

ГБОУ ВПО «Омский государственный
медицинский университет» Министерства
здравоохранения РФ
Кафедра Пропедевтики Детских Болезней
и поликлинической педиатрии

ЛАРИНГИТ



Выполнил:
Студент Педиатрического факультета
Кузьмин Богдан Владимирович
336 группа

- **Ларингит** - воспаление слизистых оболочек гортани, связанное, как правило, с простудным заболеванием или с инфекционным.
- Ларингит у детей наиболее часто проявляется в раннем возрасте из-за большой восприимчивости и маленькой сопротивляемости организма разным инфекциям.
- Очень тяжело протекает заболевание у детей в возрасте от месяца и до года. Из симптомов особо опасными считают высокую температуру и стеноз гортани.

АФО, предрасполагающие к патологии:

- Анатомическая и функциональная незрелость гортани;
- Малые размеры, узость гортани;
- Недостаточное развитие эластических, мышечных волокон;
- Мягкость и податливость хрящей;
- Обильное кровоснабжение и иннервация слизистой оболочки;
- Недостаточность защитной функции слизистой (малое количество лизоцима, sIgA, слабость кашлевого рефлекса).

ЭТИОЛОГИЯ

1. Переохлаждение;
2. Вирусная инфекция (вирусы парагриппа, аденовируса, РС-вируса, стафилококк, пневмококк);
3. Предшествующее заболевание (ринит, фарингит, тонзиллит);
4. Аллергия (пары лака, краски, средства бытовой химии, домашняя пыль, шерсть животных, растения);
5. Перенапряжение голосовых связок;
6. Курение;
7. Грибы.

Классификация

1. По этиологии:

- Вирусный
- Аллергический
- Катаральный

2. По патогенезу:

- Катаральный
- Гипертрофический
- Атрофический
- Стенозирующий (ложный круп)

3. По течению:

- Острый:
 - Катаральная форма
 - Флегмонозная форма:
 - Отечный ларингит
 - Абсцесс гортани (диффузный инфильтративный ларингит)
 - Флегмона гортани (гнойный ларингит)

- Хронический

4. Другие формы:

- Дифтерийный
- Туберкулезный
- Сифилитический

Катаральный ларингит

Самая легко протекающая форма ларингита

Сопровождается следующими симптомами:

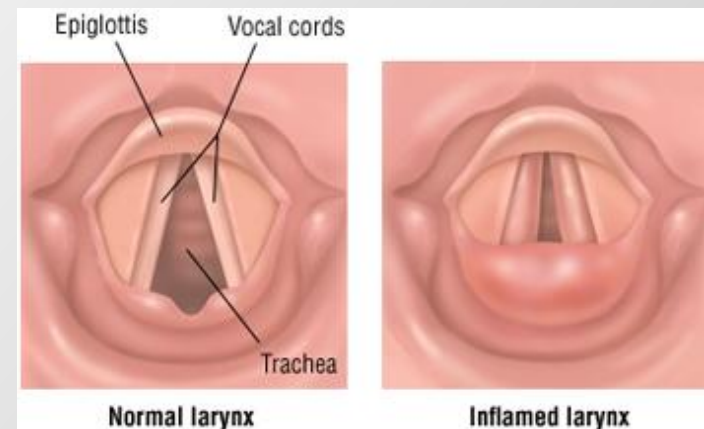
- осиплость (голос становится низким), вплоть до афонии
- першение в горле
- периодический лающий кашель

Общая реакция организма, как правило, незначительна (ГБ, недомогание, вялость, субфебрилитет).

В гортани определяется разлитая гиперемия и отечность слизистой оболочки.

Голосовые складки утолщены, ярко гиперемизированными, иногда покрыты вязкой слизью.

Воспалительный процесс может распространяться на преддверие гортани, подголосовую полость, а также на трахею и нижние отделы дыхательных путей



Флегмонозная форма острого ларингита

- Это гнойное воспаление подслизистых тканей гортани, иногда мышечного и связочного ее аппарата.
- Основные **симптомы**:
 - резкая боль при глотании,
 - нарушение дыхательной функции

Флегмонозная форма острого ларингита протекает с выраженной общей реакцией организма (повышение температуры тела до 39°C, озноб, общая интоксикация и др.)

При ларингоскопии определяется резкая гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки всех стенок гортани, значительное увеличение в объеме пораженного участка.

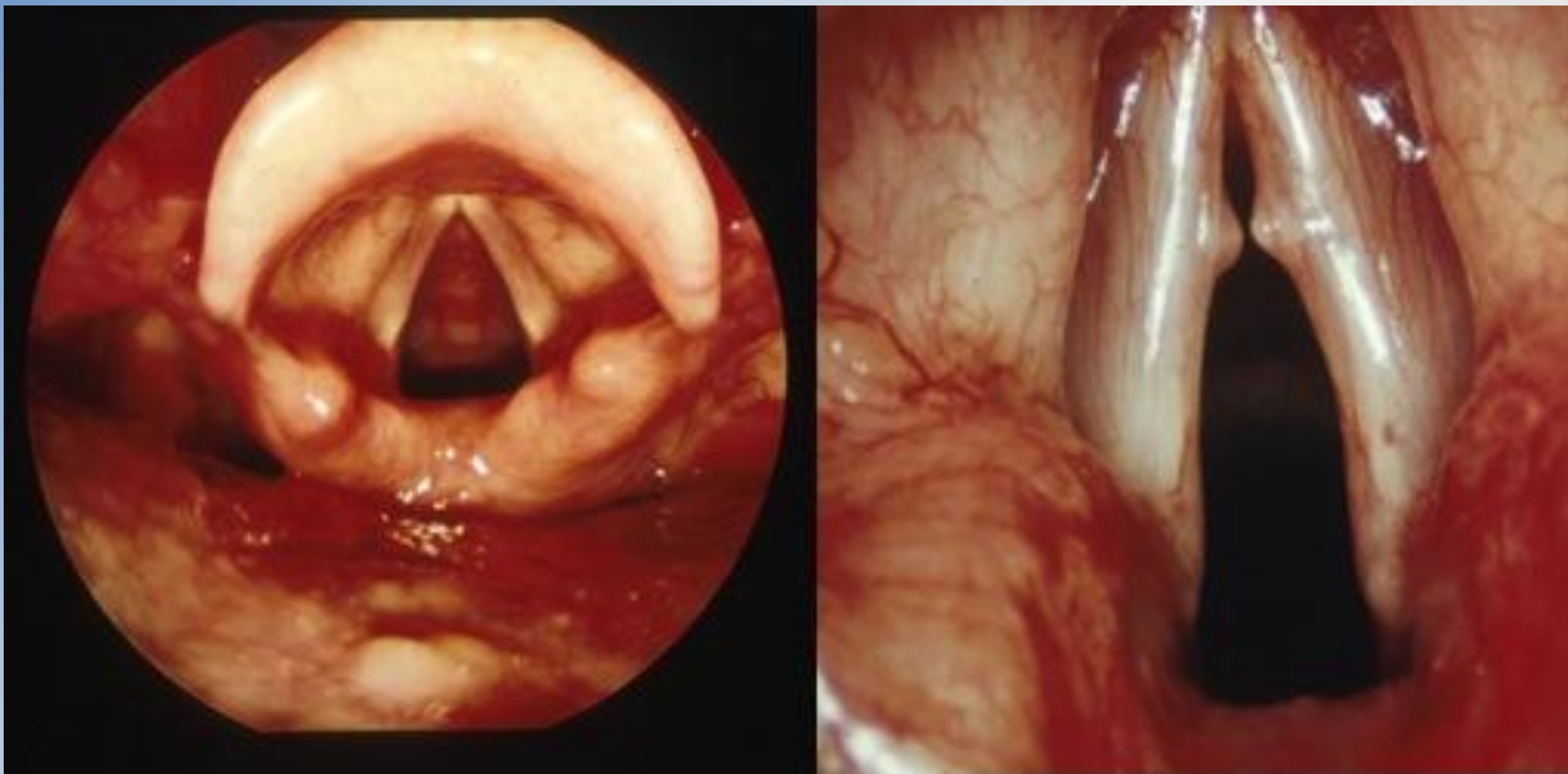
Флегмонозная форма острого ларингита



Геморрагический острый ларингит

- Развивается, как осложнение токсической формы гриппа.
- Характеризуется:
 - приступообразным кашлем,
 - мелкими подслизистыми кровоизлияниями
 - появлением в мокроте крови
 - наличием в гортани кровоточащих участков слизистой оболочки

Геморрагический острый ларингит



Гипертрофический ларингит

- Проявляется более сильной охрипlostью голоса, кашлем и першением.
- При этом на связках образуются небольшие, величиной с булавочную головку, разрастания, так называемые "узелки певца", которые и придают голосу хрипоту

Гипертрофический ларингит



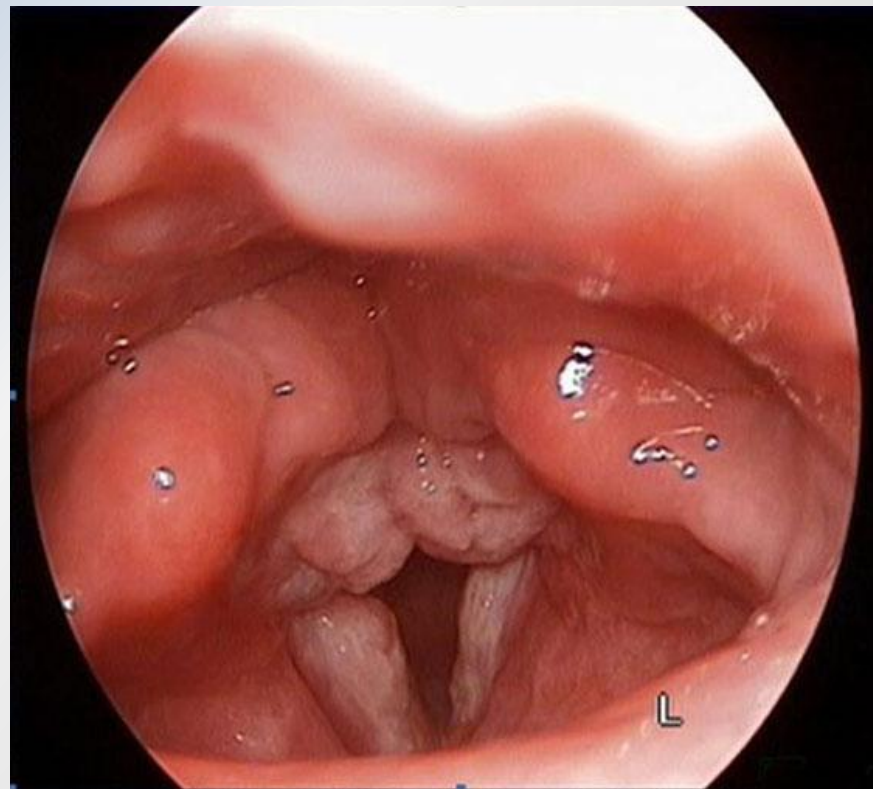
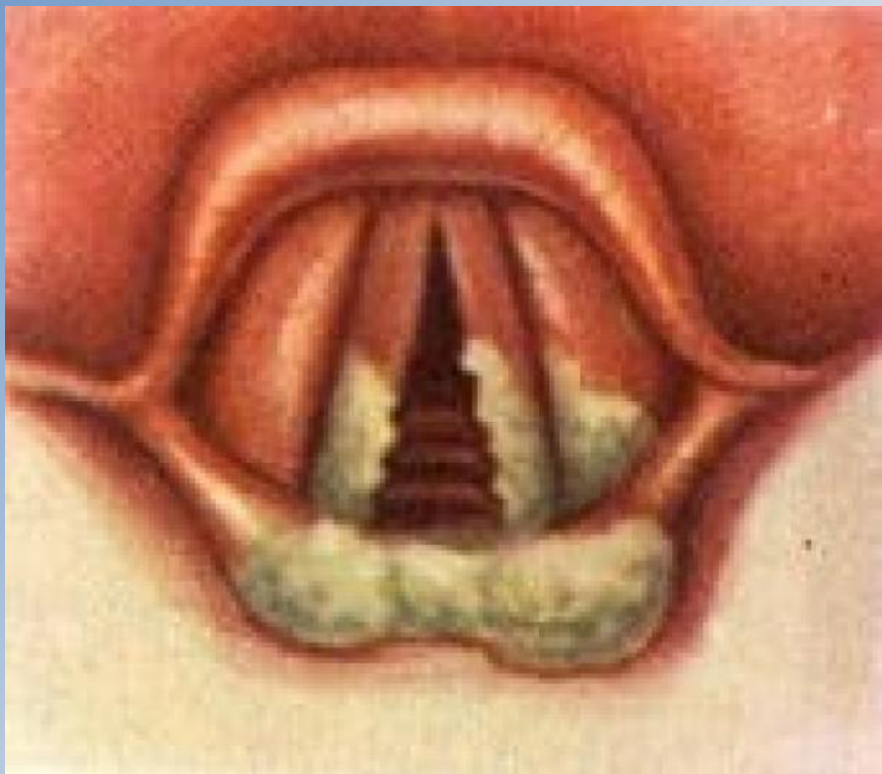
Атрофический ларингит

- Для этого вида ларингита характерно - истончение - слизистой - оболочки гортани. У детей данный вид ларингита встречается очень редко
- Больные жалуются на сухость во рту, мучительный кашель, голос у них почти всегда хриплый.
- При сильном кашле могут отходить корки с прожилками крови.
- Этиологическими факторами данного вида ларингита может быть чрезмерное увлечение острой пищей, богатой приправами и пряностями. При этом, кроме гортани, поражается также и задняя стенка глотки

Дифтерийный ларингит

- При дифтерии ларингит вызван распространением инфекции с миндалин вниз, в гортань.
- Слизистая оболочка покрывается белой мембраной, которая может отделиться и вызвать закупорку дыхательных путей на уровне голосовых связок.

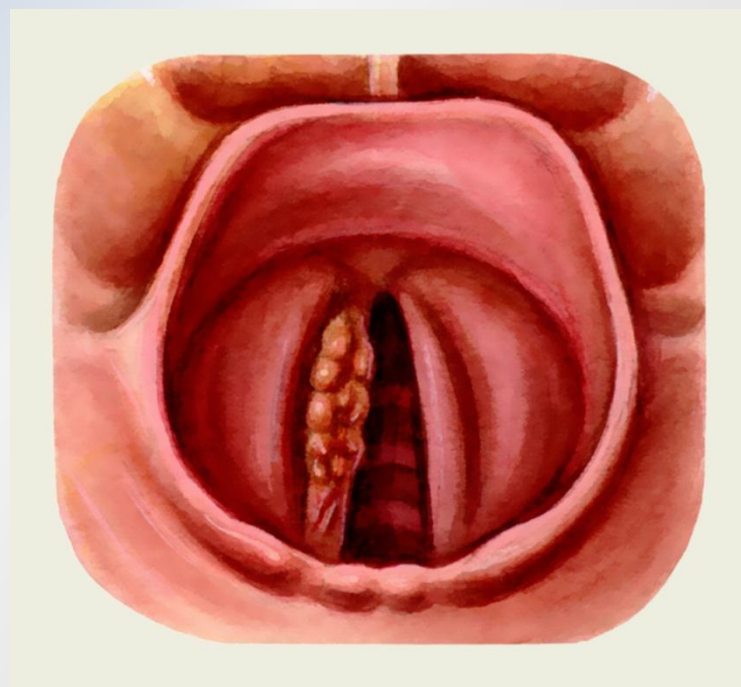
Дифтерийный ларингит



Туберкулезный ларингит

- Как правило, вторичный и возникает при распространении туберкулеза из легких.
- В тканях гортани формируются бугорчатые узелковые утолщения. Также возможно разрушение гортанного хряща и надгортанника.

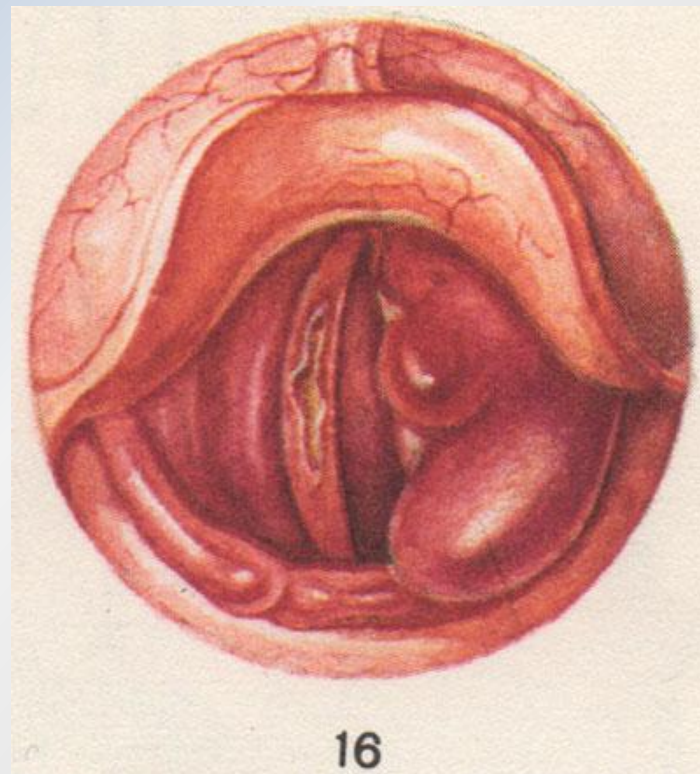
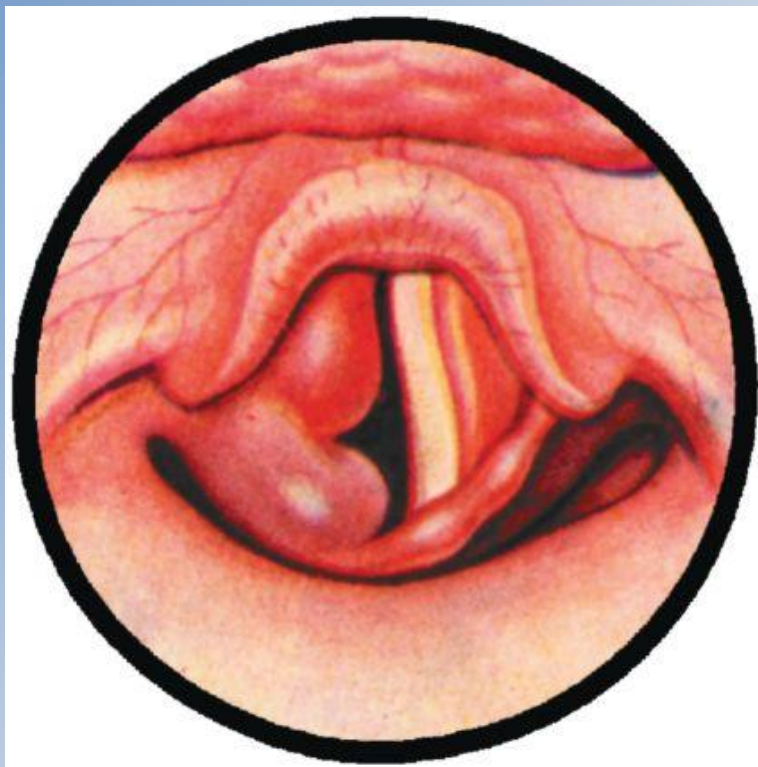
Туберкулезный ларингит

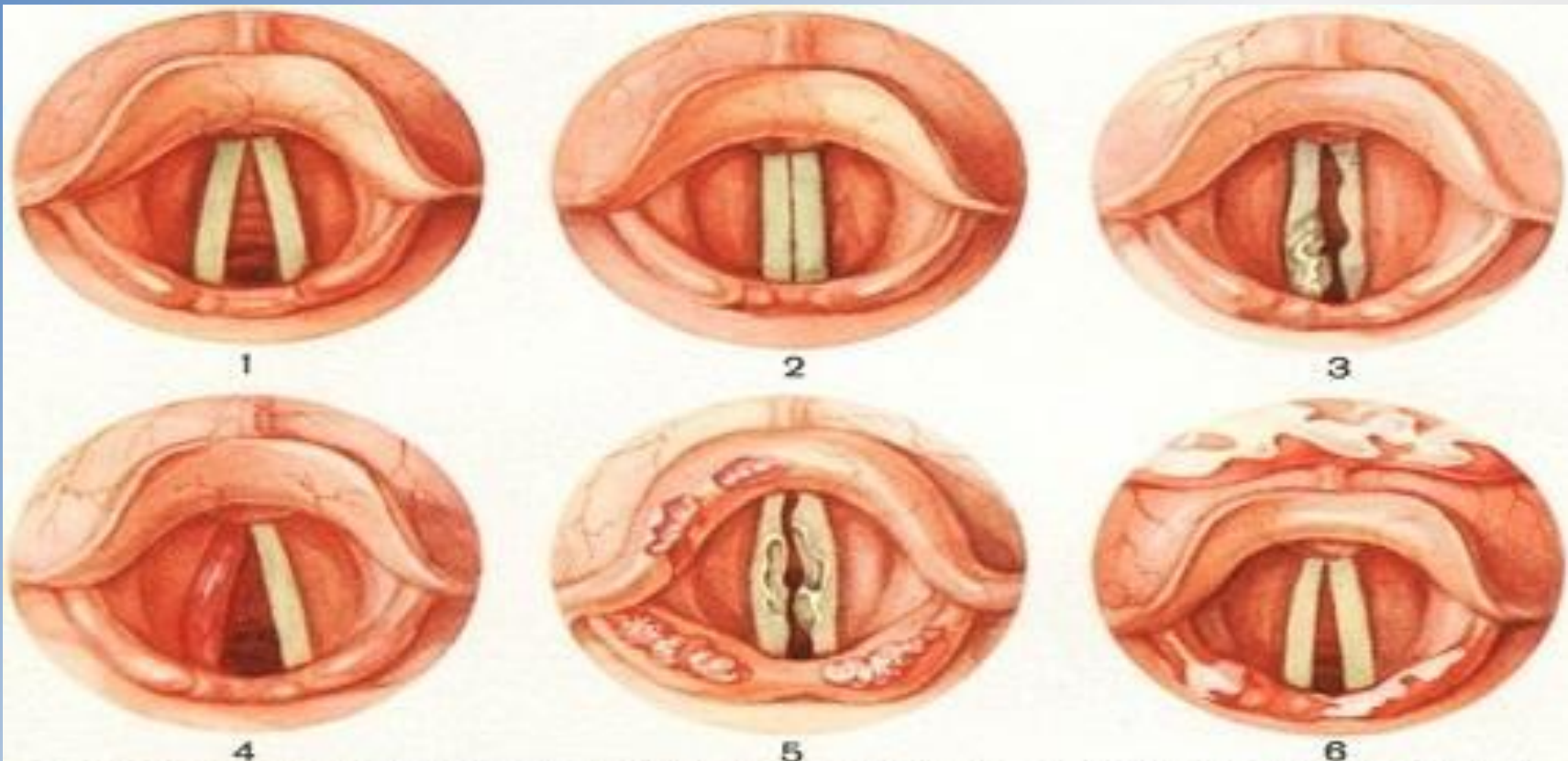


Сифилитический ларингит

- Ларингит – одно из множественных осложнений сифилиса.
- На второй стадии сифилиса могут формироваться язвы и слизистые бляшки.
- На третьей стадии болезни образуются рубцы, гуммы, которые могут деформировать гортань и голосовые связки, что может привести к необратимой хрипоте.

Сифилитический ларингит





1- нормальная гортань при дыхании, 2- нормальная гортань при фонации, 3- туберкулез гортани (изъязвление голосовой связки), 4- туберкулез гортани (одностороннее покраснение голосовой связки), 5- туберкулез гортани (язвы на голосовых связках; перихондрит; язвы надгортанника, черпало-видных хрящей и черпало-надгортанных связок), 6- Сифилис гортани (II стадия).

Диагностика ларингита

1. Сбор анамнеза
2. Общий осмотр
3. Осмотр ротовой полости и гортани
4. проведение лабораторных исследований
 - ОАК
 - ОАМ
 - мазок
5. Инструментальные исследования
 - Ларингоскопия
 - Ларингостробоскопия
 - РГ (при необходимости)



Диагностика ларингита

- Больные с катаральной формой острого или хронического ларингита не нуждаются в специальном обследовании
- Больным с острыми абсцедирующими, инфильтративными и хроническими ларингитами проводят комплексное общеклиническое обследование.
- Кроме того, необходимо микробиологическое, микологическое, гистологическое исследования; в ряде случаев для выявления этиологических факторов заболевания проводят диагностику с применением ПЦР.

Из анамнеза

- Частота заболеваний за год
- Профилактические прививки
- Аллергические реакции (если есть - на что?)
- Наличие контактов с инфекционными больными в течение 21 дня
- Количество человек в семье
- Какие учреждения посещает, дата последнего посещения
- Условия проживания

При осмотре:

- Бледность кожных покровов
- Дыхание затрудненное через нос или свистящее
- Зев гиперемирован, отечен

При аускультации - возможно прослушивание сухих хрипов проводного характера над трахеей

ОАК:

- Лейкоцитоз
- Повышение СОЭ

Ларингоскопия

- Для картины острого ларингита характерна 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.
- Хронический катаральным ларингит характеризуется усилением сосудистого рисунка голосовых складок, их гиперемией, сухостью слизистой оболочки.

Дополнительные инструментальные методы исследования

Играют вспомогательную роль при проведении дифференциальной диагностики или подозрении на развитие осложнений

- Для уточнения тяжести воспалительного процесса и дифференциальной диагностики применяют:
 - рентгенографию
 - компьютерную томографию гортани и трахеи,
 - эндоброларинготрахеоскопию,
 - исследование функции внешнего дыхания для оценки степени дыхательной недостаточности при ларингите, сопровождающемся стенозом воздухопроводящих путей
- У больных с флегмоназными и абсцедирующими ларингитами проводят
 - рентгенографию лёгких
 - рентгеновскую томографию средостения

Дифференциальная диагностика ларингита

- Дифференциальную диагностику проводят в первую очередь между вирусным или условно-патогенным бактериальным генезом острого стенозирующего ларингита с дифтерией гортани, для которой характерно медленное постепенное нарастание клинической картины обструкции, дисфония, переход процесса на близлежащие ткани, увеличение шейных лимфоузлов. Решающее значение имеет бактериологическое исследование.
- Аллергический отёк гортани, который развивается в ответ на воздействие различных аллергенов - характеризуется отсутствием признаков ОРЗ, отсутствием лихорадки и интоксикации. В анамнезе бывают указания на аллергические проявления.
- Инородное тело гортани и трахеи - наиболее частая причина асфиксии у маленьких детей. Характерно, что признаки удушья и кашель возникают внезапно, днём, во время еды или игры ребёнка. Ребёнок испуган, беспокоен. При прямой ларингоскопии выявляют инородное тело.

Дифференциальная диагностика ларингита

- Запущенный **заглоточный абсцесс** тоже иногда приходится дифференцировать с острым стенозирующим ларингитом.

В отличие от последнего он характеризуется постепенным наступлением затруднённого дыхания на фоне выраженной интоксикации и нередко выраженной лихорадки.

Характерны гнусавость голоса, вынужденная поза с откинутой кзади головой, а при осмотре зева отмечают выбухание задней стенки глотки.

- И наконец, дифференциальную диагностику приходится проводить с **острым эпиглоттитом** - воспалением надгортанника и окружающих его тканей гортани и глотки. Эпиглоттит характеризуется быстро нарастающими симптомами затруднённого дыхания за счёт отёка надгортанника и черпалонадгортанных складок.

Характерны нестерпимая боль в горле, чувство удушья, сдавленный голос и высокая температура тела. Наблюдаются слюнотечение, дисфагию. инспираторную одышку, шумное дыхание. При осмотре зева видны отёк и гиперемия надгортанника. язык смещён кпереди, отёчен, выражен отёк тканей глотки.

Лечение ларингита

Комплекс **лечебных мероприятий при остром ларингите** определяется причиной данной патологии, ее формой и степенью выраженности.

Непременными **условиями лечения острого ларингита** являются:

- щадящий голосовой режим
- покой
- обильное теплое питье

Выбор лекарственных препаратов зависит от вида возбудителя. Основные направления в лечении:

1. Медикаментозное лечение:
 - Противовоспалительные
 - Антибактериальные
 - Муколитики
 - Спазмолитики
2. Ингаляции
 - с травяными отварами (мать и мачеха, ромашка, шалфей),
 - с эфирными маслами (эвкалипт)
3. Тепловые процедуры на область гортани (согревающий компресс, горчичники, в гортань вводят противовоспалительные лекарственные препараты, растительные масла)

Назначения полосканий следует избегать, так как при этом гортань лишается необходимого покоя.



**Острый ларингит
при своевременно
начатом лечении
проходит за 5-10 дней!**

Профилактика ларингита

Основные направления профилактики:

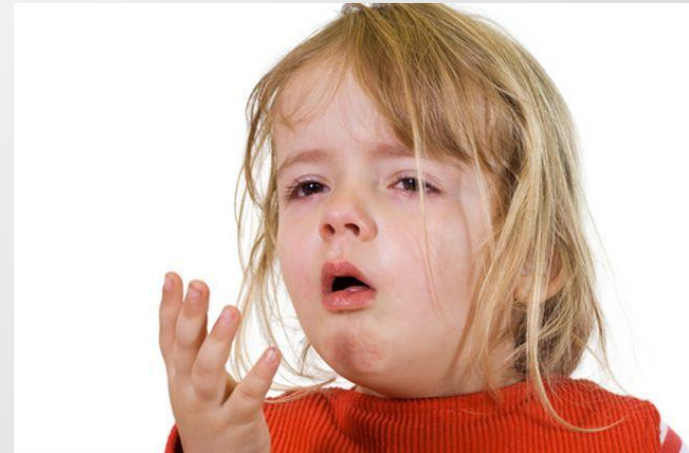
1. Иммуномодулирующая терапия
2. Прием витаминов;
3. Физические нагрузки, лечебная физкультура;
4. Своевременное лечение инфекционных заболеваний
5. Закаливание



- Комната, в которой находится ребенок, должна быть убранной, потому что пыль и сухой горячий воздух могут вызывать приступы ларингита.
- Соблюдение правил личной гигиены убережет ребенка от вирусов и бактерий
- Сбалансированное питание, чередование умственного и физического труда, ограничение пребывания в транспорте и общественных местах намного сократят риск возникновения ларингита у детей
- Чтобы заболевание не переросло в хроническую форму, в период ремиссии ларингита у детей можно обратиться в лабораторию для забора мазка из гортани, чтобы выявить микроорганизмы, находящиеся в ней, и проконсультироваться у педиатра по поводу лечения бактериофагами

Хронический ларингит

- Для предупреждения развития **хронического ларингита** прежде всего необходимо своевременное лечение острого ларингита, а также других катаров верхних дыхательных путей (заболеваний носа, придаточных пазух и др.), которые могут осложниться воспалением гортани.
- При хроническом ларингите больные имеют похожую клиническую картину острого ларингита, но в более смазанной и растянутой по времени форме (хрипота, першение в горле, субфебрилитет, покашливания). При обострении воспалительного процесса все эти явления усиливаются.



Ложный круп



- У детей до 6-8-летнего возраста может развиваться особая форма острого ларингита, а именно возникновение ложного крупа. Его проявления сходны с проявлениями дифтерии гортани — истинного крупа.
- Это осложнение опасно тем, что может привести к резкому затруднению дыхания в результате сужения просвета гортани из-за воспалительного процесса (отёка), который, в свою очередь, часто сочетается со спазмом голосовой щели (ларингоспазм).
- При ложном крупе приступ болезни возникает обычно неожиданно, ночью во время сна: ребёнок внезапно просыпается весь в поту, беспокоен, дыхание его становится все более затрудненным и шумным, губы синеют, кашель «лающий».
- Через некоторое время (20-30 минут) ребёнок успокаивается и засыпает. Температура тела во время приступа остаётся нормальной или незначительно повышается. Приступы заболевания могут повторяться в эту или следующую ночь.
- При появлении признаков ложного крупа нужно немедленно вызвать скорую помощь или доставить ребёнка в ближайшую больницу.

Ложный круп

- Диагностируется ложный круп благодаря характерной клинике, а также данным анализа КОС крови, исследования газового состава крови, ларингоскопии, рентгенографии, бакпосева, ПЦР и ИФА-диагностики.
- Частая встречаемость ложного крупа у детей младшего возраста обусловлена воронкообразной формой и малыми размерами их гортани, более рыхлой клетчаткой подскладочной области. Такие анатомические особенности детской гортани способствуют быстрому развитию воспаления и отека.

Патогенетические механизмы ложного крупа



- **Во-первых**, воспаление гортани при ложном крупе характеризуется выраженной отечностью пространства под голосовыми связками, что суживает просвет гортани в этой области.
- **Во-вторых**, происходит рефлекторный спазм мышц-констрикторов гортани, который усугубляет ее стеноз.
- **В-третьих**, в результате воспаления происходит повышение секреторной активности желез слизистой оболочки гортани с образованием большого количества густой мокроты. Мокрота, а также некротические наложения обтурируют суженный просвет гортани.

Вышеуказанные механизмы обуславливают развитие **обструктивного синдрома** — нарушения прохождения воздуха в дыхательные пути. В начале ложного крупа недостаточное поступление кислорода в организм компенсируется за счет усиленной работы дыхательных мышц и более интенсивного дыхания. При нарастании степени стеноза и обструкции может наступить стадия декомпенсации. В результате выраженного стеноза при ложном крупе развивается гипоксия — кислородное голодание, приводящее к нарушению в работе прежде всего ЦНС и сердечно-сосудистой системы, а также всех органов и тканей. Все это может привести к развитию терминального состояния и далее к летальному исходу

Клинические проявления ложного крупа

- **I степень стеноза** характеризуется наличием одышки лишь при физической нагрузке и волнении ребенка. Аускультация обнаруживает удлиненный вдох и наличие в легких единичных свистящих хрипов, появляющихся преимущественно на вдохе
- **II степень стеноза** отличается наличием одышки и в состоянии покоя. На вдохе наблюдается втяжение яремной ямки и межреберных промежутков. Аускультативно выслушиваются сухие хрипы. Возникает синюшная окраска носогубного треугольника, свидетельствующая о легком кислородном голодании. Отмечается тахикардия, возбуждение, нарушения сна.
- **III степень стеноза.** Имеет место сильная инспираторная одышка с втяжением во время дыхания яремной ямки, межреберий и эпигастральной области. Отмечается выраженный «лающий» кашель, появляется дисфония и парадоксальное дыхание. Цианоз носит диффузный характер. Пульс нитевидный с выпадениями на вдохе, тахикардия. Беспокойство ребенка сменяется заторможенностью, сонливостью, возникает спутанность сознания. В легких на вдохе и на выдохе выслушиваются сухие и влажные разнокалиберные хрипы, отмечается приглушенность сердечных тонов.
- **IV степень стеноза** характеризуется отсутствием типичного для ложного крупа «лающего» кашля и шумного дыхания. Наблюдается аритмичное поверхностное дыхание, артериальная гипотония, брадикардия. Возможны судороги. Сознание пациента с ложным крупом спутано и переходит в гипоксическую кому. Ложный круп с IV степенью стеноза может закончиться летальным исходом в следствие развития асфиксии.



Стеноз гортани I степени
Сужение от 0-50%



Стеноз гортани II степени
Сужение от 51-70%



Стеноз гортани III степени
Сужение от 71-99%



Стеноз гортани IV степени
Сужение 100%

Дифференциальная диагностика ложного крупа

- Ложный круп в первую очередь необходимо дифференцировать с истинным.
- Дифтерийный круп отличается постепенным и прогрессирующим нарастанием стеноза гортани, сопровождающимся дисфонией вплоть до полного отсутствия голоса. Ложный круп может протекать с нарушениями голоса, но при нем никогда не бывает афонии.
- Истинный круп характеризуется отсутствием усиления голоса при плаче или крике. У пациентов с ложным крупом усиление голоса сохраняется.
- Диагностировать дифтерийный круп помогает выявление дифтерийных налетов при осмотре гортани и обнаружение возбудителя дифтерии при бактериологическом исследовании мазков.
- Ложный круп также дифференцируют от других заболеваний, которые могут сопровождаться стенозом гортани. Это аллергический отек гортани, инородное тело гортани, острый эпиглотит, заглоточный абсцесс, опухоль гортани, поражение гортани у детей с врожденным сифилисом, приступ бронхиальной астмы, врожденный стридор и пр.

Лечение ложного крупа

1. Исключение воздействия факторов, которые могут спровоцировать возникновение приступа
2. Щелочное питье, свежий воздух
3. Противокашлевые
4. Антигистаминные
5. ГКС, седативные, противоспастические
6. Антибактериальная терапия
7. ИВЛ при необходимости



**БЕРЕГИТЕ СЕБЯ И СВОИХ
БЛИЗКИХ**