

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

Рецензия <асс., К.М.Н. кафедры ЛОР-болезней с курсом ПО Болдыревой Ольги Валерьевны> на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология <Зенаишвили Реваса Дмитриевича> по теме: <Формы хронического ларингита>.

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочётов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументировано защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако автор должен придерживаться определённых негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность;	положительный
2. Наличие орфографических ошибок;	положительный
3. Соответствие текста реферата по его теме;	положительный
4. Владение терминологией;	положительный
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы;	положительный
6. Логичность доказательной базы;	положительный
7. Умение аргументировать основные положения и выводы;	положительный
8. Круг использования известных научных источников;	положительный
9. Умение сделать общий вывод.	положительный

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Зенаишвили Р.Д. *08.05.2018*
[Подпись]

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

Кафедра лор-болезней с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Формы хронического ларингита.

Зав. кафедрой: профессор Вахрушев С.Г.

Проверила : к.м.н., асс. Болдырева О.В.

Выполнил : ординатор 1 года обучения Зенаишвили Р.Д.

Красноярск, 2019

ВВЕДЕНИЕ

Ларингит - это воспаление гортани. Хронический ларингит обычно возникает под влиянием тех же причин, что и острое воспаление, если они своевременно не были устранены и продолжали свое вредное действие в течение длительного времени. К этим причинам относятся следующие факторы: постоянное дыхание через рот; хронические синуситы (особенно гнойные); хронические заболевания нижних дыхательных путей (бронхит, туберкулез); профессиональные вредности (пыль, пары, газы); резкие колебания температуры, чрезмерная сухость или влажность воздуха; неправильное пользование голосом при пении и разговоре; злоупотребление курением и алкоголем.

Изучение патологии голоса и способов его восстановления является одной из проблем логопедии. В последние годы область педагогического воздействия при различных нарушениях голосового аппарата значительно расширилась, получив наименование фонопедия. Фонопедия — комплекс педагогического воздействия, направленного на постепенную активизацию и координацию нервно-мышечного аппарата гортани специальными упражнениями, коррекцию дыхания и личности обучающегося. В процессе фонопедических занятий устанавливаются и закрепляются такие условия голосообразования, при которых голосовой аппарат работает с наименьшей нагрузкой при хорошем акустическом эффекте. Это педагогический процесс, базирующийся на физиологии голосообразования, основных дидактических и методологических принципах логопедии. Фонопедия развивается в тесном содружестве с фониатрией — медицинской наукой, разделом оториноларингологии, изучающей причины нарушений голоса и разрабатывающей методы их лечения.

Прежде всего это часто повторяющиеся и недолеченные острые воспалительные процессы слизистой оболочки гортани. Они чаще всего возникают при наличии хронических очагов воспаления верхних (хронический ринит, синусит, искривление перегородки носа, тонзиллит, фарингит) и нижележащих дыхательных путей (трахеит, бронхит, пневмония). Это также следствие перенесенных инфекционных заболеваний, вдыхание горячего или холодного воздуха и др. местно-раздражающих факторов, среди которых значительную роль играют профессиональные вредности (химические раздражающие вещества, пыль, пары, газы, сухость воздуха), резкие температурные колебания, злоупотребление алкогольными напитками.

В группу риска попадают представители «голосоречевых» профессий — педагоги, певцы, дикторы, кассиры, священники, диспетчеры, адвокаты (работа которых связана с перенапряжением голосового аппарата), рабочие так называемых «горячих цехов», лица, контактирующие с высокоактивными веществами, пылью. К неблагоприятным факторам в развитии этого заболевания можно отнести и несоблюдение гигиенических норм на «вредных» производствах.

Ларингит может развиваться при заболеваниях, сопровождающихся упорным кашлем, например, при хронических заболеваниях легких. Еще одной причиной ларингита может служить заболевание ЖКТ, которое проявляется изжогой. На самом деле происходит забрасывание (рефлюкс) в пищевод и ротоглотку кислотного содержимого желудка, развивается рефлюкс-ларингит. Развитие этого процесса связано с близостью входа в пищевод и гортань.

Предрасполагающими к возникновению заболевания факторами являются расстройства кровообращения, заболевания сердца и легких,

обмена веществ, дистрофические нарушения, аллергическое состояние организма. Одним из частых предрасполагающих моментов в возникновении хронического ларингита (атрофической формы — см. ниже) является нарушение углеводного обмена, особенно такое заболевание, как сахарный диабет.

Но, пожалуй, основной причиной развития хронического ларингита в РФ можно считать курение. В настоящее время в стране курят 65% мужчин и свыше 30% женщин. Из них 80% мужчин и 50% женщин стали курить в подростковом возрасте, то есть до 18 лет. В структуре больных хроническим ларингитом среди пожилых людей значительно преобладают мужчины. [2, С. 138] И если исходить из данных статистики по распространению курения, то очень скоро женщины «догонят» их по этому показателю.

Для городских жителей также существенную роль сыграла неблагоприятная экологическая обстановка — постоянная запыленность, загазованность, загрязненность улиц и помещений.

Учитывая воздействие неблагоприятных факторов в течение почти всей жизни человека, при отсутствии методов профилактики и адекватного, полноценного лечения становится понятным наличие такого заболевания, как хронический ларингит у пожилых людей. А увеличение частоты обострений ларингита объясняется снижением иммунной защиты, сопротивляемости организма к инфекциям в пожилом возрасте.

Глава 2 Основные формы заболевания и его симптомы

Различают 3 основные формы течения этого заболевания: катаральную, гипертрофическую и атрофическую.

2.1 При катаральной форме хронического ларингита возникает нарушение местного кровообращения в гортани. Голосовые складки обычно воспалены, утолщены, не полностью смыкаются, наблюдается их покраснение и отечность. Это и приводит к нарушению голосовой функции.

Для хронического гиперпластического ларингита характерны ассоциации микроорганизмов, среди которых наиболее часто встречаются *S. aureus*, *epidermidis*. Имеет значение и изменение иммунной системы. Иммунологические аспекты хронической воспалительной патологии гортани до конца не изучены. Диагностируются нарушения интерфероновой и иммунной систем. Было проведено бактериологическое и микологическое обследование 95 больных хроническими ларингитами (34 – с хроническим гиперпластическим ларингитом, 14 – с хроническим субатрофическим ларингитом и бронхиальной астмой, 22 – с хроническим катаральным ларингитом, 25 – с хроническим отечно-полипозным ларингитом).

У 34 больных с хроническим гиперпластическим ларингитом в 11 случаях были выделены грибы рода *Candida*.

В 50% был выделен непатогенный стрептококк зеленающей группы, у 5 больных посев не дал роста в аэробных условиях, у остальных больных выделяли грамотрицательные микроорганизмы: пневмококк – 4 случая, *K. pneumoniae* – в 7 случаях (в 4 случаях – чувствительная ко всем антимикробным препаратам, в 3 – обладающая промежуточной чувствительностью к бета-лактамам), в одном случае был выделен

S. aureus метициллин-чувствительный и в 4 – метициллинрезистентный, у 2 пациентов была выделена синегнойная палочка. Таким образом, у больных хроническим гиперпластическим ларингитом бактериальная флора представлена как непатогенным стрептококком, так и грамотрицательными микроорганизмами, а также грибковой флорой, в т. ч.

Со сниженной чувствительностью к антибактериальным препаратам и антимикотикам.

2.2 Гипертрофическая форма хронического ларингита может быть следующим этапом развития хронического воспалительного процесса в слизистой оболочке гортани после катарального ее воспаления, а может развиваться самостоятельно. В этой форме ларингита покраснение и отечность слизистой оболочки гортани менее выражены, но носят более стойкий характер. При этом заболевании происходит разрастание слизистой оболочки гортани, которое может быть ограниченным или распространенным (диффузным).

У 14 больных с хроническим субатрофическим ларингитом и бронхиальной астмой в 3 случаях были выделены грибы рода *Candida*, чувствительные ко всем противогрибковым препаратам. Из флоры преобладал стрептококк зеленящей группы и пневмококк, чувствительный ко всем препаратам. Во всех случаях, когда присутствовала грибковая флора, не было классической картины ларингомикоза, но присутствовали разнообразные жалобы на изменение голосовой функции.

У больных с хроническим катаральным ларингитом роста грибковой флоры получено не было, бактериальная флора была в основном представлена стрептококком зеленящей группы.

У пациентов с хроническим отечно-полипозным ларингитом в подавляющем большинстве случаев выделялся стрептококк зеленящей группы, не определенный до вида и без определения чувствительности к антимикробным препаратам. При повторных посевах в случае осложненного течения послеоперационного воспаления высевалась смешанная грам-отрицательная флора.

Полученные данные в целом соответствуют данным литературы и свидетельствуют о том, что при упорном течении воспалительного процесса и неэффективности противовоспалительной терапии следует проводить микробиологическое исследование. Больным с воспалительным процессом в гортани на фоне бронхиальной астмы следует проводить микологическое

обследование для выявления микоза верхних дыхательных путей. Пациентам с отечно-полипозным ларингитом микробиологическое обследование не показано. Оно может быть полезным в послеоперационный период при осложненном течении воспалительного процесса.

Применение системной антибактериальной терапии больным с нетяжелыми формами ларингита, как правило, не требуется. При осложненных формах острого ларингита, при выраженных воспалительных явлениях с присоединением гнойной экссудации, а также при обострении хронического ларингита назначаются системные антибактериальные препараты широкого спектра действия (амоксциллин/клавулановая кислота, цефалоспорины III–IV поколений) или респираторные фторхинолоны. При диагностике грибкового поражения назначаются антимикотические препараты. Для периоперационной антибиотикопрофилактики следует выбирать препарат с максимально узким спектром действия и активным в отношении основных микроорганизмов.

Ограниченный гиперпластический ларингит может проявляться в виде отдельных образований на фоне измененной слизистой оболочки. Как пример можно привести «узелки певцов» или «узелки крикунов» — это симметричные образования в виде узелков на широком основании диаметром до 1 мм. Узелки голосовых складок возникают одинаково часто у больных со слабостью голосовых складок (гипотонусным состоянием, атонией) и при их чрезмерном напряжении. Они препятствуют полному смыканию голосовой щели, в результате чего голос становится хриплым. При диффузном гипертрофическом ларингите разрастание захватывает значительную часть слизистой оболочки гортани, что также препятствует нормальному голосообразованию. Функция желез слизистой оболочки гортани изменена и на голосовых складках скапливается вязкая слизь, что приводит к постоянному покашливанию.

2.3 При атрофической форме заболевания различают субатрофическую и атрофическую формы хронического ларингита. Это наиболее вероятно

встречающаяся форма у людей пожилого возраста, когда происходит истончение слизистой оболочки гортани. Она представляется шероховатой, покрытой вязкой слизью, засыхающей в корки. У больных хроническим атрофическим ларингитом установлено нарушение обмена веществ и снижение общей сопротивляемости организма, снижение иммунитета.

Основными симптомами заболевания, которые сразу может обнаружить у себя больной, являются: нарушения голосообразования (проявляющиеся быстрой утомляемостью голоса и различной степени охриплостью), сухость, першение, ощущение инородного тела в гортани, кашель или покашливание.

При этом необходимо сразу обратиться к врачу-оториноларингологу. Поскольку не долечивание — одна из основных причин хронизации. Очень большой процент людей предпочитают «лечиться» самостоятельно, что не всегда ведет к полному выздоровлению, а лишь облегчает симптомы болезни. Патологический процесс только затихает, а потом вновь разгорается с большей силой и возможным изменением формы заболевания, о чем уже говорилось выше.

Также у пожилых людей обычно наблюдается целый «букет» хронических заболеваний, который обязательно необходимо учитывать при приеме каких-либо препаратов, выполнении процедур и при назначении лечения.

Глава 3 Лечение хронического ларингита и восстановление голоса

Лечение пациентов с воспалительной патологией гортани требует комплексного подхода. При выработке тактики лечения часто недооценивается значение местной противовоспалительной терапии. Большую роль в повышении эффективности лечения пациентов с острыми и

хроническими воспалительными процессами в гортани играет использование ингаляционной терапии. Основным преимуществом ингаляционной терапии является возможность достижения быстрого и эффективного лечебного действия при использовании относительно небольшой дозы лекарственного препарата и значительном снижении риска его отрицательного системного эффекта. Во время ингаляции происходит быстрое всасывание лекарственных препаратов слизистой оболочкой и депонирование их в подслизистом слое. Создается высокая концентрация лекарственного средства непосредственно в очаге воспаления. Ингаляции могут применяться как в качестве монотерапии при неосложненных формах ларингита, так и совместно с другими методами лечения (системная антибактериальная терапия, физиотерапия) или в качестве симптоматической терапии, например для увлажнения слизистой оболочки гортани. Для ингаляций применяются лекарственные средства, оказывающие антибактериальное, противогрибковое, противоотечное, муколитическое, противовоспалительное действие, средства, способные повышать влажность слизистой оболочки. Ингаляционная процедура должна соответствовать определенным параметрам, таким как дисперсность аэрозоля и температурный режим. Также для повышения эффективности лечения целесообразно повторение ингаляций несколько раз в течение дня. По степени дисперсности для лечения заболеваний верхних дыхательных путей преимущественно используются среднедисперсные (5–8 мкм) и крупнодисперсные (8–10 мкм) аэрозоли. Оптимальной температурой аэрозоля считается 36–38°C. В многочисленных исследованиях доказано, что температура вдыхаемых аэрозолей серьезно влияет на мерцательный эпителий и состояние самого лекарственного вещества: при температуре вдыхаемого лекарственного препарата выше 39–40°C подавляется функция мерцательного эпителия, а выше 41°C происходит его гибель. Растворы температурой ниже 25–28°C являются холодовым раздражающим фактором. Следует также отметить, что биологическая активность многих препаратов резко снижается или даже исчезает при нагревании их до температуры выше 40°C. Тепловлажные и

паровые ингаляции на фоне острого ларингита могут быть причиной развития отека слизистой оболочки гортани со стенозированием ее просвета. В связи с этим применение данного вида ингаляций для лечения воспалительной патологии гортани в настоящее время считается нецелесообразным. В лечебной практике чаще используются компрессорные и ультразвуковые небулайзеры. В связи с тем, что терапия воспалительных заболеваний гортани требует многократных ингаляций в течение дня и процедура должна выполняться самим пациентом, целесообразнее использовать переносные ингаляционные аппараты. В ингаляционной форме вводят антибактериальные, противогрибковые средства, антисептики, ферменты, гормональные препараты, муколитики, минеральные воды, лекарственные средства растительного происхождения. Масляные ингаляции, бывшие популярными многие годы, в настоящее время практически не используются в связи с тем, что ингалируемое масло, попадая в альвеолы, способствует развитию альвеолитов и разрушению сурфактанта. Учитывая возможность развития аллергической реакции, перед началом проведения ингаляций следует тщательно собрать аллергологический анамнез. При составлении плана ингаляционной терапии следует придерживаться принципа последовательного применения препаратов с различным фармакологическим действием. К примеру, при наличии большого количества мокроты, корок на поверхности слизистой оболочки, препятствующих всасыванию ингалируемых веществ, лечение надо начинать с ингалирования муколитических средств, минеральных вод и лишь после этого, через 10–20 мин, вдыхать аэрозоли других лекарственных препаратов. Выбор схемы лечения осуществляется индивидуально в зависимости от характера, выраженности и стадии воспаления.

Лекарственные препараты, применяемые для лечения острых и обострения хронических ларингитов.

Антибактериальные препараты.

Применяются ингаляции 0,01% раствора мирамистина или 0,5% раствора диоксидина в чистом виде или в разведении с физиологическим

раствором 1 : 1. Также достаточно широко используются ингаляции с 0,05% раствором лизоцима. Высокую терапевтическую эффективность показал комбинированный антибиотик тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат (флуимуцил антибиотик), который обладает широким антимикробным спектром действия и муколитическим эффектом. Для ингаляции используется 1/2 флакона препарата на ингаляцию, 2 раза в день. Другие антибактериальные препараты, в частности антибиотики, могут применяться после проведения микробиологического исследования и определения чувствительности микроорганизмов. Длительность курса терапии в среднем составляет 5–7 дней.

Глюкокортикостероиды (ГКС) оказывают противоотечное и противовоспалительное действие. Ингаляции ГКС применяются при всех воспалительных заболеваниях гортани, особенно при заболеваниях, сопровождающихся отеком слизистой оболочки. Используются смеси суспензии гидрокортизона в концентрации 25 мг/мл или дексаметазона 1–2 мг в 5 мл физиологического раствора. Ингаляции назначают 2 раза в сутки. Длительность лечения зависит от динамики воспалительных изменений. При остром заболевании длительность лечения составляет 5–7 дней, при обострении хронических воспалительных процессов – 7–10 дней. Побочным явлением при применении этих препаратов может быть сухость слизистой оболочки гортани. В связи с этим через 10–15 мин после ингаляции лекарственной смеси показано проведение ингаляции щелочной минеральной воды или физиологического раствора.

Протеолитические ферменты – трипсин, химопсин, химотрипсин, лидаза. Аэрозоли протеолитических ферментов оказывают муколитический эффект, улучшают мукоцилиарный клиренс за счет снижения вязкости мокроты. Применение протеолитических ферментов в виде ингаляций показано при лечении ларингитов, сопровождающихся образованием корок и плотных фибринозных налетов на поверхности слизистой оболочки. Препараты разводят физиологическим раствором: химопсин – 5 мг в 1 мл, химотрипсин – 3 мг в 1 мл, трипсин – 3 мг в 1 мл. На 1 ингаляцию расходуют

3–5 мл раствора. Лидаза используется в виде раствора, содержащего 64 ЕД препарата в 5 мл физиологического раствора. Ингаляции назначают 1–2 раза в день в течение 5–7 дней.

Муколитические препараты улучшают реологические свойства мокроты, уменьшают ее вязкость и адгезивные свойства, нормализуют мукоцилиарный клиренс, оказывают антиоксидантное и противовоспалительное действие. В настоящее время наиболее часто используются препараты ацетилцистеин и амброксол. Ацетилцистеин применяется в виде 10% раствора 2–4 раза в день, по 3–9 мл на ингаляцию – в зависимости от количества и степени вязкости мокроты. Курс лечения 5–10 дней. Амброксол используется в дозировке 2–3 мл (15–22,5 мг) в 2–3 мл физиологического раствора, 1–2 раза в день на протяжении 4–5 дней.

Минеральная вода. Главными составными компонентами минеральной воды являются натрий, кальций, магний, хлор, железо, радон. Йодистый калий увеличивает количество слизи, разжижает ее. Углекислый магний усиливает секрецию слизи, углекислый натрий уменьшает секрецию слизи и разжижает ее. Солянощелочные воды уменьшают чувство сухости, кашлевое раздражение. Минеральные воды, содержащие сероводород, вызывают расширение сосудов слизистой оболочки и кратковременное повышение ее температуры. При этом активируется функция мерцательного эпителия. Применяются минеральные воды с концентрацией солей до 150 мг/л. Наилучший лечебный эффект, по нашим данным, оказывают среднеминерализованные воды: “Ессентуки” № 4 или № 17 или “Славяновская”. Для усиления муколитического эффекта и увлажнения слизистой оболочки гортани в клинической практике помимо минеральных вод успешно применяется 0,9% раствор натрия хлорида в дозе 2–3 мл на ингаляцию, 2% раствор натрия гидрокарбоната – 2–3 мл на ингаляцию. Ингаляции физиологического раствора могут применяться длительно, как симптоматическое средство при сухости слизистой оболочки гортани. Растительные препараты. В течение многих лет в терапии воспалительных заболеваний гортани успешно применяются растительные препараты,

которые оказывают противовоспалительное, бактерицидное, муколитическое действие. Для ингаляции допускаются только смеси лекарственных препаратов, разрешенные в Российской Федерации: 1) аптечная смесь: эвкалипт прутовидный (лист) 15,0, шалфей лекарственный (листья) 20,0, ромашка аптечная (цветки) 10,0, мята перечная (травы) 10,0, сосна обыкновенная (почки) 15,0, девясила высокий (корни) 20,0, тимьян обыкновенный (травы) 10,0; 2) официальная “Смесь для ингаляций”: ментол 0,71 г, настойка эвкалипта 35,7 г, глицерин 35,7 г, спирт этиловый 96° 100,0 мл. Возможно применение настоя ромашки, смеси экстракта алоэ 5 мл, эвкалипта, сока каланхоэ, подорожника, экстракта шиповника, 10% раствора белого натурального меда и др. Для уменьшения отека слизистой оболочки и секреции слизи назначают ингаляции с вяжущими веществами: отвар коры дуба, шалфея, настой травы зверобоя или цветов бессмертника. Перед применением растительных препаратов необходимо собрать аллергологический анамнез. Схема ингаляционной терапии острого катарального ларингита, обострения хронического катарального ларингита 1. Смесь: 0,01% мирамистин 2,0 мл + физиологический раствор 2,0 мл + раствор дексаметазона 0,3 мл (1,5 мг). Ингалировать 2 раза в день по 8–10 мин. 2. Раствор натрия хлорида 0,09% (5,0 мл) или минеральная вода “Ессентуки” № 4 или № 17 (5,0 мл) через 20 мин после ингаляции мирамистина и дексаметазона. При повышенной сухости слизистой оболочки гортани для ее увлажнения (особенно у лиц, профессия которых связана с активным использованием голоса) возможно применение ингаляций минеральной воды или физиологического раствора как увлажняющего средства до 5–6 раз в день. Длительность ингаляции 5–10 мин. Курс лечения 7–10 дней. 3. При сохраняющихся воспалительных явлениях после окончания курса ингаляций с антибактериальным препаратом и ГКС показаны ингаляции со “Смесью для ингаляций” 2 раза в день в течение 10 мин. Длительность курса 10 сеансов.

Схема ингаляционной терапии острого отечного ларингита, обострения хронического отечно-полипозного ларингита.

1. Дексаметазон 2 мг в смеси с 3 мл физиологического раствора 2 раза в день по 10 мин. При выраженном отеке слизистой оболочки гортани возможно увеличение дозы дексаметазона до 4 мг, применение ингаляций до 3 раз в день.

2. При сухости слизистой оболочки гортани после ингаляции ГКС – щелочная минеральная вода 5,0 мл или физиологический раствор 5,0 мл в течение 10 мин, а также в течение дня. Курс лечения при остром воспалительном процессе составляет 3–7 дней, при хроническом – 7–10 дней.

Схема ингаляционной терапии инфильтративного, флегмонозного, абсцедирующего ларингита, обострения хронического гиперпластического ларингита.

При данных формах ларингита ингаляции являются вспомогательным методом лечения. Базисную терапию составляют системная антибактериальная терапия, противовоспалительные, антигистаминные препараты, детоксикационная терапия. Ингаляции проводятся по следующей схеме. 1. При наличии фибринозного налета, корок терапию начинают с ингаляции протеолитического фермента, муколитика, щелочной минеральной воды или физиологического раствора. Используют один из перечисленных выше препаратов. Длительность ингаляции 7–8 мин. 2. Через 10 мин – раствор антисептика или комбинированного антибиотика. При выявлении грибковой флоры проводится ингаляция с противогрибковыми препаратами. Длительность ингаляции 8–10 мин.

3. Через 15–20 мин – ингаляция ГКС. Проводится 2 раза в день, длительность 5–10 мин. 4. При возникновении сухости, дискомфортных ощущений в глотке и гортани выполняют ингаляцию щелочной минеральной воды или физиологического раствора. Длительность ингаляции 8–10 мин. Курс лечения составляет 7–10 дней. При хроническом гиперпластическом ларингите после окончания курса ингаляций антибактериальными и

противовоспалительными препаратами с целью увлажнения слизистой оболочки гортани и уменьшения вязкости секрета назначают ингаляции со щелочной минеральной водой или физиологическим раствором в течение 8–10 мин от 2 до 6 раз в сутки на срок до 2–3 нед.

Схема ингаляционной терапии хронического субатрофического и атрофического ларингита

1. При наличии корок выполняется ингаляция муколитика или протеолитического фермента 2 раза в день. Длительность ингаляции 8–10 мин, затем ингаляция щелочной минеральной воды или физиологического раствора 4–6 раз в день в течение 10 дней или длительно (на срок до 3–4 нед) 2 раза в день. Длительность ингаляции 8–10 мин.

2. Ингаляция с готовой аптечной смесью лекарственных трав 2 раза в день по окончании предыдущего курса терапии, 10 дней. Длительность ингаляции 10 мин. Рекомендовано длительное, регулярное использование ингаляций со щелочной минеральной водой или физиологическим раствором 2–4 раза в сутки с целью увлажнения слизистой оболочки гортани и уменьшения вязкости секрета до ремиссии заболевания. Следует отметить, что лечение воспалительных заболеваний гортани должно быть комплексным. При планировании терапии следует учитывать индивидуальные особенности пациента: возраст, давность заболевания, степень выраженности воспалительных изменений, характер голосовой нагрузки, особенности профессиональной деятельности, наличие сопутствующей патологии. Применение ингаляционной терапии в комплексной терапии позволяет значительно повысить эффективность лечения этой категории пациентов.

При лечении хронического ларингита в первую очередь необходимо устранить причины, вызвавшие заболевание.

Для полного покоя гортани больному рекомендуется в течение 5-7 дней абсолютное молчание, а затем соблюдение «голосового режима» - нельзя кричать, нельзя говорить шепотом, говорить нормальным голосом в удобном ему регистре.

Больному хроническим ларингитом настоятельно рекомендуют прекратить курение, не употреблять алкоголь.

Необходимо также исключить острые приправы, пряности.

Полезны теплое питье (молоко, «Боржоми», из «народных» средств — молоко и шалфей).

В эмалированной кастрюле с крышкой вскипятить на маленьком огне стакан молока и 1 ст. ложку шалфея. Смесь остудить и снова прокипятить. Пить перед сном горячим, тщательно закутавшись.

Помимо этого показаны и такие процедуры: полоскание горла отваром ромашки или шалфея, теплые щелочные ингаляции, ингаляции аэрозолей антибиотиков, горчичники на область грудины или тепло на шею (повязка или согревающий компресс), полезны также масляно-щелочные ингаляции. При признаках нарушения дыхания показана отвлекающая терапия. В этом случае нужно сделать горячие ножные ванны (42-45° С на 20-30 минут), поставить горчичники на икроножные мышцы.

Если нет возможности сделать компресс, можно применить еще одно народное средство: отварить в мундире 4-5 крупных картофелин, но так, чтобы они не разварились. Разрезанный пополам картофель положить на грудь или спину, укутав. Держать, пока не остынет. [6, С.289]

Одновременно нужно лечить заболевания носа и носоглотки, поскольку дыхание через рот неблагоприятно влияет на состояние гортани.

Если причиной ларингита явился рефлюкс (заброс кислого содержимого желудка), то больного лечат совместно с врачом-

гастроэнтерологом. В этом случае необходимо лечение основного заболевания желудочно-кишечного тракта.

Пациентам, страдающим рефлюксом, рекомендуется спать с поднятым изголовьем кровати, не лежать после еды и тем более не ложиться спать раньше чем через 3-4 часа после последнего приема пищи.

При соблюдении данных рекомендаций и лечении основного заболевания излечение наступает достаточно быстро. Надо помнить, что лечить хронический ларингит лучше комплексно: используя лекарственные и физиотерапевтические средства, которые оказывают как местное, так и общее воздействие на организм. Местное лечение предусматривает вливание в гортань различных лекарственных препаратов, а также смазывание ими ее слизистой оболочки. При катаральной и гиперпластической формах используют вещества, обладающие противовоспалительным, вяжущим, смягчающим действием. Производят туширование (смазывание) гипертрофированных участков слизистой оболочки. Все эти процедуры производятся непосредственно в кабинете врача-оториноларинголога и физиотерапии.

При атрофическом ларингите местно применяют лекарственные вещества, способствующие разжижению слизи, корок, увлажнению слизистой оболочки и стимулирующие функцию ее железистого аппарата. Назначают общее курсовое лечение препаратами йода, витаминами, биостимуляторами.

Среди физических методов лечения основное место занимает ингаляционная терапия.

При проведении ингаляционной терапии необходимо соблюдение определенной последовательности применения лекарственных веществ. Наличие большого количества мокроты, корок на поверхности слизистой

оболочки препятствует всасыванию ингалируемых веществ. Лечение обычно начинают с назначения разжижающих слизь и отхаркивающих веществ. И лишь после этого назначать аэрозоли лекарственных веществ с последующим ингалированием через 20-30 минут растительных масел (шиповника, облепиховое, ретинол и др.).

У больных хроническим гипертрофическим ларингитом при наличии воспалительного компонента также показаны аэрозоли стероидных препаратов в сочетании с антибиотиками широкого спектра действия.

При гипертрофической форме ларингита наиболее эффективным физическим методом лечения является ультразвуковая терапия и ультрафонофорез кортикостероидных препаратов. Все эти процедуры производятся непосредственно в кабинете врача-оториноларинголога и физиотерапии.

Лечение больных с хроническим гипертрофическим ларингитом следует проводить поэтапно: вначале устранить воспалительные изменения, а затем применять методы, направленные на восстановление функций гортани. На заключительном этапе лечения всем больным показана речевая и вокальная фонопедия (индивидуальные занятия с фонопедом, окончательное восстановление голосовой функции).

При атрофическом ларингите назначаются крупнодисперсные тепловлажные ингаляции, щелочно-кальциевые, соленощелочные (не выше 2 %-ого раствора), щелочные смеси, минеральные воды. Одновременно с ингаляционной терапией показаны физические методы, улучшающие кровообращение, трофические и обменные процессы в тканях гортани. С этой целью назначают УВЧ-индуктотермию. Применяют дарсонвализацию области гортани. Показаны грязевые аппликации (температура — 38-42° С, продолжительность — 8-10 минут) на область гортани, на курс — 12-15 процедур.

Консервативное лечение ларингита

- Противовоспалительная терапия (местная и общая)
- Внутригортанные вливания противоотечных и противовирусных средств
- Иммуностимулирующая и гипоаллергенная терапия
- Лазеротерапия (по точкам)
- Фонопедия (занятия по восстановлению голоса)
- Психогенная реабилитация
- Общий и местный массаж
- Дыхательная гимнастика

Хирургическое лечение ларингита по показаниям: проводится удаление новообразований голосовых связок радиоволновым методом.

Восстановление голосовой функции достигается фонопедическими упражнениями. В результате этих занятий тренируется голосовой аппарат, а так же воспитываются навыки правильного голосообразования при минимальной его нагрузке. Это педагогический процесс, базирующийся на физиологии голосообразования и подчиненный основным дидактическим принципам педагогики.

Задача фонopedических занятий в том, чтобы разрушить неверные условнорефлекторные связи и создать новые физиологически правильные навыки. Осуществляется это путем воспитания координированной работы дыхания, голосообразования и артикуляции (мышечное оформление звуков речи). Процесс тренировки осуществляется комплексно. Следует тренировать все группы мышц артикуляционного и голосового аппаратов. Правильная настройка отдельных звеньев речевого аппарата – помогает четкому функционированию других звеньев. Любое упражнение, предложенное обучающемуся, должно подчиняться единым исходным принципам, каковыми являются: опора дыхания и четкая, правильная артикуляция звуков речи.

Тем не менее, наши исследования показали, что наиболее эффективным методом реабилитации голосовой функции является комплексный подход, включающий ортофонический метод. Ортофонический метод включает два этапа: подготовительный (психотерапия, физиомеханотерапевтическое воздействие на мышцы неба и задней стенки глотки, артикуляционная и дыхательная гимнастика) и основной этап (развитие высоты, длительности, силы звучания и тембра голоса, постановка певческого голоса и развитие ритмико-мелодико-интонационной стороны речи). Для восстановления голосовой функции нами был использован подготовительный этап ортофонического метода. За основу была взята методика Е.С.Алмазовой (1973), адаптированная и дополненная нами.

Для воздействия на мышцы мягкого неба и задней стенки глотки использовались фонopedические упражнения, применяемые отечественными и зарубежными специалистами, в частности педагогами по вокалу и сценической речи. Прежде всего, необходимо вызвать и запомнить ощущения открытой глотки, т.к. мягкое небо у лиц с дисфонией слегка провисает из-за пареза. Для этого применяли специальные упражнения, активизирующие движение мягкого неба. Используя пение, добивались легкости и

непринужденности звукоизвлечения, затем переносили эти навыки в речь. Важно, чтобы губы при пении не напрягались, и полностью раскрывался рот. Целесообразно использовать «жестовое пение», когда все пропеваемые гласные связываются с определенными кодовыми знаками. Когда голос звучит на опоре и не зажат, звуки сначала произносятся механически, и в них нет жизни. Поэтому необходимо уточнять артикуляцию. В ходе этой работы звуки пропеваются ниже или выше, тише или громче.

В виду того, что часто больные неправильно используют выдох, пользуются только верхним дыханием, проводились упражнения по развитию нижнереберного дыхания и нижних резонаторов (дыхательная гимнастика). Такие упражнения позволяют поставить голос на опору, снять завышенное или заниженное звучание, сформировать длительный, экономный выдох, а также увеличить емкость легких и улучшить подвижность грудной клетки. Для этой цели использовались «одышечные упражнения» и «резонаторный массаж», который укрепляет мышцы голосового аппарата, снимает напряжение гортанной мускулатуры и тренирует фонационное дыхание. С первых занятий по постановке голоса и коррекции интонации речь соединялась с движением. Во время занятий широко использовались различные двигательные упражнения и, прежде всего, движения рук.

Данный подход к реабилитации голоса применен у 32 пациентов: 4 мужчин и 28 женщин. 19 больных имели голосовую профессию. По диагнозам больные подразделялись следующим образом: гипотонусная дисфония – 14 чел., гипертонусная дисфония - 6, хронический ларингит – 5, узелки голосовых складок – 4, односторонний паралич гортани – 3. Наряду с ортофоническим методом использовалось медикаментозное лечение, физиотерапевтическое воздействие на гортань, которое определялось характером заболевания, и рефлексотерапия. Состояние голосовой функции до и после лечения оценивалось методами анкетирования, традиционного осмотра ЛОР-органов, оптической ларингоскопии, ларингостробоскопии,

определения времени максимальной фонации и спектрографии голоса. Восстановление звучного голоса отмечено у 87,5% больных. Причем все лица артистических занятий (певцы, актеры театров) сохранили свою профессию. Период реабилитации составил от 2 недель до 2 месяцев, и определялся характером заболевания и выраженностью нарушения голоса.

Заключение

Лечение больных с хроническим гипертрофическим ларингитом следует проводить поэтапно: вначале устранить воспалительные изменения, а затем применять методы, направленные на восстановление функций гортани. Больным этой формой заболевания противопоказано применение высокочастотной терапии (э. п. УВЧ, СВЧ и др.), а также светолечебных факторов (соллюкс и др.) даже в период обострения заболевания.

При гипертрофической форме ларингита наиболее эффективным физическим методом лечения является УЗ-терапия и ультрафонофорез кортикостероидных препаратов.

При восстановлении голоса целесообразно применять так называемую «щадящую» терапию. Здесь следует подчеркнуть важность проведения

массажа, который действует на мускулатуру и на слизистую оболочку гортани, регулирует кровообращение, уменьшает количество слизи.

На заключительном этапе лечения всем больным показана речевая и вокальная фонопедия.

Методика занятий при расстройствах голоса меньше всего разработана в логопедии. В последнее время над разрешением этой проблемы начали работать совместно логопеды, врачи-отоларингологи и фониатры.

В заключение, комплексный ортофонический метод, включающий психотерапию, фонопедические упражнения, дыхательную гимнастику, резонаторные массаж и одышечные упражнения, играет большую роль в реабилитации голоса. Использование его в сочетании с методиками терапевтического воздействия на гортань, позволяет достичь наилучших результатов.

В профилактике хронических ларингитов важное значение имеет закаливание организма, санация верхних и нижних дыхательных путей, у лиц голосовых профессий - правильный голосовой режим, наблюдение фониатров.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Ю.Л. Солдатский. «Заболевания гортани» 2008. стр. 20-21.
2. А.И. КРЮКОВ, д.м.н., профессор, Н.Л. КУНЕЛЬСКАЯ, д.м.н., профессор, С.Г. РОМАНЕНКО, к.м.н., О.Г. ПАВЛИХИН, к.м.н., О.В. ЕЛИСЕЕВ... «ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ» 2012. Стр. 38-41.
3. Н.Л. Кунельская, С.Г. Романенко, О.Г. Павлихин, О.В. Елисеев «Ингаляционная терапия при воспалительных заболеваниях гортани» 2011. Стр 23-27.

4. А. И. КРЮКОВ С. Г. РОМАНЕНКО О. Г. ПАВЛИХИН Е. В. ЛЕСОГОРОВА А. А. КАЗАКОВА... «ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОТЕЧНО-ПОЛИПОЗНОМ ЛАРИНГИТЕ С УЧЕТОМ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГОРТАНИ» 2014. Стр 91-93.
5. Павлов В.В., Лопатин Д.Г. «ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛАРИНГИТА» 2014. Стр 56-58.
6. Е. В. ДЕМЧЕНКО , М. Г. РОМАНЦОВ , С. С. ГРИГОРЯН, А. Л. КОВАЛЕНКО. «Циклоферон в комплексе с медикаментозными мероприятиями при хроническом ларингите». Антибиотики и химиотерапия 2013. Стр 24-31.
7. Кастыро И.В. Смыслова Т.П. Попадюк В.И. «ПРИМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ФОНОПЕДИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ЛАРИНГИТА» Журнал научных статей «Здоровье и образование в 21 веке» 2011. Стр 421.
8. И. Д. Шляга В. П. Ситников Д. Д. Редько «ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ЛАРИНГИТОВ У ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОФЛОРЫ ГОРТАНИ» 2014. Стр 85-91.
9. А.И. КРЮКОВ, д.м.н., профессор, Н.Л. КУНЕЛЬСКАЯ, д.м.н., профессор, С.Г. РОМАНЕНКО, к.м.н., О.Г. ПАВЛИХИН, к.м.н., О.В. ЕЛИСЕЕВ «ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ» 2012. Стр 38-41.