



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь при остром ларингите

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **СМП32**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

Авторы: сотрудники кафедры оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова:

- д.м.н., профессор Карпищенко Сергей Анатольевич
- д.м.н., профессор Лавренова Галина Владимировна
- к.м.н. Кучерова Любовь Рустемовна

Определение. Острый катаральный ларингит - диффузное воспаление слизистой оболочки, подслизистого слоя гортани.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
J04.0	Острый ларингит

Этиология и патогенез.

Острый ларингит сравнительно редко наблюдается как самостоятельное заболевание. Он является проявлением гриппа, аденовирусных инфекций, парагриппа, при которых в воспалительный процесс вовлекается также слизистая оболочка носа и глотки, а иногда нижних дыхательных путей. Таким образом, на первое место среди причин развития острого ларингита выходят респираторные вирусы.

Бактериальная флора (прежде всего кокковая) также может стать, причиной острого воспаления слизистой оболочки гортани. При этом она может вызвать заболевание самостоятельно или в сочетании с респираторными вирусами. Бактерии, вызывающие острый ларингит чаще являются сапрофитами, они становятся патогенными под влиянием эндогенных и экзогенных факторов. К экзогенным факторам относятся термическое раздражение гортани или организма в целом, злоупотребление табаком и алкоголем, перенапряжение голоса, воздействие пыли, пара, газов и других профессиональных вредных факторов. К эндогенным факторам относят заброс кислого содержимого желудка в гортаноглотку, нарушение обмена веществ. В возникновении острых ларингитов существенную роль играют заболевания околоносовых пазух, глотки, а также заболевания нижних дыхательных путей, сопровождающихся кашлем, раздражающим гортань.

Патоморфологические изменения сводятся к гиперемии, мелкоклеточной инфильтрации и серозному пропитыванию слизистой оболочки, подслизистого слоя, даже внутренних мышц гортани.

Клиническая картина.

Характерно острое начало заболевания, появляется сухость, першение в горле, чувство инородного тела в горле, сухой кашель, нередко судорожный, надсадный, болезненный. Повышение температуры тела может быть в том случае, когда острый ларингит сопровождается острым респираторное вирусное заболевание. Голос быстро утомляется, появляется охриплость, даже афония. Приступы кашля могут сопровождаться явлениями ларингоспазма. Обычно, через несколько дней кашель становится влажным.

Ларингоскопически определяется диффузно гиперемированная несколько отечная слизистая оболочка гортани. В просвете гортани виден вязкий секрет в виде тяжелой между складками. Нередко наблюдается неполное смыкание голосовых складок, связанное с воспалением голосовой или черпаловидной мышц. Вязкий секрет на голосовых складках также препятствует их смыканию, в этом случае после откашливания улучшается голос. В тяжелых случаях в просвете гортани образуются корки, нередко с геморрагическими включениями. Корки в просвете гортани могут привести к удушью.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Диагностика на догоспитальном этапе.

1. Сбор жалоб и анамнеза заболевания

Обязательные вопросы, которые необходимо задать при обследовании пациента:

- ✓ Как себя чувствуете?
- ✓ Какая температура тела?
- ✓ Есть ли изменения голоса (осиплость, афония)?
- ✓ Когда возникли нарушения голоса?
- ✓ На фоне чего возникла осиплость? Предшествовало этому ОРВИ?
- ✓ Отмечает затруднение глотания? Не затруднён ли приём пищи?
- ✓ Есть ли боли в горле?
- ✓ Боль ощущается при пустом глотке или при глотании твердой и/или жидкой пищи?
- ✓ Какой характер боли (острая, тупая, ноющая, приступообразная или постоянная, длительная или кратковременная, с какой стороны более выражена)?
- ✓ Есть затруднение дыхания в горизонтальном положении тела?
- ✓ Нет ли припухлости мягких тканей, инфильтратов в области подчелюстной системы?
- ✓ Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
- ✓ Купируется ли осиплость и боль в горле применяемыми лекарственными средствами?

1. Внешний осмотр пациента (выражение и симметричность лица, окраска кожных покровов)
2. Осмотр полости рта.
 - ✓ Состояние слизистой оболочки полости рта и зубочелюстной системы
 - ✓ Состояние слизистой оболочки небных дужек и мягкого неба (гиперемия, налет, язвы, отек, инфильтрация)
 - ✓ Состояние небных миндалин (гипертрофия, подвижность, характер отделяемого и наличие налета, изъязвлений)
 - ✓ Состояние слизистой оболочки задней стенки глотки (гиперемизированное выпячивание, флюктуирующее при пальпации)
1. Пальпация мягких тканей челюстно-лицевой области, регионарных подчелюстных и подподбородочных лимфатических узлов, а также лимфатических узлов шеи и надключичных областей.

Основанием для диагноза острого ларингита являются:

- Анамнез заболевания (острое начало)
- Исключение патологии глотки
- Объективное изменение голоса вплоть до афонии

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе не проводят.

Лечение на догоспитальном этапе.

Основной задачей при оказании скорой медицинской помощи пациенту с острым ларингитом на догоспитальном этапе является выявление больных с подозрением на дифтерию гортаноглотки и/или угрозой развития стеноза гортани, и их срочная доставка в стационар.

В случае повышения температуры тела выше 37,5°C (у детей свыше 38,0°C) рекомендованы жаропонижающие препараты (парацетамол внутрь взрослым и детям старше 12 лет по 0,5–1 г, и ректально детям 6–12 лет — 240–480 мг, 1–6 лет — 120–240 мг, от 3 мес до 1 года — 24–120 мг; взрослым метамизол натрия в/м или в/в (при сильных болях) — по 1–2 мл 50% или 25% раствора, или кеторолак 10 - 30 мг вводят в/м, в/в.) (D, 2+)

Дифференциальный диагноз проводится с дифтерией. При дифтерии начало заболевания постепенное, всегда есть нарушение общего состояния организма, тахикардия. При

функциональных дисфониях может наблюдаться легкая гиперемия слизистой оболочки только голосовых складок, кроме того, при наличии грубой дис- или афонии звучными остаются плач, кашель, смех.

Показания к медицинской эвакуации в стационар

- Больным с выраженными явлениями интоксикации, повышением температуры тела до 38°C и выше, ознобом, слабостью, афонией, затруднением дыхания, увеличением регионарных лимфатических узлов показана срочная медицинская эвакуация в стационар.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)

Диагностика на госпитальном этапе.

1. Сбор жалоб и анамнеза заболевания
2. Объективный осмотр включает в себя элементы догоспитального осмотра.
3. Фиброларингоскопия (гиперемированная несколько отечная слизистая оболочка гортани, гиперемия голосовых складок). (А, 1++)

Лечение на госпитальном этапе.

Объем скорой медицинской помощи на госпитальном этапе (в СтОСМП) не отличается от объема скорой медицинской помощи догоспитального этапа. В случаях, когда пациенты обращаются непосредственно в СтОСМП, им должна быть оказана скорая медицинская помощь. При необходимости для уточнения диагноза могут быть использованы диагностические возможности СтОСМП, на консультацию может быть приглашен врачоториноларинголог.

Показания к госпитализации.

- Больным с выраженными явлениями интоксикации, повышением температуры тела до 37,5°C и выше, ознобом, слабостью, афонией, затруднением дыхания, увеличением регионарных лимфатических узлов показана срочная госпитализация на профильное отделение.

Рекомендуемый список литературы:

1. Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 5th Edition 2010 | chm | 3672 pages
2. А.А. Блоцкий, С.А. Карпищенко. Неотложные состояния в оториноларингологии. – СПб.: Диалог, 2009. – 180с.
3. Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. – СПб. : Гиппократ, 2005. – 800 с: ил.
4. Богоявленский В.Ф. Диагностика и доврачебная помощь при неотложных состояниях / В.Ф Богоявленский, И.Ф. Богоявленский. – 2-е изд., испр. И доп. – СПб: Гиппократ, 1995. – 480 с. ил.
5. Ланцов А.А. Неотложная оториноларингология / А.А. Ланцов // Руководство для скорой медицинской помощи / Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. – СПб. : Невский диалект, 2001. – С. 315 – 322 с.
6. Неотложная медицина в вопросах и ответах / Под ред. К. Кениг – СПб: Питер Ком, 1998. – 512 с. – (Серия «Практическая медицина»).
7. Неотложная помощь при заболеваниях ЛОР-органов на догоспитальном этапе / В.И. Линьков [и др.]. – СПб. : СПбМАПО, 2000. -18 с.
8. Оториноларингология: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В.Деева. – К.: ВСИ «Медицина», 2010. – 496с.
9. Рябова М.А., Немых О.В. Хронический ларингит: принципы патогенетического лечения. – СПб, 2010. – 140 с.
10. Рябова М.А., Немых О.П. Хронический ларингит. СПб.-«Диалог», 2010.-133с
11. Сумин С.А. Неотложные состояния. / 5-е изд., переработанное и дополненное. – Москва: 000 «Медицинское информационное агентство», 2005. – 752 с.: ил.

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок

1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
А	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные,

	как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+