий хрящ при цьому виявляється настільки збільшеним, що захопить за серединну лінію. Він набуває склоподібного напівпрозорого вигляду. Набряк тканин поширюється на грушоподібний синус. Рухливість у пернечерпакувату суглобі уповільнюється і згодом повністю припиняється. Крім болю, хворі відчувають утруднення дихання. У деяких випадках може знадобитися трахеотомія. Набряк, як і при абсцесі надгортанника, обмежується зовнішнім кільцем гортані. Після дозрівання і розкриття абсцесу швидко відновлюється нормальна ларингоскопічна картина, проте в деяких випадках може залишитися нерухомість у суглобі, що свідчить про перихондрит черпакуватого хряща або про запалення суглоба.

Діагностика ґрунтується на даних анамнезу й огляду. Скарги хворих подібні з такими при ангіні піднебінних мигдаликів, тому можлива помилка. Коли при фарингоскопії не вдається виявити запалення у глотці, варто вдатися до ларингоскопії. Це допоможе поставити правильний діагноз.

Летальність у дорослих становить близько 7%. У дітей без штучної підтримки просвіту дихальних шляхів летальність становить близько 6%, а при забезпеченні адекватної прохідності респіраторного тракту – менше 1%.

Диференціюють захворювання з дифтерією. Особливості клінічного перебігу дифтерії і дані бактеріологічного дослідження нальотів або слизу з гортані допоможуть поставити правильний діагноз.

Лікування зазвичай проводять у стаціонарі. Медикаментозне лікування слід починати після відновлення прохідності дихальних шляхів або при її слабкій виразності (стеноз гортані 1-2 стадії). Пріоритетним завданням надання допомоги в умовах спеціалізованого стаціонару є підтримка (відновлення) просвіту дихальних шляхів. У разі неможливості інтубації проводять трахеостомію.

Необхідна масивна антибактеріальна, дезінтоксикаційна, дегідратаційна терапія. У більшості випадків призначають кортикостероїди.

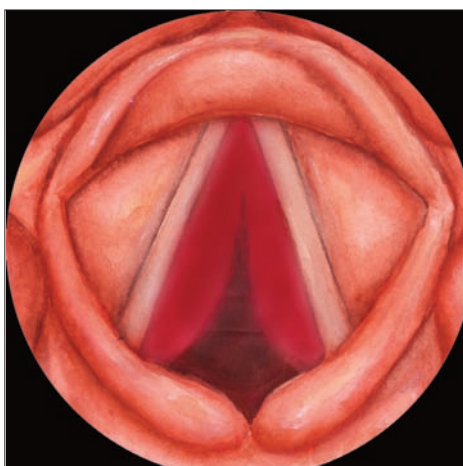


Рис. 4. Ларингоскопічна картина при стенозуючому ларингіті (схематично)

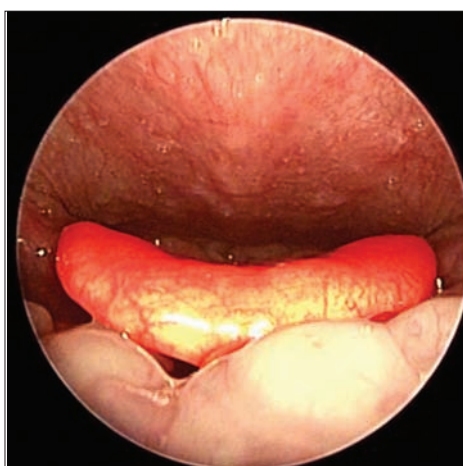


Рис. 5. Ларингоскопічна картина при епіглотиті

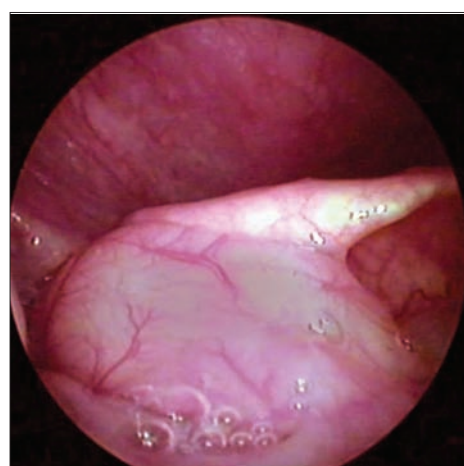


Рис. 6. Ларингоскопічна картина при абсцесі надгортанника

• Новини

Влияет ли рефлюкс на мукоцилиарный транспорт в носоглотке?

Гастроэзофагеальный и фаринголарингеальный рефлюкс считается одной из возможных причин хронического риносинусита, однако механизмы развития заболевания до сих пор не установлены.

Цель проспективного когортного исследования, выполненного на базе одного из центров специализированной ЛОР-помощи в Турции, – выявить возможные нарушения мукоцилиарного транспорта в носоглотке на фоне гастроэзофагеального и фаринголарингеального рефлюкса. В исследовании приняли участие 50 пациентов с рефлюкс-синдромом, у которых проводили объективную оценку выраженности рефлюкса до и после лечения. 30 здоровых добровольцев составили контрольную группу. Антирефлюксная терапия проводилась в течение 12 нед. Назальный мукоцилиарный транспорт оценивали сахаринным методом до и после лечения.

В результате не получили статистически достоверных различий сахаринного теста, проведенного до начала лечения, между основной группой и группой контроля. У большинства пациентов основной группы выраженность рефлюкса достоверно уменьшилась после курса терапии. При этом результаты сахаринного теста не различались у успешно пролеченных больных и у которых рефлюкс-синдром оставался выраженным на момент окончания курса лечения. На основании этих результатов авторы заключили, что рефлюкс не влияет на назальный мукоцилиарный транспорт.

Durmus R., Naiboglu B., Tek A., Acta Otolaryngol. 2010 Sep; 130(9): 1053-7

Бактериemia во время аденоидэктомии методами аспирационной диатермической абляции и кюретажа

Транзиторная бактериemia возникает при проведении аденоидэктомии в момент нарушения целостности слизистой оболочки носоглотки.

Цель проспективного простого слепого рандомизированного исследования ирландских авторов – сравнить частоту бактериемии при применении двух методов аденоидэктомии – аспирационной диатермической абляции и кюретажа. В исследовании участвовали 64 пациента в возрасте от 2 до 13 лет с показаниями к аденоидэктомии. Исключались больные, получившие антибиотики в предоперационном периоде, с сопутствующей инфекцией дыхательных путей и лихорадкой. В предоперационной палате больных рандомизировали к проведению аспирационной диатермии или кюретажа. Забор венозной крови для бактериологического посева выполнялся через 30 с после начала операции (интраоперационный образец) и через 2 мин после удаления аденоидной ткани (постоперационный образец). У всех пациентов регистрировались послеоперационные осложнения.

У 26 больных была выполнена аспирационная диатермия, у 38 – кюретаж аденоидов. В группе диатермии бактериemia определялась в 38,5% интраоперационных и 19,2% постоперационных образцов крови; в группе кюретажа – 31,6% и 23,6% соответственно. Чаще всего высевались грамположительные кокки. Статистический анализ не выявил достоверных различий между группами. Две техники аденоидэктомии также не различались по частоте послеоперационных осложнений.

Таким образом, транзиторная бактериemia – частое явление при выполнении аденоидэктомии, но она не коррелирует с какими-либо симптомами или осложнениями. Частота бактериемии сравнима при использовании двух методов аденоидэктомии – аспирационной диатермической абляции и кюретажа.

Casserly P., Kieran S., Phelan E., Ann Otol Rhinol Laryngol. 2010 Aug; 119(8): 526-9

Подготовил **Дмитрий Молчанов**