



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Хронический ларингит

МКБ 10: **J37.0/ J37.1**

Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года)

ID: **КР321**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов**

Утверждены

Главный внештатный специалист оториноларинголог
Минздрава России д.м.н., профессор Н.А.Дайхес

Президент Национальной медицинской Ассоциации
оториноларингологов Заслуженный врач России, член-
корр.РАН профессор Ю.К.Янов

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации

_____ 201_ г.

Оглавление

Ключевые слова	3
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация	6
1.1. Определение.....	6
1.2. Этиология и патогенез	6
1.3. Эпидемиология	7
1.4. Кодирование по МКБ -10.....	7
1.5. Классификация	7
2. Диагностика	7
2.1. Жалобы и анамнез	7
2.2. Физикальное обследование	8
2.3. Лабораторная диагностика	8
2.4. Инструментальная диагностика	10
2.5. Иная диагностика	12
3. Лечение.....	14
3.1. Консервативное лечение.....	14
3.2. Хирургическое лечение	16
3.3. Иное лечение.....	17
4. Реабилитация	18
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	18
Критерии оценки качества медицинской помощи	19
Список рекомендуемой литературы	22
Приложение А 1. Состав Рабочей группы:	23
Приложение А 2. Методология разработки клинических рекомендаций	24
Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:	24
Таблица П.1. Использованные уровни достоверности доказательств	24
Таблица П.2. Использованные уровни убедительности рекомендаций.....	24
Приложение Б. Алгоритм введения пациента.	26
Приложение В. Информация для пациента	27

Ключевые слова

Хронический ларингит, хронический гиперпластический ларингит, хронический отечно-полипозный ларингит.

Список сокращений

МКБ 10 – Международная классификация болезней 10 пересмотра

ХЛ – хронический ларингит

ХГЛ – хронический гиперпластический ларингит

ХОПЛ – хронический отечно-полипозный ларингит

ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Термины и определения

Хронический гиперпластический ларингит (l. chronica hyperplastica) - вид хронического ларингита, характеризующийся диффузной гиперплазией слизистой оболочки гортани или ограниченной гиперплазией в виде узелков, грибовидных возвышений, складок или валиков.

Хронический отечно-полипозный ларингит - Болезнь Рейнке-Гайека (Reinke's edema) - хронический ларингит, характеризующийся полиповидным разрастанием слизистой оболочки голосовых складок.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) - морфологические изменения и симптомокомплекс, развивающиеся вследствие заброса содержимого желудка и 12-перстной кишки в пищевод.

1. Краткая информация

1.1. Определение

Хронический ларингит (ХЛ) - хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки гортани длительностью более 3 недель.

1.2. Этиология и патогенез

ХЛ может развиваться после перенесенного острого ларингита, чаще всего начало процесса установить невозможно. Причинами ХЛ являются бактериальная, грибковая, микоплазменная, вирусная и хламидийная инфекции; наружная и внутренняя травма шеи и гортани, в том числе ингаляционные поражения и травма инородным телом; аллергия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и др. 92% пациентов, страдающих любой формой ларингита, являются курильщиками. В отдельную клиническую форму можно выделить ларингиты грибковой этиологии – ларингомикозы. Крайне редко встречаются ларингиты паразитарной этиологии. Среди профессиональных вредностей имеет значение контакт с пылью, газами, повышенными температурами. Большое значение имеет повышенная голосовая нагрузка, особенно с использованием твердой атаки. Возникновению воспалительной патологии гортани способствуют хронические заболевания бронхолегочной системы, носа и околоносовых пазух, нарушение разделительной функции гортани, злоупотребление спиртными напитками и табаком, нарушение обмена при сахарном диабете, гипотиреозе, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, хроническая почечная недостаточность, перенесенная лучевая терапия, топическая кортикостероидная терапия в анамнезе. Специфические ларингиты являются вторичными и развиваются при туберкулезе, сифилисе, инфекционных заболеваниях (дифтерии), системных заболеваниях (болезнь Вегенера, ревматоидный артрит, амилоидоз, саркоидоз, полихондрит, системная красная волчанка и др.), заболеваниях крови, кожи (пузырчатка, большая многоформная эритема). Иммунологические аспекты хронической воспалительной патологии гортани до конца не изучены. Диагностируются нарушения интерфероновой и иммунной систем [4-6].

Практически все хронические ларингиты являются предраковыми заболеваниями. Хронический гиперпластический ларингит (ХГЛ) характеризуется гиперплазией эпителия слизистой оболочки гортани. До конца не известен патогенез заболевания. Лучше известен патогенез хронического отечно-полипозного ларингита (ХОПЛ). Течение заболевания связано с анатомическими особенностями пространства Рейнке. Иммуногистохимическое исследование и электронная микроскопия удаленных участков слизистой оболочки голосовых складок у пациентов с болезнью Рейнке выявляют

повышенную субэпителиальную васкуляризацию с большим количеством расширенных сосудов. Стенки сосудов истончены, отмечается ломкость капилляров. Ломкость и изменение сосудистого рисунка в пространстве Рейнке и является причиной отека в этой области, способствует прогрессированию заболевания. Этим же можно объяснить и возникновение кровоизлияний в голосовые складки в начальной стадии заболевания при резком повышении голосовых нагрузок. Кроме этого, большое значение имеет нарушение лимфооттока [4,5].

1.3. Эпидемиология

Хронические ларингиты составляют 8,4% - 10% от всей патологии ЛОР-органов. ХОПЛ Рейнке-Гаека составляет 5,5 - 7,7% от всех заболеваний гортани, приводящих к нарушению голоса. ХГЛ чаще встречается у мужчин в возрасте 40-60 лет, а ХОПЛ Рейнке - Гайека – у женщин [3,4].

1.4. Кодирование по МКБ -10

J37.0 - Хронический ларингит;

J37.1 - Хронический ларинготрахеит.

1.5. Классификация

Хронические ларингиты делят на катаральный, гиперпластический, атрофический и отечно-полипозный (болезнь Рейнке-Гайека). Отдельно выделяют специфические ларингиты и, некоторыми авторами, отдельно определяется пахидермия гортани. Выделяют ограниченную и диффузную форму гиперпластического ларингита. Узелки голосовых складок, по данным некоторых авторов, являются формой гиперпластического ларингита, однако большинство авторов склонны определять эту патологию, как самостоятельную. Также хронические ларингиты делятся на специфические и неспецифические [3,5].

2. Диагностика

2.1. Жалобы и анамнез

При ХЛ ведущей жалобой является стойкое нарушение голосовой функции, иногда кашель, боль в горле при голосовой нагрузке, парестезии в проекции гортани, иногда одышка. Изменения голосовой функции отличны при разных формах ларингита. Для хронического гиперпластического ларингита характерна постоянная охриплость с огрублением голоса, наличием множества призвуков. При хроническом отечно-полипозном ларингите ведущим симптомом является стойкая охриплость, которая характеризуется постепенным смещением тембра голоса в низкие частоты мужского тембра. Для атрофического ларингита более характерно снижение толерантности к

голосовым нагрузкам, появление кашля и боли при попытке улучшить громкость голоса, охриплость. У больных катаральным ларингитом на первый план выходят жалобы на различные парестезии в проекции гортани и на охриплость, усиливающуюся в процессе голосовой нагрузки, снижение выносливости голоса. При отечно-полипозном ларингите возможно развитие дыхательной недостаточности до стеноза гортани 3 степени. Характерен внешний вид больных, страдающих отеком Рейнке: симптоматика гирсутизма у женщин, склонность к отекам лица. При длительно текущем ларингите в ряде случаев развивается гипертрофия вестибулярного отдела гортани в связи с формированием вестибулярно-складчатая фонации. Кашель не является постоянным симптомом ларингита. Если пациент предъявляет жалобы на кашель необходимо дообследование для выяснения причины кашля.

При сборе анамнеза обращают внимание на скрининг этиопатогенетических факторов развития заболевания, частоту рецидивов. Важен анамнез голосового расстройства (характер нарушения голосовой функции, его давность, потребность пациента в голосовых нагрузках), так как это позволяет не только провести начальную дифференциальную диагностику заболевания и определить его давность, но и построить правильную систему этапного голосовосстановительного лечения.

2.2. Физикальное обследование

При физикальном обследовании больного хроническим ларингитом следует обращать внимание на наружные контуры шеи и гортани, подвижность скелета гортани пальпаторно и при глотании, участие мышц шеи в фонации. При напряженной фонации отчетливо видно напряжение наружных мышц шеи. Оцениваются регионарные лимфоузлы, их увеличение может свидетельствовать о перерождении предракового процесса. Определяют размер щитовидной железы, что особенно важно для больных ХОПЛ. Одновременно проводится субъективная оценка качества голоса, артикуляции и индивидуальных особенностей речи.

2.3. Лабораторная диагностика

- Рекомендуется комплексное общеклиническое обследование больного ХЛ с привлечением врачей других специальностей (гастроэнтеролога, эндокринолога, пульмонолога, невролога, ревматолога инфекциониста, дерматолога и др.).

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: проводится для выяснения этиологических факторов развития воспалительного процесса и сопутствующей патологии.

- Рекомендуется при всех формах хронического, часто рецидивирующего, ларингита, кроме отечно-полипозного, проведение бактериологического и микологического исследования.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: Посев предпочтительно брать со слизистой оболочки гортаноглотки без анестезии или с голосовых складок под местной анестезией. Наиболее частыми возбудителями ларингита являются: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *S. aureus*, *Mycoplasma spp.*, *Actinomycesdiphtheriae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamyphila pneumoniae*. Для хронического гиперпластического ларингита характерны ассоциации микроорганизмов, среди которых наиболее часто встречаются *Staphylococcus aureus*, *epidermidis*. Установлено, что возбудителями ларингомикоза в 97% наблюдений являются дрожжеподобные грибы рода *Candida* чаще всего *Candida albicans* и *Candida spp.*, реже встречаются и другие виды – *C.tropicalis*, *C.krusei*, *C.pseudotropicalis*, *C.glabrata* [2-4].

- Рекомендуется гистологическое исследование, как основной метод дифференциальной диагностики хронического гиперпластического, специфического и отечно-полипозного ларингита.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: Взятие биоптата в гортани может осуществляться при фиброларингоскопии, при непрямой микроларингоскопии, при прямой микроларингоскопии врачом оториноларингологом или врачом-эндоскопистом или врачом-онкологом, владеющим необходимыми хирургическими навыками.

Микроскопическая картина при ХГЛ представляет собой сочетание реактивных изменений покровного эпителия и воспалительных, репаративных и склеротических изменений собственной пластинки слизистой оболочки. Воспалительный инфильтрат характеризуется преобладанием мононуклеарных элементов и плазматических клеток над сегментоядерными лейкоцитами. Преобладание клеток продуктивной фазы воспаления является основной отличительной чертой хронического воспаления. Второй морфологической составляющей являются реактивные изменения покровного и железистого эпителия в виде его гиперплазии, акантоза и нарушения ороговения, дисплазии

эпителия респираторного типа – в виде базально - клеточной гиперплазии, увеличения количества бокаловидных клеток и плоскоклеточной метаплазии. Выраженный акантоз многослойного плоского эпителия является основной пахидермии [4,5, 7]. При ХОПЛ на первый план выходят не признаки воспалительной инфильтрации, а выраженный интерстициальный отек, нередко с миксоматозом стромы, нарушение сосудистой стенки, утолщение базальной мембраны покровного эпителия. Морфологическое исследование при специфических ларингитах и ларингомикозе хоть и имеет свои особенности, но является лишь частью диагностики, большое значение имеет вся клиническая картина заболевания, данные других методов обследования. Гистологическое исследование в этих случаях - не всегда информативно [6].

2.4. Инструментальная диагностика

- Рекомендуется микроларингоскопии, которая может быть осуществлена с помощью непрямого осмотра гортани с использованием микроскопов, бинокулярных луп или применения эндоскопической техники.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: *Оптимально, если осмотр будет записан на видеоноситель, так как это даст возможность осуществлять полноценное наблюдение за пациентом с предраковым процессом. Если возможности провести микроларингоскопию нет, пациента следует отправлять на консультацию в те учреждения, где этот способ диагностики существует. Микроларингоскопическая картина ХЛ разнообразна. В абсолютном большинстве случаев патология – двусторонняя. Хронический катаральный ларингит характеризуется усилением сосудистого рисунка голосовых складок, их гиперемией, сухостью слизистой оболочки. При хроническом отечно-полипозном ларингите полиповидная дегенерация слизистой оболочки может быть различной: от легкой веретенообразно-стекловидной опухоли, которая выглядят как «брюшко», до тяжелого флотирующего, полиповидного, полупрозрачного или серого, серо-розового цвета студенистого утолщения стенозирующего просвета гортани. При атрофическом ларингите слизистая оболочка голосовых складок выглядит тусклой, возможно наличие вязкой мокроты, отмечается гипотония голосовых складок и несмыкание при фонации.*

При диффузной форме ХГЛ отмечается инфильтрация голосовых складок, видны очаги кератоза, гиперемия слизистой оболочки гортани, возможно наличие фибриновых налетов, скопление вязкой или гнойной мокроты. Кератоз – патологическое ороговение эпителия слизистой оболочки гортани, которое может проявляться в виде пахидермии (утолщении слизистой оболочки в межчерпаловидной области), лейкоплакии (белого дымчатого образования), гиперкератоза (бугристого образование), расположенных на голосовых складках.

При всех формах ларингомикоза отмечен общий микроларингоскопический признак - наличие у всех больных белесоватых налетов или скопления густой мокроты в различных отделах гортани. Диагноз ларингомикоза может быть поставлен только после верификации возбудителя.

Эндовидеоларингостробоскопическая картина при катаральной форме ларингита показывает незначительные изменения вибраторного цикла, отмечается снижение амплитуды колебания голосовых складок и слизистой волны. Субатрофическая форма хронического ларингита характеризуется симметричным снижением амплитуды колебаний голосовых складок, снижением слизистой волны и отсутствием фазы смыкания. При отеочно-полипозном ларингите фаза смыкания - полная, колебания голосовых складок - асимметричные и нерегулярные, амплитуда колебаний голосовых складок – уменьшена, а слизистая волна, наоборот, - резко увеличена. При гиперпластической форме ларингита определяются выраженные нарушения вибраторного цикла. Определяются уменьшением амплитуды колебаний голосовых складок (по всей длине или на отдельном участке), слизистая волна – уменьшена или отсутствует, определяются невибрирующие участки слизистой оболочки отмечается несимметричное и неравномерное изменение амплитуды колебаний и слизистой волны. Проведение видеоларингоскопии показано больным с ограниченным кератозом. Различают поверхностно располагающийся кератоз и спаянный с подлежащими слоями. Спаянный кератоз особенно подозрителен на раковое поражение и является абсолютным показанием к хирургическому лечению.

- Рекомендуются методы аутофлуоресценции, узкоспектральной эндоскопии (NBI) для дифференциальной диагностики ХЛ.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: успешно используются и другие, основанные на анализе сосудистого рисунка пораженных участков слизистой оболочки, возможно также применение контактной эндоскопии, которая представляет собой прижизненное морфологическое исследование слизистой оболочки.

- Рекомендуется компьютерный спектральный анализ голосовой функции, что позволяет документировать изменения голоса, однако в дифференциальной диагностике ХЛ имеет небольшое значение.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: исследование помогает на более поздних сроках терапии для определения качества и характера фонации каждого конкретного пациента с целью построения правильной системы голосовосстановительного лечения.

- Рекомендуется компьютерная томография органов шеи при необходимости дифференциальной диагностики, а исследование функции внешнего дыхания показано пациентам с ХОПЛ для верификации симптомов скрытой дыхательной недостаточности при стенозе гортани.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

- Рекомендуется консультация смежных специалистов, а именно гастроэнтеролога, пульмонолога, аллерголога, иммунолога, эндокринолога, миколога, терапевта, ревматолога и фтизиатра.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: консультация показана для выявления этиопатогенетических факторов развития воспалительного процесса в гортани.

2.5. Иная диагностика

- Рекомендуется проведение дифференциальной диагностики в первую очередь с раком и туберкулезом гортани.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

- **Комментарии:** дифференциальный диагноз ХГЛ и рака гортани часто представляет большие трудности. При непрямой микроларингоскопии обращают

внимание на характер сосудистого рисунка. Для рака гортани характерна атипия капилляров: увеличение их количества, извитая их форма в виде штопора и неравномерное расширение сосудов, точечные кровоизлияния. В целом сосудистый рисунок голосовой складки хаотичен. Нарушение подвижности голосовой складки, односторонний характер процесса настораживает в плане малигнизации хронического ларингита. Обращают на себя внимание и другие изменения голосовой складки: выраженная дисплазия, инфильтрация слизистой, очаги плотного, спаенного с подлежащими тканями кератоза и другие. Окончательный дифференциальный диагноз при ХЛ ставится в результате гистологического исследования.

- Рекомендуется проводить дифференциально-диагностический поиск на выявление системного заболевания во всех случаях подскладкового ларингита, артрита перстнечерпаловидного сустава следует.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: вовлечение в патологический процесс гортани при гранулематозе Вегенера встречается в 6-25% случаев в виде подскладкового ларингита, сопровождающегося подскладковым стенозом. Изолированное поражение гортани при склероме наблюдается в 4,5% случаев, чаще в процесс вовлекаются нос, носоглотка и гортань [4]. Бледно-розовые бугристые инфильтраты формируются в подскладковом пространстве. Процесс может распространяться в трахею или кверху на другие части гортани. Встречается первичный амилоидоз гортани, узловая или диффузно-инфильтративная формы, и вторичный - на фоне хронических воспалительных системных заболеваний (болезнь Крона, ревматоидный артрит, туберкулез, и т.д.). Наиболее часто поражение носит диффузный характер при интактной слизистой, иногда с распространением на трахеобронхиальное дерево. Отложения амилоида локализуются преимущественно в надскладковом отделе гортани, иногда в виде подскладкового ларингита. Саркоидоз встречается в гортани в 6% случаев в виде эпиглоттита и гранулем. Голосовые складки поражаются редко. При ревматоидном артрите патология гортани диагностируется у 25-30% пациентов [4]. Клинически заболевание проявляется в виде артрита перстнечерпаловидного сустава. Дифференциальный диагноз проводится на основании общеклинического, серологического обследования и биопсии. Для туберкулеза гортани характерен

полиморфизм изменений. Отмечается образование милиарных узелков, инфильтратов, которые подвергаются распаду с образованием грануляций, язв и рубцеванием. Нередко образуются туберкуломы и хондроперихондриты. Сифилис гортани проявляется в виде эритемы, папул и кондилом. Часто формируются язвы, покрытые серовато-белым налетом.

3. Лечение

***Целью лечения** является элиминация воспалительного процесса в гортани, восстановление звучного голоса, предотвращение перерождения воспалительного процесса в злокачественное образование.*

***Показания к госпитализации.** Госпитализируются пациенты, которым планируется хирургическое лечение.*

3.1. Консервативное лечение

- Рекомендуется антибактериальная терапия при обострении ХЛ, при этом она назначается эмпирически с применением препаратов широкого спектра действия (амоксциллина клавуланат, респираторные фторхинолоны, макролиды).

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: *при выраженных воспалительных явлениях с присоединением гнойной экссудации. Периоперационная антибиотикотерапия назначается при проведении хирургического вмешательства при прямой микроларингоскопии, при имплантационных методах хирургической коррекции, большом объеме хирургического вмешательства. При диагностике грибкового поражения назначаются антимикотические препараты. Применение специфической терапии при диагностике специфических ларингитов не исключает использование местной и общей противовоспалительной терапии.*

- Рекомендуется гипосенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами 2 поколения.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: *показана при обострении гиперпластического и отечно-полипозного ларингита, при указании на аллергии в анамнезе и в некоторых случаях ларингомикоза. Следует избегать использования антигистаминных препаратов*

при катаральной и субатрофической форме ларингита, так как эти препараты вызывают сухость слизистой оболочки гортани.

- Рекомендуется противоотечная терапия системными кортикостероидами, которая показана пациентам после хирургических вмешательств, если не проводилась декортикация голосовых складок, а также при стенозах верхних дыхательных путей, вызванных обострением хронического воспалительного процесса, и не может являться монотерапией.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

- Рекомендуются муколитики и секретолитики как местно, так и системно.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: местно – в виде ингаляций. Можно назначать местные и системные муколитики одновременно. Показанием к применению муколитиков является визуализация мокроты и корок в различных отделах гортани. Возможно применение длительных курсов (до 14 дней) препаратов растительного происхождения или содержащих эфирные масла при наличии сухих корок, в том числе и больным с ларингомикозом. При выборе муколитика следует помнить о том, что одним из этиологических факторов ХЛ является патология желудочно-кишечного тракта, в связи с чем предпочтение следует отдавать лекарственным средствам, не имеющим побочных эффектов, влияющих на функцию желудка.

Хороший клинический эффект у больных гиперпластическим и отечно-полипозным ларингитом достигается при применении комплексных ферментных препаратов сроком не менее 14 дней. Эти препараты способны уменьшать воспалительную инфильтрацию, локальный отек, воздействуют на клеточный и гуморальный иммунитет.

- Рекомендуется ингаляционная терапия.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: Для ингаляций применяют антибактериальные препараты, муколитические, гормональные средства, растительные препараты с противовоспалительным и антисептическим эффектом, а также минеральная вода. Выбор препарата для ингаляции зависит от формы воспаления: при

преобладании отека - ингаляции с кортикостероидами; при выраженном воспалении - ингаляции с антисептиками, антимикотическими препаратами. Ингаляции антибиотиками на сегодняшний день не проводятся. Исключениями являются препарат Гиамфеникола глицинатацетилцистеинат, который имеет в своем составе антибиотик и муколитик и антимикробный препарат Диоксидин. Ингаляционную процедуру лучше начинать с ингалирования муколитических средств и лишь после этого, через 20 минут, назначать аэрозоли других лекарственных препаратов. После ингаляции кортикостероида и/или антисептика через 20 минут можно провести ингаляцию минеральной воды для увлажнения слизистой оболочки. Такие ингаляционные процедуры проводят 1-2 раза в сутки. Курс лечения - не более 10 дней.

- Рекомендуются ингаляции с минеральной водой по 4 раза в сутки, длительность такой ингаляции может составлять 5-10 минут.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: с целью создания условий для физиологической фонации и увлажнения слизистой оболочки Ингаляции с минеральной водой можно назначать на длительные сроки, например, на 1 месяц.

- Рекомендуется применение физиотерапевтических методов лечения: электрофореза 1% иодистого калия, лидазы или хлористого кальция на гортань, терапевтического лазера, микроволн; фонофореза, в том числе и эндоларингеального.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

- **Комментарии:** Для лечения больных хроническим отечно-полипозным ларингитом, особенно в начальных стадиях заболевания, применяются также инъекции кортикостероидных препаратов в голосовые складки. Данная процедура проводится при непрямой, реже при прямой микроларингоскопии.

3.2. Хирургическое лечение

- Рекомендуется декортикация голосовых складок и прицельная биопсия при прямой и непрямой микроларингоскопии, или с помощью эндоскопической техники.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: При выполнении биопсии необходимо брать на исследование достаточное количество материала. Основные ошибки в диагностике рака гортани связаны с неправильно выбранным участком для биопсии и с недостаточностью материала для исследования. Несмотря на то, что основной целью хирургического вмешательства является верификация диагноза и удаление участков гиперплазированной слизистой оболочки, следует щадяще относиться к слизистой оболочке голосовых складок, не допуская, по возможности, дополнительного ухудшения голосовой функции. Планировать хирургическое вмешательство лучше после проведения противовоспалительной терапии, чтобы можно было более точно определить место для биопсии. Целью хирургического вмешательства при ХОПЛ является улучшение голосовой функции, предотвращение осложнений – стеноза гортани. Гистологическое исследование удаленной слизистой оболочки проводится обязательно. При ХОПЛ используется в основном две хирургические методики: декортикация голосовых складок по Kleinsasser и методика Hirano. При декортикации голосовых складок стараются сохранить эпителий в области комиссуры с обеих сторон, во избежание последующего сращения и образования рубцовой мембраны или спайки. Суть методики M. Hirano состоит в том, что проводят разрез вдоль латерального края голосовых складок, аспирируют студенистую массу, избыточную эпителиальную ткань иссекают ножницами, а оставшуюся укладывают на голосовую складку. Используются также лазерные методики. В начальных стадиях заболевания можно удалить небольшой участок измененной слизистой оболочки. Осложнением хирургического вмешательства может быть грубое рубцевание голосовых складок, формирование рубцовой мембраны.

3.3. Иное лечение

- Рекомендуется ограничение голосовой нагрузки, при этом форсированная шепотная речь запрещена.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: Необходимо создание условий для формирования физиологического типа фонации. В тех случаях, когда напряженная фонация является одним из этиопатогенетических факторов, а также при наличии расстройства после хирургического вмешательства или в исходе воспаления, показана фонопедия. Необходимо ограничить воздействие вредных факторов внешней среды.

Решающее значение имеет отказ от курения и профессиональных вредностей. При сохранении сухости слизистой оболочки гортани назначают ингаляции с минеральными водами и рекомендуют увлажнение воздуха в помещении.

4. Реабилитация

- Рекомендуется находиться под наблюдением врача ежедневно первые 3 дня, затем 1 раз в неделю, начиная со второго месяца 1 раз в 2 недели, до полного восстановления клинико-функционального состояния гортани и голосовой функции.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: *пациенту следует проводить противовоспалительную терапию, при необходимости фонопедическое лечение.*

5. Профилактика и диспансерное наблюдение.

- Рекомендуется своевременное лечение острого ларингита, ГЭРБ, воспалительной патологии верхних и нижних отделов дыхательных путей, отказа от курения, соблюдении голосового режима и условий охраны труда.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

- **Комментарии:** *следует ограничить голосовые нагрузки, отказаться от курения. Следует ограничить прием очень горячей, холодной и острой пищи, спиртных напитков, не применять паровые ингаляции. Необходимо уделять внимание лечению сопутствующей патологии и острых респираторных инфекций, находиться под наблюдением врача-оториноларинголога. Показано увлажнение воздуха в помещении, где находится пациент с помощью специальных увлажнителей.*

- Рекомендуется находиться на диспансерном учете у оториноларинголога с осмотрами 1 раз в 3 месяца, а при благоприятном течении 1 раз в полгода.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	Осмотр оториноларингологом в течение 0 - 180 мин от момента поступления	IV	Д
2.	Начало лечения в течение 0 - 3 часов после поступления в стационар	IV	Д
3.	В случаях осложнённого ХЛ время от поступления в стационар до проведения интубации или трахеотомии в течение 0 - 24 часов после поступления в стационар	IV	Д
4.	Фиброларингоскопия, непрягая микроларингоскопия, прямая микроларингоскопия с цитологией и биопсией тканей по показаниям в течение 3 - 24 часов после поступления в стационар	IV	Д
5.	Клинический анализ крови развернутый; анализ крови биохимический общетерапевтический; анализ мочи общий; коагулограмма; определение антител классов М, G к вирусам иммунодефицита человека ВИЧ-1, ВИЧ-2 в крови; проведение реакции Вассермана; проведение серологической реакции на различные инфекции, вирусы; определение антигена к вирусу гепатита В в крови; определение антител классов М, G к вирусному гепатиту С в крови; исследование уровня сывороточного иммуноглобулина Е в крови; определение основных групп крови (А, В, 0); определение резус-принадлежности в течение 24 часов после поступления в стационар	IV	Д
6.	Микробиологическое исследование мазка со слизистой оболочки гортани, в том числе с голосовых складок на микроорганизмы, определение	IV	Д

	чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам, цитология и биопсия тканей гортани в течение 3 - 24 часов после поступления в стационар		
7.	Эндовидеоларингостробоскопическая диагностика в течение 24 - 48 часов после поступления в стационар	IV	Д
8.	По показаниям ПЦР диагностика на вирусы простого герпеса, герпесвируса 6, цитомегаловируса, вируса Эпштейна-Барр, хламидии, микоплазмы, ДНК грибов, микобактерий туберкулеза в течение 24 часов после поступления в стационар	IV	Д
9.	Применение методов аутофлюоресценции, узкоспектральной эндоскопии (NBI), контактной эндоскопии в течение 24 - 48 часов после поступления в стационар	IV	Д
10.	При обследовании пациента со специфическим процессом использование дополнительных методов диагностики основного заболевания в течение 24 - 48 часов	IV	Д
11.	По показаниям компьютерная томография органов шеи в течение 24 - 48 часов после поступления в стационар	IV	Д
12.	По показаниям исследование функции внешнего дыхания в течение 24 - 48 часов после поступления в стационар	IV	Д
13.	По показаниям консультация терапевта, гастроэнтеролога, пульмонолога, аллерголога, иммунолога, эндокринолога, миколога, терапевта, ревматолога и фтизиатра в течение 72 часов после поступления в стационар	IV	Д
14.	Установка клинического диагноза в течение 48 часов	IV	Д
15.	По показаниям компьютерный спектральный анализ голосовой функции в течение 72 часов после поступления в стационар	IV	Д
16.	По показаниям оценка иммунного статуса в течение 72 часов после поступления в стационар	IV	Д
17.	Хирургическое лечение в течение 24 - 72 часов после поступления в стационар	IV	Д
18.	Антимикробная терапия местная и	IV	Д

	системная терапия		
19.	Местная и общая противовоспалительная терапия	IV	Д
20.	Специфическая терапия	IV	Д
21.	По показаниям мукоактивная и гипосенсибилизирующая терапия	IV	Д
22.	По показаниям использование стимулирующей терапии, витаминотерапии, средств, улучшающие нервно-мышечную передачу, повышающие тонус мышц	IV	Д
23.	Комплексная ферментная терапия	IV	Д
24.	Ингаляционная терапия, физиотерапия	IV	Д
25.	Отсутствие гнойно-септических осложнений	IV	Д

Список рекомендуемой литературы

1. Дайхес Н.А., Быкова В.П., Пономарев А.Б., Давудов О.И. Клиническая патология гортани. Руководство-атлас. М.: Медицинское информационное агентство, 2009, с.160.
2. Донецкая Э.Г. Клиническая микробиология: руководство. М.: 2011, с.131.
3. Романенко С.Г. Острый и хронический ларингит. Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание под ред. В.Т. Пальчуна. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012, с. 541-547.
4. Иванченко Г.Ф., Демченко Е.В., Быкова В.П., Григорян С.С. Клинические особенности и терапия больных хроническим гиперпластическим ларингитом: Метод. Рекомендации.- М., 1998.- 9 с.
5. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Романенко С.Г., Павлихин О.Г., Елисеев О.В., Яковлев В.С., Красникова Д.И., Лесогорова Е.В. Терапия воспалительных заболеваний гортани». РМЖ . - 2013. -№ 2. - с.38-41.
6. Кунельская В.Я. Микозы в оториноларингологии. М.: Изд-во «Медицина», 1989, с. 225.
7. Robert P. Ossof, Stanley M. Shashay et. All. The Larynx, Lippincott Williams & Wilkins, 560 p.

Приложение А 1. Состав Рабочей группы:

1. **Гусейнов И.Г.** является членом профессиональной ассоциации
2. **Дайхес Н.А.** д.м.н., проф., является членом профессиональной ассоциации;
3. **Крюков А.И.**, д.м.н., проф., является членом профессиональной ассоциации;
4. **Кунельская Н.Л.**, д.м.н., проф. является членом профессиональной ассоциации;
5. **Максимова Е.А.**, является членом профессиональной ассоциации;
6. **Нажмудинов И.И.**, к.м.н., является членом профессиональной ассоциации;
7. **Никифорова Г.Н.**, д.м.н., проф. является членом профессиональной ассоциации.
8. **Романенко С.Г.**, к.м.н., является членом профессиональной ассоциации;
9. **Свистушкин В.М.** д.м.н., проф. является членом профессиональной ассоциации;

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А 2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи общей практики (семейные врачи);
2. врачи-терапевты;
3. врачи-оториноларингологи.

Таблица П.1 - Используемые уровни достоверности доказательств

Класс (уровень)	Критерии достоверности
I (А)	Большие двойные слепые плацебоконтролируемые исследования, а также данные, полученные при мета-анализе нескольких рандомизированных контролируемых исследований.
II (В)	Небольшие рандомизированные и контролируемые исследования, при которых статистические данные построены на небольшом числе пациентов.
III (С)	Нерандомизированные клинические исследования на ограниченном количестве пациентов.
IV (D)	Выработка группой экспертов консенсуса по определённой проблеме

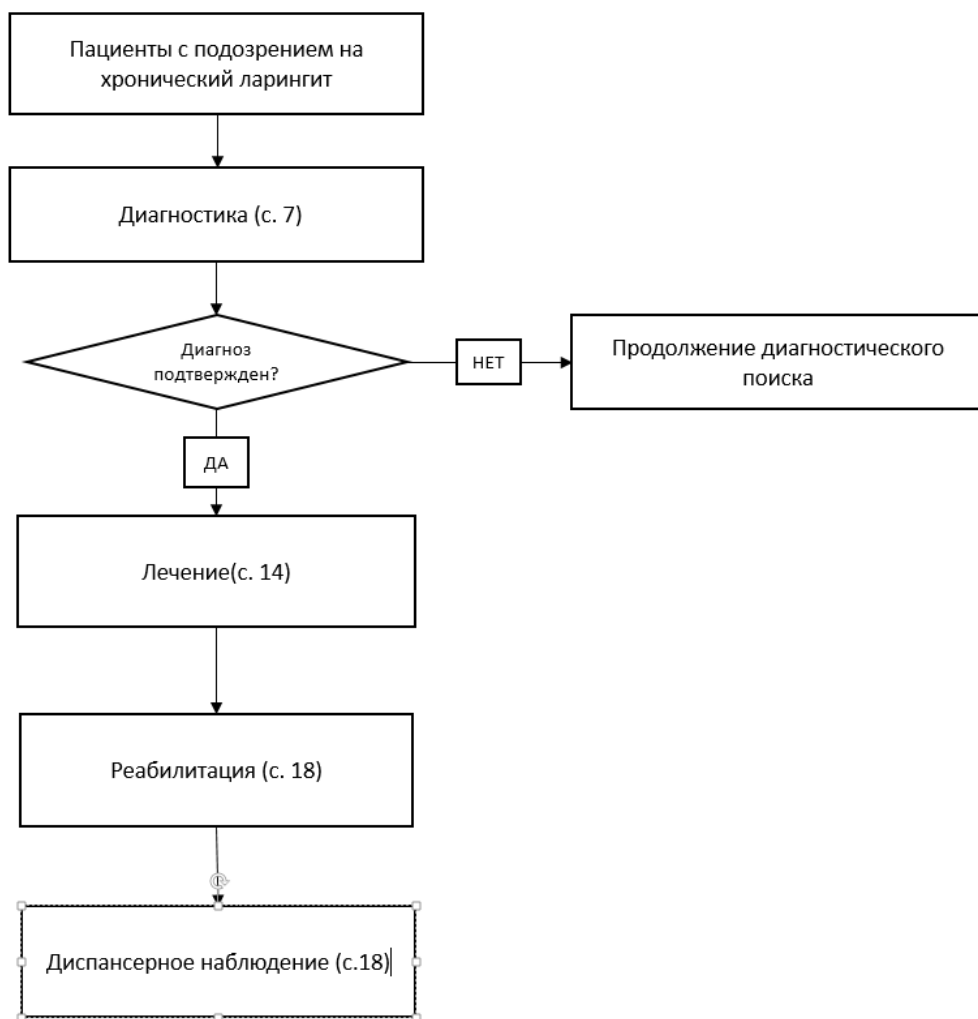
Таблица П.2 - Используемые уровни убедительности рекомендаций

Шкала	Степень убедительности доказательств	Соответствующие виды исследований
A	Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению	Высококачественный систематический обзор, мета-анализ. Большие рандомизированные клинические исследования с низкой вероятностью ошибок и однозначными результатами.
B	Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение	Небольшие рандомизированные клинические исследования с неоднозначными результатами и средней или высокой вероятностью ошибок. Большие проспективные сравнительные, но нерандомизированные исследования. Качественные ретроспективные исследования на больших выборках пациентов с тщательно подобранными группами сравнения.
C	Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств	Ретроспективные сравнительные исследования. Исследования на ограниченном числе пациентов или на отдельных пациентов без контрольной группы. Личный неформализованный опыт разработчиков.

Порядок обновления клинических рекомендации

Клинические рекомендации будут обновляться каждые 3 года.

Приложение Б. Алгоритм введения пациента.



Приложение В. Информация для пациента

Пациенту, страдающему хроническим ларингитом следует по возможности ограничивать голосовые нагрузки (пение, крик, разговор шепотом), отказаться от курения. Следует внимательно относиться к появлению таких жалоб, как изменение голоса, кашель, затруднение дыхания. При работе в условиях наличия профессиональных вредностей (работа с красителями и другими едкими и раздражающими веществами) следует по возможности сменить характер трудовой деятельности. Следует придерживаться ограничений в диете: ограничить прием очень горячей, холодной и острой пищи, спиртных напитков. При наличии у пациента заболеваний желудочно-кишечного тракта (рефлюксная болезнь, гастрит) показано динамическое наблюдение и, при необходимости, лечение у гастроэнтеролога. Не рекомендуется применять паровые и другие виды ингаляций без согласования с наблюдающим оториноларингологом. Рекомендуется использование специальных воздухоочистителей и увлажнителей воздуха в помещениях, которых пациент находится длительное время. Необходимо уделять внимание лечению сопутствующей патологии (кариес зубов, фарингит, тонзиллит, синусит), профилактике острых респираторных инфекций, в периоды эпидемических вспышек гриппа и ОРВИ пользоваться индивидуальными средствами защиты, заблаговременно проводить вакцинацию. Пациенту рекомендуется находиться под наблюдением врача-оториноларинголога. Осмотры следует проводить не реже 1 раза в 6 месяцев, при частых обострениях – не реже 1 раза в 3 месяца.