

Клинические рекомендации

Острый ларингит

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: J04.0, J04.2, J38.6

Возрастная группа: дети/взрослые

Год утверждения: **2020**

Разработчик клинической рекомендации:

- Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов
- Союз педиатров России

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений.....	4
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	10
2.1 Жалобы и анамнез	10
2.2 Физикальное обследование.....	10
2.3 Лабораторная диагностические исследования	12
2.4 Инструментальные диагностические исследования	12
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	13
3.1 Консервативное лечение.....	13
3.2 Хирургическое лечение	15
3.3. Иное лечение.....	16
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	17
6. Организация медицинской помощи	17
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	17
Критерии оценки качества медицинской помощи	18

Список литературы.....	19
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	21
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	23
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	26
Приложение А3.1 Расшифровка примечаний.....	27
Приложение А3.2 Методики проведения трахеостомии и коникотомии	27
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	30
Приложение В. Информация для пациентов	31
Приложение Г1 - ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях	32

Список сокращений

ОЛ – острый ларингит

ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция

КТ – компьютерная томография

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

РКИ – рандомизированные клинические исследования

Термины и определения

Острый ларингит (ОЛ) – острое воспаление слизистой оболочки гортани [1].

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Острый ларингит (ОЛ) – острое воспаление слизистой оболочки гортани [1].

Абсцедирующий или флегмонозный ларингит – острый ларингит с образованием абсцесса, чаще на язычной поверхности надгортанника или на черпалонадгортанных складках; проявляется резкими болями при глотании и фонации, иррадирующими в ухо, повышением температуры тела, наличием плотного инфильтрата в тканях гортани.

Острый хондроперихондрит гортани – острое воспаление хрящей гортани, т.е. хондрит, при котором воспалительный процесс захватывает надхрящницу и окружающие ткани.

Острый подскладочный ларингит (круп) – воспалительный процесс со специфической клинической картиной, локализацией в области подголосового пространства с субхордальным отеком слизистой оболочки, затруднением дыхания и одышкой [2].

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Острое воспаление слизистой оболочки гортани может являться продолжением катарального воспаления слизистой оболочки носа или глотки или возникать при остром катаре верхних дыхательных путей, респираторной вирусной инфекции, гриппе. Обычно острый ларингит составляет симптомокомплекс острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) (гриппа, парагриппа, аденовирусной инфекции), при которой в воспалительный процесс вовлечена также слизистая оболочка носа и глотки, а иногда и нижних дыхательных путей (bronхи, легкие). Известно, что микрофлора, колонизирующая нестерильные отделы дыхательных путей, в том числе в гортани, представлена сапрофитными микроорганизмами, практически никогда не вызывающими заболеваний у человека и условно-патогенными бактериями, способными при неблагоприятных для микроорганизма условиях вызывать гнойное воспаление.

К микроорганизмам, являющимся основными возбудителями острых форм ларингита, относятся *S.pneumoniae* (20-43%) и *H.influenzae* (22-35%). Кроме того, довольно часто высеваются *Moraxella catarrhalis* (2-10%), различные виды стрептококков

и стафилококков, значительно реже – представители родов *Neisseria*, *Corynebacterium* и др. Необходимо также учитывать тот факт, что, как при острых, так и при хронических формах инфекции ЛОР-органов, микроорганизмы могут высеваться в виде монокультуры или в различных ассоциациях.

В патогенезе развития острого отека гортани большую роль играют анатомические особенности строения слизистой оболочки гортани. Значение имеет нарушение лимфооттока и местного водного обмена. Отек слизистой оболочки может возникнуть в любом отделе гортани и быстро распространиться на другие, вызывая острый стеноз гортани и угрожая жизни пациента. Причины, вызывающие острое воспаление слизистой оболочки гортани разнообразны: инфекционный фактор, наружная и внутренняя травма шеи и гортани, в том числе ингаляционные поражения, попадание инородного тела, аллергия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Значение имеет также большая голосовая нагрузка. Возникновению воспалительной патологии гортани способствуют хронические заболевания бронхолегочной системы, носа, околоносовых пазух, нарушения обмена веществ при сахарном диабете, гипотиреоз или заболевания желудочно-кишечного тракта, хроническая почечная недостаточность, патология разделительной функции гортани, злоупотребление спиртными напитками и табаком, перенесенная лучевая терапия [3, 4].

Возможно развитие ангионевротического отека гортани наследственного или аллергического генеза.

Невоспалительный отек гортани может возникнуть как местное проявление при различных формах сердечной недостаточности, заболеваниях печени, почек, венозном застое, опухолях средостения.

Специфические (вторичные ларингиты развиваются при туберкулезе, сифилисе, инфекционных (дифтерии), системных заболеваниях (гранулематоз Вегенера, ревматоидный артрит, амилоидоз, саркоидоз, полихондрит и др.), а также при заболеваниях крови).

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Точная распространенность острого ларингита неизвестна, так как многие пациенты часто лечатся самостоятельно лекарственными препаратами, либо используют народные средства лечения ларингита и не обращаются за медицинской помощью. Чаще всего заболевают люди от 18 до 40 лет, однако заболевание может встречаться в любом возрасте.

Наиболее высокая заболеваемость острым ларингитом отмечена у детей в возрасте от 6 месяцев до 2 лет. В этом возрасте его наблюдают у 34% детей с острым респираторным заболеванием.

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

J04.0 – Острый ларингит.

J04.2 – Острый ларинготрахеит.

J38.6 – Стеноз гортани.

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По форме острого ларингита:

- катаральный;
- отечный;
- флегмонозный (инфильтративно-гнойный):

- инфильтративный,

- абсцедирующий;

- острый подскладочный ларингит.

По характеру возбудителя:

- бактериальный;
- вирусный;
- грибковый;
- специфический.

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Основными симптомами острого ларингита являются острая боль в горле, охриплость или осиплость голоса (дисфония), кашель, возможны затруднение дыхания, ухудшение общего самочувствия. Для острых форм характерно внезапное начало заболевания при общем удовлетворительном состоянии или на фоне небольшого недомогания. Температура тела остается нормальной или повышается до субфебрильных цифр при катаральном остром ларингите. Фебрильная температура, как правило, отражает

присоединение воспаления нижних дыхательных путей или переход катарального воспаления гортани во флегмонозное.

Для инфильтративных и абсцедирующих форм острого ларингита характерны сильные боли в горле, нарушение глотания, в том числе жидкости, выраженная интоксикация, нарастающая симптоматика стеноза гортани. Выраженность клинических проявлений напрямую коррелирует с тяжестью воспалительных изменений. Общее состояние пациента становится тяжелым. При отсутствии адекватной терапии возможно развитие флегмоны шеи, медиастинита, сепсиса, абсцедирующей пневмонии и стеноза гортани. В этих случаях независимо от причины, вызывающей острый стеноз гортани, клиническая картина его однотипна и обусловлена степенью сужения дыхательных путей. Резко выраженное отрицательное давление в средостении при напряженном вдохе и нарастающее кислородное голодание вызывают симптомокомплекс, который заключается в появлении шумного дыхания, изменении ритма дыхания, западении надключичных ямок и втяжении межреберных промежутков, вынужденном положении больного с запрокинутой головой, опущении гортани при вдохе и подъеме при выдохе [3].

Для острого подскладочного ларингита (Острый обструктивный ларингит (круп)) характерны лающий кашель, осиплость голоса и инспираторная одышка (подробнее см. клинические рекомендации «Острый обструктивный ларингит [круп] и эпиглоттит»).

При неполной обструкции гортани возникает шумное дыхание – стрidor, обусловленный колебаниями надгортанника, черпаловидных хрящей, частично голосовых связок при интенсивном турбулентном прохождении воздуха через суженные дыхательные пути согласно закону Бернулли. При доминировании отека тканей гортани наблюдается свистящий звук, при нарастании гиперсекреции – хриплое, kloкочущее, шумное дыхание. В терминальной стадии стеноза дыхание становится все менее шумным за счет уменьшения дыхательного объема.

Инспираторный характер одышки возникает при сужении гортани в области голосовых складок или над ними и характеризуется шумным вдохом с втяжением податливых мест грудной клетки. Стенозы ниже уровня голосовых складок характеризуются экспираторной одышкой с участием в дыхании вспомогательной мускулатуры. Стеноз гортани в области подголосового отдела обычно проявляется смешанной одышкой.

У пациентов с обструкцией гортани воспалительным инфильтратом при абсцессе надгортанника на фоне острого болевого симптома первыми появляются жалобы на невозможность глотания, что связано с ограничением подвижности надгортанника и

отеком задней стенки гортани, затем по мере прогрессирования заболевания появляется затруднение дыхания. Обструкция голосовой щели может наступить очень быстро, что требует от врача экстренных мер для спасения жизни больного.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

2.1 Жалобы и анамнез

См. раздел «1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)»

2.2 Физикальное обследование

При физикальном обследовании пациентов с подозрением на острый ларингит следует обратить внимание на наличие/отсутствие симптомов дыхательной недостаточности.

Главным симптомом острой дыхательной недостаточности является одышка. В зависимости от тяжести одышки выделяют следующие ее степени:

I степень дыхательной недостаточности – одышка возникает при физической нагрузке;

II степень – одышка возникает при малых физических нагрузках (неспешная ходьба, умывание, одевание);

III степень – одышка в покое.

По клиническому течению и величине просвета дыхательных путей различают четыре стадии стеноза гортани:

1. Стадия компенсации, которая характеризуется отсутствием одышки в покое, при ходьбе одышка появляется. Просвет голосовой щели составляет 6-8 мм или сужение просвета трахеи на 1/3.

2. Стадия субкомпенсации – при этом появляется инспираторная одышка с включением в акт дыхания вспомогательных мышц при физической нагрузке, отмечается втяжение межреберных промежутков, мягких тканей яремной и надключичных ямок, стридорозное (шумное) дыхание, бледность кожных покровов, артериальное давление

остается нормальным или повышенным, голосовая щель 3-4 мм, просвет трахеи сужен на $\frac{1}{2}$ и более.

3. Стадия декомпенсации. Дыхание при этом поверхностное, частое, резко выражен стридор. Вынужденное положение сидя. Гортань совершает максимальные экскурсии. Лицо становится бледно-синюшным, отмечается повышенная потливость, акроцианоз, пульс учащенный, нитевидный, артериальное давление снижено. Голосовая щель 2-3 мм, щелевидный просвет трахеи.

4. Асфиксия – дыхание прерывистое или совсем прекращается. Голосовая щель и/или просвет трахеи 1 мм. Резкое угнетение сердечной деятельности. Пульс частый, нитевидный, нередко не прощупывается. Кожные покровы бледно-серые за счет спазма мелких артерий. Отмечается потеря сознания, экзофтальм, непроизвольное мочеиспускание, дефекация, остановка сердца [5].

Острое начало заболевания с быстрым прогрессированием симптомов стеноза усугубляет тяжесть состояния пациента, поскольку за короткое время не успевают развиться компенсаторные механизмы. Это необходимо учитывать при определении показаний для экстренного хирургического лечения.

При ограниченной форме изменения наблюдаются главным образом на голосовых складках, в межчерпаловидном или подскладочном пространстве. На фоне гиперемии слизистой оболочки гортани и голосовых складок видны расширенные поверхностные кровеносные сосуды и слизистый или слизисто-гнойный секрет.

При диффузной форме острого ларингита определяются сплошная гиперемия и отечность всей слизистой оболочки гортани различной степени выраженности. При фонации наблюдается неполное смыкание голосовых складок, голосовая щель при этом имеет линейную или овальную форму.

При остром ларингите, развивающемся на фоне гриппа или ОРВИ, при ларингоскопии видны кровоизлияния в слизистую оболочку гортани: от петехиальных до небольших размеров гематом (так называемый геморрагический ларингит) [6].

При остром подскладочном ларингите в ходе ларингоскопии выявляется отечность слизистой оболочки подголосовой полости в виде гиперемированных валиков под свободным краем голосовых складок [2].

Появление в гортани фибринозного налета белого и беловато-желтого цвета – признак перехода заболевания в более тяжелую форму – фибринозный ларингит, а налет серого или бурого цвета может являться признаком дифтерии.

2.3 Лабораторная диагностические исследования

- Рекомендовано проведение общего клинического обследования, включающего Общий (клинический) анализ крови развернутый (появление воспалительной реакции: лейкоцитоз, повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ), общий (клинический) анализ мочи при госпитализации [7].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Стандартное лабораторное обследование при госпитализации [8].*

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендовано проведение видеоларингоскопии/ фиброларингоскопии после купирования острых явлений, если голосовая функция не восстановлена с целью установления причины дисфонии. Исследования позволяют определить характер патологического процесса, его локализацию, уровень, протяженность и степень сужения просвета дыхательных путей [7,9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии:

Исследование показано, как правило, если дисфония сохраняется более 2 недель (дольше времени естественного разрешения острого ларингита).

У взрослых пациентов возможно проведение ларингоскопии (с помощью гортанного зеркала).

Для картины острого ларингита характерна гиперемия, отек слизистой оболочки гортани, усиление сосудистого рисунка. Голосовые складки, как правило, розовые или ярко-красные, утолщены, голосовая щель при фонации овальная или линейная со скоплением мокроты. При остром ларингите в воспалительный процесс может быть вовлечена слизистая оболочка подскладкового отдела гортани. При подскладковом ларингите диагностируется валикообразное утолщение слизистой оболочки подголосового отдела гортани. Если процесс не связан с интубационной травмой, его выявление у взрослых требует срочной дифференциальной диагностики с системными заболеваниями и туберкулезом. При инфильтративном ларингите определяют значительную инфильтрацию, гиперемию, увеличение в объеме и нарушение подвижности пораженного отдела гортани. Часто видны фибринозные налеты, в месте формирования абсцесса просвечивает гнойное содержимое. При тяжелой форме ларингита и хондроперихондрите гортани характерны болезненность при пальпации,

нарушение подвижности хрящей гортани, возможна инфильтрация и гиперемия кожных покровов в проекции гортани, на фоне болевого синдрома и клиники общей гнойной инфекции. Абсцесс надгортанника выглядит как шаровидное образование на его язычной поверхности с просвечивающим гнойным содержимым с выраженным болевым синдромом и нарушением глотания.

2.5. Иные диагностические исследования

- Рекомендовано проведение рентгенографии гортани и трахеи и компьютерной томографии (КТ) придаточных пазух носа, гортани пациентам со стенозом гортани при необходимости уточнения тяжести воспалительного процесса и дифференциальной диагностики со злокачественными новообразованиями и папилломатозом гортани [7, 16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *исследование позволяет уточнить тяжесть воспалительного процесса и провести дифференциальную диагностику со злокачественным новообразованием (ЗНО), папилломатозом гортани [7].*

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Консервативное лечение

- Рекомендовано проведение системной антибактериальной терапии только при наличии доказанной бактериальной инфекции или серьезных подозрениях на бактериальную этиологию процесса [7, 9, 16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Системная антибактериальная терапия при остром ларингите также назначается при отсутствии эффекта от местной антибактериальной и противовоспалительной терапии в течение 4–5 дней, при присоединении гнойной экссудации и воспаления нижних дыхательных путей [10].*

*Проведение антибиотикотерапии в амбулаторных условиях является непростой задачей, поскольку нерациональный выбор «стартового» противомикробного препарата системного действия затягивает течение гнойной инфекции, приводит к развитию гнойных осложнений. Антимикробная терапия острого ларингита при выраженных воспалительных явлениях назначается эмпирически – амоксициллин+[клавулановая кислота]**, макролиды, взрослым – фторхинолоны. Цель антибиотикотерапии не*

только купирование острого воспаления в гортани, но и профилактика развития гнойно-септических осложнений.

- Не рекомендовано рутинное проведение местной противовоспалительной, антибактериальной и другой терапии всем пациентам с установленным диагнозом ОЛ, так как, в большинстве случаев, заболевание развивается на фоне острой вирусной инфекции и разрешается самостоятельно в течение 1-2 недель [7, 9, 10, 11, 12, Reiter R, Hoffmann ТК, Pickhard A, Brosch S. Hoarseness-causes and treatments. Dtsch Arztebl Int. 2015 May 8;112(19):329-37. doi: 10.3238/arztebl.2015.0329].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

- Рекомендовано рассмотреть внутриларингеальные вливания препаратов группы кортикостероиды системного действия или ингаляторное применение глюкокортикоидов (для ингаляционного применения) через небулайзер коротким курсом как метод однократной быстрой помощи взрослым, голос которых является рабочим инструментом (ограниченный круг пациентов, например, певцов) [9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: исследований, касающихся точных дозировок и лекарственных форм до настоящего времени не проводилось [9, Cohen, SM, Kim, J, Roy, N. Prescribing patterns of primary care physicians and otolaryngologists in the management of laryngeal disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;149:118-125, Govil, N, Rafii, BY, Paul, BC. Glucocorticoids for vocal fold disease: a survey of otolaryngologists. *J Voice.* 2014;28:82-87, Cohen SM, Kim J, Roy N, Asche C, Courey M. Direct health care costs of laryngeal diseases and disorders. *Laryngoscope.* 2012 Jul;122(7):1582-8. doi: 10.1002/lary.23189. Epub 2012 Apr 27. PMID: 22544473, Rafii B, Sridharan S, Taliercio S, Govil N, Paul B, Garabedian MJ, Amin MR, Branski RC. Glucocorticoids in laryngology: a review. *Laryngoscope.* 2014 Jul;124(7):1668-73. doi: 10.1002/lary.24556. Epub 2014 Jan 28. PMID: 2447444].

Следует помнить, что длительное применение глюкокортикостероидов (ингаляционно) может привести к развитию дисфонии за счет атрофии слизистой оболочки дыхательных путей.

Данные препараты не применяются без предварительной ларингоскопии [9].

- Рекомендовано рассмотреть проведение ингаляторного введения лекарственных препаратов и кислорода или ингаляторного введения лекарственных препаратов через небулайзер пациентам с установленным диагнозом ОЛ при наличии показаний [4, 5, 6, 9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: В большинстве случаев острый ларингит на фоне респираторной вирусной инфекции разрешается самостоятельно.

Традиционно кроме глюкокортикоидов (для ингаляционного применения) через небулайзер, применяются эндоларингеальные вливания средств, обладающих противомикробным действием (используются эритромицин, грамицидин С, стрептомицин**, амоксициллин + [клавулановая кислота]**) [7, 10].

Убедительной доказательной базы для эндоларингеальных вливаний нет. Кроме того, при остром ларингите используются щелочные ингаляции для устранения сухости слизистой оболочки гортани. Продолжительность ингаляции обычно составляет 10 мин 3 раза в день. Щелочные ингаляции могут использоваться несколько раз в день для увлажнения слизистой оболочки дыхательных путей [4, 5,].

В случае если ларингит или стеноз гортани вызваны аллергической реакцией – необходимо руководствоваться клиническими рекомендациями «Анафилактический шок» и «Крапивница и ангиоотек», при крупе или эпиглоттите – клиническими рекомендациями «Острый обструктивный ларингит [круп] и эпиглоттит».

3. 2 Хирургическое лечение

- Не рекомендовано проведение хирургического лечения при неосложненном течении ОЛ [13,16,17].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендовано проведение экстренных хирургических вмешательств при осложненных формах ОЛ [7, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: При осложнениях в виде флегмоны шеи или медиастинита проводят комбинированное хирургическое лечение наружным и эндоларингеальным доступом.

- Рекомендовано постановка постоянной трахеостомы или инструментальной коникотомии при клинической картине острого отечно-инфильтративного ларингита, эпиглоттита, абсцесса боковой стенки глотки, отсутствии эффекта от консервативного лечения и нарастании симптомов стеноза гортани (методика проведения трахеостомии представлена в Приложении Г) [6, 16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *информацию по диагностике и терапии крупа, эпиглоттита и др. заболеваний см. в соответствующих клинических рекомендациях*

3.3 Иное лечение

- Рекомендовано рассмотреть назначение осмотра (консультации) врача-физиотерапевта пациентам с установленным диагнозом ОЛ при тяжелом и средне-тяжелом течении [7].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Хороший терапевтический эффект дает лазерная терапия – лазерное излучение видимого красного диапазона спектра (0,63-0,65 мкм) в непрерывном режиме с зеркальной насадкой D 50 мм (зеркально-контактный способ воздействия).*

- Не рекомендовано рутинное применение препарата гомеовокс пациентам с острым ларингитом, возможно рассмотреть его назначение при остром ларингите вирусной этиологии у детей с 6 лет и взрослых [18] **Уровень убедительности рекомендаций С**

(уровень достоверности доказательств – 5)

и лицам с голосоречевыми профессиями с острым ларингитом [19] **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)** для улучшения голосовой функции.

Комментарии: *Доказательная база по эффективности назначения данных препаратов в настоящее время недостаточна. Имеющиеся исследования проведены на небольших группах пациентов, без плацебо-контроля и ослепления. Зафиксировано более быстрое улучшение голосовой функции по ряду параметров у пациентов, получавших гомеовокс, при этом в сроки, при которых происходит естественное разрешение острого ларингита выздоровление наступало как в группах, получавших гомеовокс, так и не получавших его.*

- Рекомендовано соблюдение лечебно-охранительного режима всем пациентам с установленным диагнозом ОЛ [7, 16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *необходимо помнить, что для любого воспалительного заболевания гортани необходимо создать охранительный режим (голосовой режим), рекомендовать больному разговаривать немного и тихим голосом, но не шепотом, когда напряжение мышц гортани повышается. Необходимо также прекратить прием острой, соленой, горячей, холодной пищи, спиртных напитков, курение. В стадии реконвалесценции и в тех случаях, когда напряженная фонация является одним из этиопатогенетических факторов при развитии*

гипотонусных расстройств голосовой функции в исходе воспаления, показана фонопедия и стимулирующая терапия [16].

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

- Рекомендовано наблюдение врача-оториноларинголога, специализирующегося в области фониатрии пациентам голосовых профессий после перенесенного ОЛ до полного восстановления голоса [4, 7, 19].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии:

Сроки нетрудоспособности зависят от профессии пациента: у лиц голосовых профессий они удлиняются до восстановления голосовой функции. Неосложненный острый ларингит разрешается в течение 7-14 дней; инфильтративные формы – около 14 дней.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Профилактика хронизации воспалительного процесса гортани заключается в своевременном лечении острого ларингита, повышении сопротивляемости организма, лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, инфекционных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей, отказе от курения, соблюдении голосового режима.

6. Организация медицинской помощи

Пациенты с острым ларингитом без стеноза гортани на фоне острой респираторной вирусной инфекции не требуют госпитализации.

Показания для экстренной госпитализации в стационар: острая дыхательная недостаточность (более чем I степени) (см. клинические рекомендации «Острый обструктивный ларингит [круп] и эпиглоттит»).

Показания к выписке пациента из медицинской организации: отсутствие острой дыхательной недостаточности.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

При развитии острого ларингита необходимо ограничение голосовой нагрузки. Запрещен прием горячей, холодной и острой пищи, спиртных напитков, курение, паровые

ингаляции. Показано постоянное увлажнение воздуха в помещении с помощью специальных увлажнителей, прием противовирусных препаратов.

При неосложненных формах ларингита прогноз благоприятный, при осложненных формах с развитием стеноза гортани своевременная специализированная помощь и хирургическое лечение помогут спасти жизнь пациенту.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1.	Проведена видеоларингоскопия/ фибrolарингоскопия (у взрослых – возможно- ларингоскопия) после купирования острых явлений, если голосовая функция не восстановлена с целью установления причины дисфонии	5	C
2.	Проведена рентгенография гортани и трахеи и компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани пациентам со стенозом гортани при необходимости уточнения тяжести воспалительного процесса и дифференциальной диагностики со злокачественными новообразованиями и папилломатозом гортани	5	C
3.	Пациентам с установленным диагнозом острого ларингита назначено соблюдение лечебно- охранительного режима	5	C

Список литературы

1. Василенко Ю.С. Диагностика и терапия ларингита, связанного с гастроэзофагеальным рефлюксом / Рос. оториноларингология. 2002. - №1. - С.95-96.
2. Богомилский М. Р., Чистякова В. Р. Детская оториноларингология. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2014. С. 624.
3. Дайняк Л. Б. Особые формы острых и хронических ларингитов / Вестник оториноларингологии. 1997. - №5. - С.45.
4. Василенко Ю.С., Павлихин О.Г., Романенко С.Г. Особенности клинического течения и лечебная тактика при острых ларингита у профессионалов голоса. / Наука и практика в оториноларингологии: Материалы III Российской научно-практической конференции. М., 2004. - С.122-123.
5. Крюков А.И., Романенко С.Г., Палихин О.Г., Елисеев О.В. Применение ингаляционной терапии при воспалительных заболеваниях гортани. Методические рекомендации. М., 2007. 19 с.
6. Klassen T.P., Craig W.R., Moher D., Osmond M.H., Pasterkamp H., Sutcliffe T. et al. Nebulized budesonide and oral dexamethasone for treatment of croup: a randomized controlled trial // JAMA. – 1998; 279:1629-1632.
7. Романенко С.Г. Острый и хронический ларингит, Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.Т. Пальчуна. - М. - :ГЭОТАР-Медиа, 2012 – С. 541-547.
8. Carding P. N., Sellars C., Deary I. J. et al. Characterization of effective primary voice therapy for dysphonia / J. Laryngol. Otol. 2002. - Vol. 116, № 12. - P. 1014-1018.
9. Stachler RJ, Francis DO, Schwartz SR, Damask CC, Digoy GP, Krouse HJ, McCoy SJ, Ouellette DR, Patel RR, Reavis CCW, Smith LJ, Smith M, Strode SW, Woo P, Nnacheta LC. Clinical Practice Guideline: Hoarseness (Dysphonia) (Update). Otolaryngol Head Neck Surg. 2018 Mar;158(1_suppl): S1-S42.
10. Стречунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. – М.: Боргес, 2002: 211-219.
11. Spurling GK1, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R, Farley R. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections Cochrane Database Syst Rev. 2017 Sep 7;9:CD004417. Published 2017 Sep 7. doi:10.1002/14651858.CD004417.pub5,
12. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(6):CD000247. Published 2013 Jun 4. doi:10.1002/14651858.CD000247.pub3,
13. Lesperance M.M. Zaezal G.H. Assesment and managment of laryngotracheal stenosis. / Pediatric Clinics of North Amrica.-1996.-Vol.43, №6. P. 1413-1427.
14. Cicardi M, Suffritti C, Perego F, Caccia S. Novelties in the Diagnosis and Treatment of Angioedema. J Investig Allergol Clin Immunol. 2016;26(4):212-21,
15. Depetri F, Tedeschi A, Cugno M. Angioedema and emergency medicine: From pathophysiology to diagnosis and treatment. Eur J Intern Med. 2019 Jan;59:8-13
16. Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.Т. Пальчуна. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2012. 656 с.

17. Дайхес Н.А, Быкова В.П., Пономарев А.Б, Давудов Х.Ш. Клиническая патология гортани. Руководство-атлас. - М. - Медицинское информационное агентство. 2009.- С.160.
18. Карнеева О.В., Рязанцев С.В., Радциг Е.Ю., Ким И.А. Возможности клинической гомеопатии в комплексной терапии острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Методические рекомендации. М., С-П., 2017.40 с.
19. Степанова Ю.Е., Готовяхина Т.В., Корнеенков А.А., Корень Е.Е. Комплексное лечение дисфоний у лиц голосоречевых профессий. Вестник оториноларингологии. - 2017.-№3.- С.48-53.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Богомильский М.Р., д.м.н., профессор, член-корр. РАН, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует;
2. Карнеева О.В., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует;
3. Ким И.А., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует;
4. Рязанцев С.В., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует;
5. Свистушкин В.М., д.м.н., профессор член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует;
6. Гуров А.В., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует;
7. Гаращенко Т.И., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует;
8. Баранов К.К. к.м.н., конфликт интересов отсутствует;
9. Поляков Д.П., к.м.н., член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует;
10. Сапова К.И., член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует.
11. Баранов А.А. академик РАН, профессор, д.м.н., почетный Президент Союза педиатров России, советник руководителя НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН, главный внештатный специалист педиатр Минздрава России
12. Намазова-Баранова Л.С., академик РАН, профессор, д.м.н., Президент Союза педиатров России; паст-президент ЕРА/UNEPSA; руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН, заведующая кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России

13. Зеленкова И.В., Заведующий дневным стационаром оториноларингологии и сурдологии, старший научный сотрудник, врач-оториноларинголог, НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН член Союза педиатров России, конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-оториноларингологи.
2. Врачи-терапевты.
3. Врачи-педиатры.
4. Врачи-аллергологи-иммунологи.
5. Врачи общей практики (семейные врачи).
6. Врачи-инфекционисты.
7. Студенты медицинских ВУЗов.
8. Обучающиеся в ординатуре.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющиеся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»

5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов
---	---

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

1. Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 года № 905н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология».
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 1654н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при острых назофарингите, ларингите, трахеите и острых инфекциях верхних дыхательных путей легкой степени тяжести».
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 ноября 2012 г. № 798н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при острых респираторных заболеваниях средней степени тяжести».
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. N 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи";
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от от 05.05.2012 N 521н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями"
6. Государственный реестр лекарственных средств: <https://grls.rosminzdrav.ru>
7. Приказ МЗ РФ от 20 декабря 2012г. № 1183н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».
8. Приказ МЗ РФ от 23 июля 2010 г. № 541н. Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения.
9. Федеральный закон от 25.12.2018 № 489 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций».
10. Приказ Минздрава России № 103н от 28.02.2019 г. «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы

клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации».

11. Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".

12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 января 2019 г. № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»

Приложение А3.1 Расшифровка примечаний

** – лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2020 год (Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 № 2406-р)

– применение off-label – вне зарегистрированных в инструкции лекарственного средства показаний осуществляется по решению врачебной комиссии, с разрешения Локального этического комитета медицинской организации (при наличии), с условием подписанного информированного согласия родителей (законного представителя) и пациента в возрасте старше 15 лет.

Приложение А3.2 Методики проведения трахеостомии и коникотомии

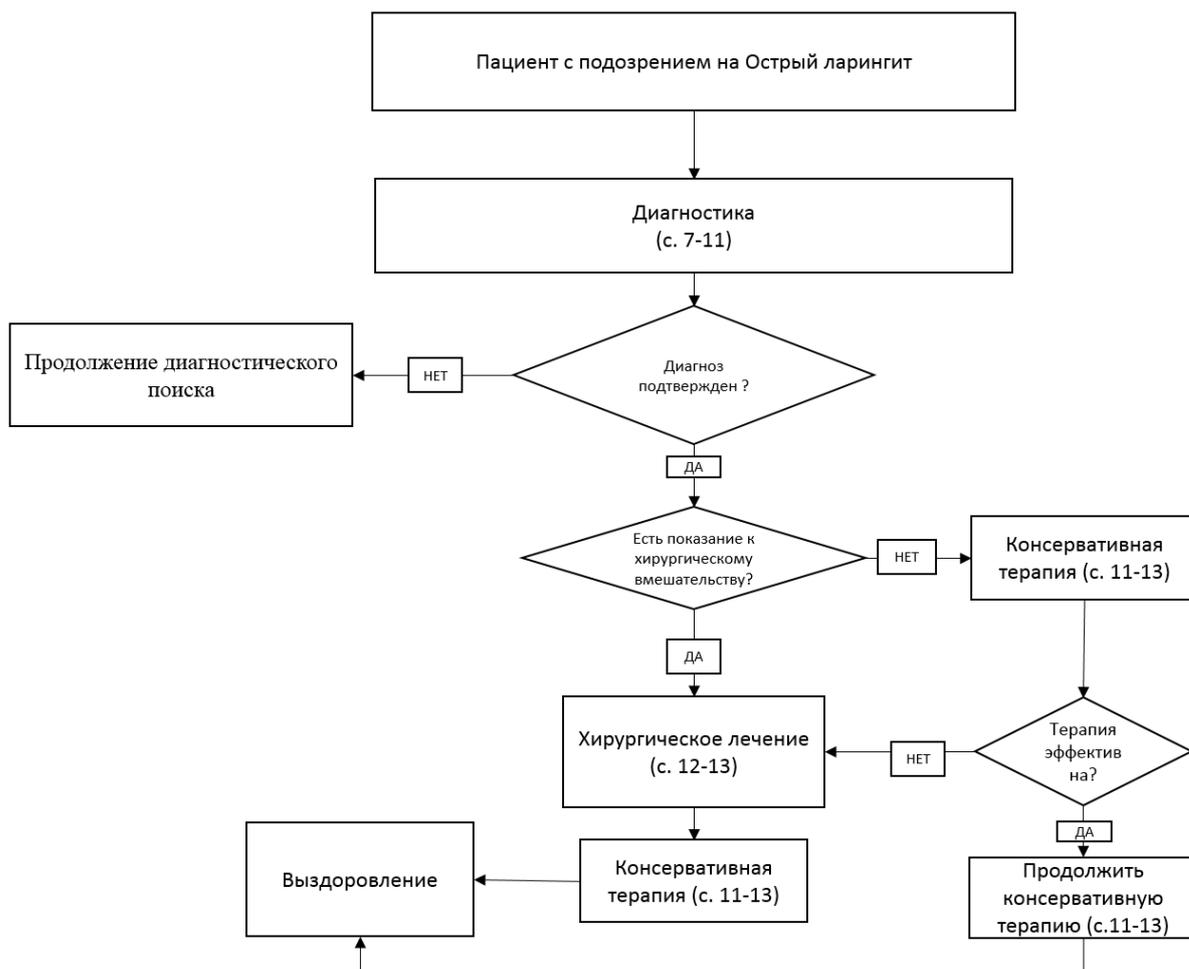
Срочная трахеостомия должна выполняться с тщательным соблюдением хирургической техники и соответствовать принципам максимальной сохранности элементов трахеи. Операция проводится под местным обезболиванием 20-30 мл 0,5% *прокаин*** или 10-15 мл 1% *лидокаин*** под кожу шеи. Стандартная укладка с валиком под плечи не всегда возможна из-за резкого затруднения дыхания. В этих случаях операция проводится в полусидячем положении. Срединным продольным разрезом рассекается кожа и подкожная жировая клетчатка от уровня дуги перстневидного хряща до яремной вырезки грудины. Послойно строго по средней линии рассекается поверхностная фасция шеи. Грудинно-подъязычные мышцы раздвигаются тупым путем по средней линии (белая линия шеи). Обнажается перстневидный хрящ и перешеек щитовидной железы, который, в зависимости от размеров, смещается кверху или книзу. После этого выделяется передняя стенка трахеи. Не следует выделять трахею на большом

протяжении, особенно ее боковые стенки, т.к. при этом существует вероятность нарушения кровоснабжения этого участка трахеи и повреждение возвратных нервов. У пациентов с нормальной анатомией шеи перешеек щитовидной железы обычно смещается кверху. У больных с толстой, короткой шеей и загрудинным расположением щитовидной железы перешеек путем поперечного рассечения плотной фасции у нижнего края дуги перстневидного хряща мобилизуется и смещается книзу за грудину. При невозможности смещения перешейка щитовидной железы он пересекается между двумя зажимами и обшивается синтетическими рассасывающими нитями на атравматической игле. Трахея вскрывается продольным разрезом от 2 до 4 полукольца трахеи после анестезии слизистой оболочки трахеи 1-2 мл *лидокаин*** 10% р-ра пробы со шприцом (свободное прохождение воздуха по игле). Если позволяет ситуация, то формируется стойкая трахеостома на уровне 2-4 полукольца трахеи. Величина разреза трахеи должна соответствовать размеру трахеостомической канюли. Увеличение длины разреза может привести к развитию подкожной эмфиземы, а уменьшение – к некрозу слизистой оболочки и прилегающих хрящей трахеи. В просвет трахеи вводится трахеостомическая канюля. Предпочтительно использовать трахеостомические трубки из термопластических материалов. Основное отличие этих трубок заключается в том, что анатомический изгиб трубки позволяет максимально уменьшить риск развития осложнений, связанных с раздражением, вызываемым соприкосновением дистального конца трубки со стенкой трахеи. Трахеостома остается до восстановления дыхания через естественные пути. Сразу же после окончания операции выполняется санационная фибробронхоскопия, чтобы избежать обтурации просвета трахеи и бронхов сгустками крови, попавшими туда во время проведения операции.

В ургентных ситуациях при декомпенсации стеноза для обеспечения дыхания больному проводится экстренная коникотомия. Больной укладывается на спину, под лопатки подкладывается валик, голова запрокидывается назад. Пальпаторно находится коническая связка, расположенная между щитовидным и перстневидным хрящами. В условиях асептики, после проведения местного обезболивания, над конической связкой делается небольшой разрез кожи, затем коникотомом прокалывается коническая связка, извлекается мандрен, оставшаяся в ране трахеостомическая трубка фиксируется любым доступным методом. При отсутствии в распоряжении специальных инструментов и выраженной обтурации гортани на уровне голосовых складок оправдано введение в пальпируемую часть шейного отдела трахеи 1-2 толстых иглы диаметром около 2 мм (от инфузионной системы) на уровне 2-3 кольца трахеи строго по средней линии. Этого

воздухоносного просвета достаточно для спасения пациента от асфиксии и гарантированной транспортировки его в стационар [6].

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациентов

При развитии острого ларингита необходимо ограничение голосовой нагрузки, однако не следует полностью прекращать речь. Запрещен прием горячей, холодной и острой пищи, спиртных напитков, курение, паровые ингаляции. Показано увлажнение воздуха в помещении.

Лекарственную терапию, при ее необходимости, назначает врач..

**Приложение Г1 - ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные
инструменты состояния пациента, приведенные в клинических
рекомендациях**

Отсутствуют