

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра ЛОР болезней с курсом ПО

**Реферат
На тему «Хронический ларингит»**

Выполнил:
клинический ординатор 1 года, группы 115
А. В. Шилина

Проверил:
к.м.н., доцент М.А. Петрова



Красноярск
2023 г.

Хронический ларингит - это хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки и подслизистого слоя гортани.

Этиология:

Роль в развитии хронического воспалительного процесса в гортани играют:

- Частые острые ларингиты
- хронические очаги инфекции иной локализации (синуситы, фарингиты, тонзиллиты, отиты, кариес);
- условно-патогенная микрофлора ротовой полости;
- сопутствующая соматическая патология, в частности ГЭРБ (при данном заболевании кислое содержимое желудка больного забрасывается в пищевод, обжигая слизистую, что создает благоприятные условия для размножения в данной области микроорганизмов);
- болезни обмена веществ (в частности, сахарный диабет);
- пылевые, пищевые, химические аллергены;
- регулярные чрезмерные нагрузки на голосовой аппарат;
- работа или проживание в условиях выраженной загрязненности воздуха пылью или химикатами;
- резкие перепады температур;
- курение и употребление спиртных напитков;
- снижение общей сопротивляемости организма.

Формы хронического ларингита:

Катаральный, атрофический, гиперпластический, диффузный или ограниченный, подскладочный ларингит и пахидермия.

Хронический катаральный ларингит - хроническое катаральное воспаление слизистой оболочки гортани.

Самая частая и наиболее легкая форма хронического воспаления.

Этиология. Основную этиологическую роль в данной патологии играет длительная нагрузка на голосовой аппарат (певцы, лекторы, учителя и т.д.). Важное значение имеет и воздействие неблагоприятных экзогенных факторов: климатических, профессиональных и вредных привычек.

Патогенез: на первый план выступают расстройства местного кровообращения. Наблюдается гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки

отдельных элементов или всей гортани. Голосовые складки обычно утолщены, не полностью смыкаются. Голосовая функция ухудшается за счет воспалительных изменений тканей гортани, а при голосовой нагрузке также за счет недостаточности функции нервно-мышечного аппарата гортани.

Клиника. Наиболее частым признаком является охриплость, расстройство голосообразовательной функции гортани, быстрая утомляемость, изменение тембра голоса. В зависимости от выраженности болезни беспокоят также першения, сухость, ощущения инородного тела в гортани, кашель. Различают кашель курильщика, который возникает на фоне продолжительного курения и характеризуется постоянным, редким, несильным кашлем.

Диагностика не представляет затруднений и основывается на характерной клинической картине, анамнезе и данных непрямой ларингоскопии.

При ларингоскопии определяется умеренная гиперемия, отечность слизистой оболочки гортани, больше в области голосовых складок, и выраженная инъецированность сосудов слизистой оболочки.

Лечение. Необходимо устранить воздействие этиологического фактора, рекомендуется соблюдение щадящего голосового режима (исключить громкую и продолжительную речь). Лечение в основном носит местный характер. В период обострения эффективно вливание в гортань раствора антибиотиков с суспензией гидрокортизона: 4 мл изотонического раствора хлорида натрия с добавлением 150 000 ЕД пенициллина, 250 000 ЕД стрептомицина, 30 мг гидрокортизона. Этот состав вливают в гортань по 1-1,5 мл два раза в день. Этот же состав можно использовать для ингаляции. Курс лечения проводится в течение 10 дней. При местном использовании лекарственных препаратов можно менять антибиотики после посева на флору и выявления чувствительности к антибиотикам. Из состава можно исключить также гидрокортизон, а добавить химопсин или флуимуцил, обладающие секретолитическим и муколитическим эффектами. Благоприятно действует назначение аэрозолей для орошения

слизистой оболочки гортани комбинированными препаратами, в состав которых входит антибиотик, анальгетик, антисептик (биопарокс). Применение масляных и щелочно-масляных ингаляций необходимо ограничивать, поскольку эти препараты отрицательно действуют на мерцательный эпителий, угнетая и полностью прекращая его функцию. Большая роль в лечении хронического катарального ларингита принадлежит климатотерапии в условиях сухого морского побережья.

Прогноз относительно благоприятный при правильной терапии, которую периодически повторяют. В противном случае возможен переход заболевания в гиперпластическую или атрофическую формы.

Хронический гиперпластический (гипертрофический) ларингит) характеризуется ограниченной или диффузной гиперплазией слизистой оболочки гортани.

Виды гиперплазии слизистой гортани:

- фиброзные узелки голосовых складок (певческие узелки);
- пахидермия гортани;
- хронический подскладочный ларингит;
- выпадение, или пролапс, морганиева желудочка.

Патогенез характеризуется гиперплазией слизистой оболочки гортани, которая может быть ограниченной или диффузной. Ограниченный гиперпластический ларингит может проявляться в виде отдельных образований (узелки, пахидермии, гиперкератоз, выпадение слизистой оболочки желудочка гортани и др.) На фоне измененной слизистой оболочки. При диффузном гипертрофическом ларингите гиперплазия захватывает значительную часть слизистой оболочки гортани, наиболее выражена она в области голосовых складок и складок преддверия, которые представляются утолщенными, гиперемизированными, увеличенными в объеме, что препятствует нормальному голосообразованию. Все элементы гортани покрыты вязкой слизью в связи с

нарушением функции желез слизистой оболочки гортани.

Клиника. Основной жалобой больного является различной степени выраженная стойкая охриплость, утомляемость голоса, иногда афония. При обострениях больного беспокоят першение, ощущение инородного тела при глотании, редкий кашель со слизистым отделяемым.

Диагностика. Непрямая ларингоскопия и стробоскопия позволяют обнаружить ограниченную или диффузную гиперплазию слизистой оболочки, наличие густой слизи как в межчерпаловидном, так и в других отделах гортани.

При диффузной форме гиперпластического процесса слизистая оболочка утолщена, пастозна, гиперемирована; края голосовых складок утолщены и деформированы на всем протяжении, что препятствует их полному смыканию.

При ограниченной форме (певческие узелки) слизистая оболочка гортани розового цвета без особых изменений; на границе между передней и средней третями голосовых складок на их краях расположены симметричные образования в виде соединительнотканых выростов (узелков) на широком основании диаметром 1-2 мм. Иногда узелок имеется только на одной голосовой складке. Эти узелки препятствуют полному смыканию голосовой щели, в результате чего голос становится хриплым.

При пахидермии гортани в межчерпаловидном пространстве слизистая оболочка утолщена, на ее поверхности имеются эпидермальные ограниченные выросты, внешне напоминающие мелкую бугристость, могут быть грануляции на задней трети голосовых складок и межчерпаловидном пространстве. В просвете гортани имеется скудное вязкое отделяемое и местами корки.

Выпадение (пролапс) морганиева желудочка возникает в результате длительного перенапряжения голоса и воспалительного процесса слизистой оболочки желудочка. При форсированном выдохе, фонации, кашле гипертрофированная слизистая оболочка выступает из желудочка гортани и частично прикрывает голосовые складки, препятствуя полному смыканию

голосовой щели, обуславливая хриплое звучание голоса.

Хронический подскладочный ларингит при непрямой ларингоскопии напоминает картину ложного крупа, при этом имеется гипертрофия слизистой оболочки подголосового пространства, суживающая голосовую щель. Анамнез и эндоскопическая микроларингоскопия и биопсия позволяют уточнить диагноз.

Дифференциальная диагностика. Ограниченные формы гиперпластического ларингита необходимо дифференцировать с специфическими инфекционными гранулемами, а также с новообразованиями. Соответствующие серологические реакции и биопсия с последующим гистологическим исследованием помогают в постановке диагноза. Клинический опыт показывает, что специфические инфильтраты не имеют симметричной локализации, как при гиперпластических процессах. Лечение. Необходимо устранение воздействия вредных экзогенных факторов и обязательное соблюдение щадящего голосового режима. В периоды обострения проводится лечение, как при остром катаральном ларингите.

При гиперплазии слизистой оболочки производится точечное туширование пораженных участков гортани через 2-3 дня 10-20% р-ром ляписа в течение 2 нед. Значительная ограниченная гиперплазия слизистой оболочки является показанием к эндоларингеальному ее удалению с последующим гистологическим исследованием биоптата. Операция производится с использованием местной аппликационной анестезии лидокаином 10%, дикаином 2%. В настоящее время такие вмешательства производятся с использованием эндоскопических эндоларингеальных методов.

Хронический атрофический ларингит - заболевание в изолированной форме, встречается редко.

Этиология. Причиной развития атрофического ларингита является чаще всего атрофический ринофарингит. Условия окружающей среды,

профессиональные вредности (запыленность, загазованность горячий воздух и др.), болезни желудочно-кишечного тракта, отсутствие нормального носового дыхания способствуют развитию атрофии слизистой оболочки гортани.

Клиника. Ведущими жалобами при атрофическом ларингите являются ощущение сухости, першения в гортани и ощущение инородного тела в гортани, а также дисфония различной степени выраженности. При откашливании в мокроте могут быть прожилки крови вследствие нарушения целостности эпителия слизистой оболочки в момент кашлевого толчка.

Диагностика. При ларингоскопии слизистая оболочка истончена, гладкая, блестящая, местами покрыта вязкой слизью и корками. Голосовые складки несколько истончены. При фонации смыкаются не полностью, оставляя щель овальной формы, в просвете которой также могут быть корки.

Лечение. Рациональная терапия включает устранение причины заболевания. Необходимо исключить курение, употребление раздражающей пищи. Следует соблюдать щадящий голосовой режим. Из лекарственных препаратов назначают средства, способствующие разжижению мокроты, легкому ее отхаркиванию: орошения глотки и ингаляции изотоническим раствором хлорида натрия (200 мл) с добавлением 5 капель 10% настойки йода. Процедуры проводятся по 2 раза в день, используя на сеанс 30-50 мл р-ра, длительными курсами в течение 5-6 нед. Периодически назначают ингаляции 1-2% р-ром ментола в масле. Масляный раствор ментола 1-2% можно вливать в гортань ежедневно в течение 10 дней. Для усиления деятельности железистого аппарата слизистой оболочки назначают 30% р-р йодида калия по 8 капель 3 раза в день внутрь в течение 2 нед (перед назначением необходимо выяснить переносимость йода). При атрофическом процессе одновременно в гортани и носоглотке хороший эффект дает подслизистая инфильтрация в боковые отделы задней стенки глотки раствора новокаина и алоэ (2 мл 1% р-ра новокаина с добавлением 2 мл алоэ). Состав инъецируют под слизистую глотки по 2 мл в

каждую сторону одновременно. Инъекции повторяют с промежутками в 5-7 дней; всего 7-8 процедур.

Хронический отечно-полипозный ларингит (болезнь Рейнке-Гайека)-заболевание гортани представляет собой полиповидную гиперплазию голосовых складок.

Этиология. Основной причиной заболевания является курение в сочетании с голосовыми нагрузками. Подобные изменения чаще встречаются у лиц женского пола, которые являются курильщицами с многолетним стажем. Вероятно, это связано с тем, что слизистая оболочка у женщин более чувствительна к табачному дыму, чем у мужчин и более чутко реагирует на такое раздражение. Кроме того, большое значение имеют сосудистые нарушения. Среди пациентов часто встречаются актеры, бизнесмены, комментаторы. Из сопутствующих заболеваний первостепенное значение, кроме гипотиреоза, имеет гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. Пациенты, страдающие ХОПЛ, обращаются с жалобами на огрубление голоса. ларингит гортань воспалительный гиперплазия

Клиника: огрубление голоса, осиплость, доходящая до полной афонии.

Диагностика. При ларингоскопии видны полипозные изменения белесоватого цвета, полупрозрачные, отечные.

Лечение. Консервативное: отказ от курения и уменьшение голосовой нагрузки. С противоотечной целью в виде спреев или инъекций (уколов) непосредственно в голосовые складки назначаются кортикостероидные гормоны.

Хирургическое. Применяются методы эндоларингеальной микрохирургии. Операция проводится под хирургическим микроскопом с использованием эндоскопической аппаратуры для визуализации просвета гортани и патологических очагов с выведением картинки на экран монитора. Удаление новообразования возможно как с помощью лазера, либо криохирургических методов (воздействие холодом).

Список использованной литературы

1. Пальчук В.Т, Магомедов М.М, Лучинский Л.А. Оториноларингология. 2-е издание 2008 г. Стр. 322-327.
2. Лекции по оториноларингологии Солодатов И.Б. 1990г. Стр.231-234