

Приложение 4  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

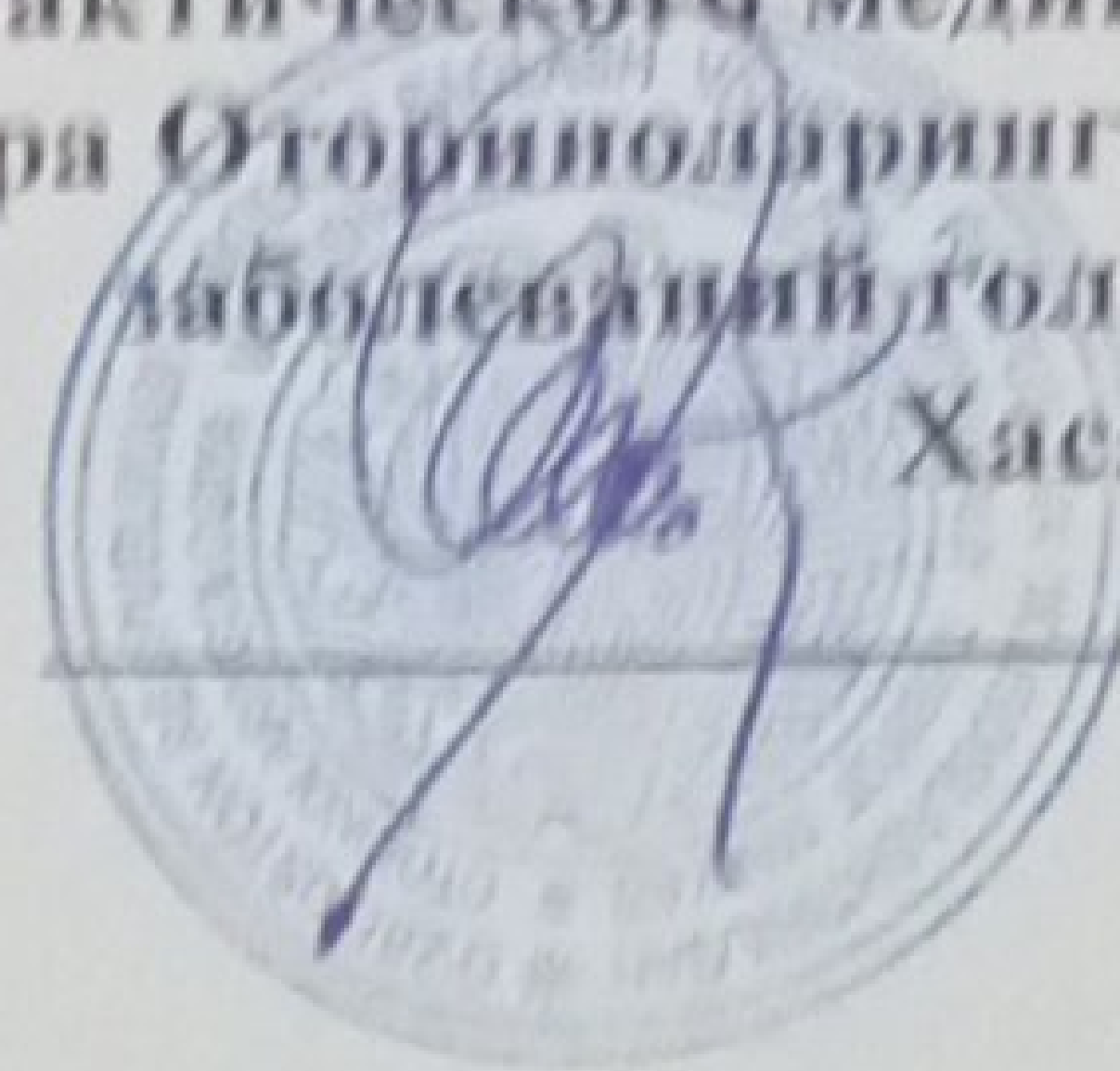
**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ОТОЛАРИНГОЛОГИИ И  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВЫ-ШЕИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ «ОСТРЫЙ ЛАРИНГИТ»**

**Ташкент – 2025**

**“СОГЛАСОВАНО”**  
Директор Республиканского  
специализированного научно-  
практического медицинского  
центра Оториноларингологии и  
заболеваний головы-шеи  
Хасанов У.С  
2025 г.



**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ «ОСТРЫЙ ЛАРИНГИТ»**

**Ташкент - 2025**

## **Оглавление**

1. Национальный клинический протокол диагностики и лечения по нозологии «Острый ларингит» .....	5
2. Национальный клинический протокол медицинского вмешательства по нозологии «Острый ларингит» .....	16
3. Национальный клинический протокол медицинской профилактики или реабилитации по нозологии «Острый ларингит» .....	22

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ  
ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
«ОСТРЫЙ ЛАРИНГИТ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

## 1. Вводная часть

### 1. Вводная часть

1) Код(ы) МКБ-10: Острый ларингит J04.0, J04.2, J38.6

#### Международная классификация болезней - МКБ-10:

Код	Название
J04.0, J04.2, J38.6	Острый ларингит
CA05	<a href="http://mkb-10.com">МКБ 10 – Острый ларингит (J04) (mkb-10.com)</a>

#### Международная классификация болезней - МКБ-11:

Код	Название
CA05	Острый ларингит или трахеит
CA05.0	Острый ларингит
CA05.1	Острый трахеит
CA05.2	Острый ларинготрахеит
	<a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2087406945">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2087406945</a>

- **Дата разработки и пересмотра протокола:** 2025 год., дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

- **Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:** Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Оториноларингологии и заболеваний головы-шеи, Ассоциации отоларингологии, хирургии головы и шеи Узбекистана.

**В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:**

По организации процесса члены рабочей группы по направлению оториноларингологии:

1. Хасанов У.С. зав.кафедрой кафедры Оториноларингология ТМА, д.м.н., профессор;

2. Эргашев У.М. доцент кафедры Оториноларингология ТМА, к.м.н.,

3. Амонов Ш.Э зав.кафедрой кафедры Оториноларингологии ТашПМИ, д.м.н., профессор;

4. Арифов С.С. зав.кафедрой кафедры Оториноларингологии ТашИУВ, д.м.н., профессор;

**Список основных авторов, дополнительного коллектива авторов (Ф.И.О., Место работы, звание/должность);**

1. Хасанов У.С. зав.кафедрой кафедры Оториноларингология ТМА, д.м.н., профессор;
2. Эргашев У.М. доцент кафедры Оториноларингология ТМА, к.м.н.;
3. Шодмонов Ш.А., врач оториноларинголог высшей категории РСНПМЦОиЗГШ;
4. Джангиров Т.Г., врач оториноларинголог первой категории РСНПМЦОиЗГШ
5. Хуснитдинов Р.А., врач оториноларинголог РСНПМЦОиЗГШ;

**Рецензенты:**

- Рецензенты: Кожантаева С.К. д.м.н., руководитель кафедры оториноларингологии, офтальмологии, ЗКМУ имени Марата Оспанова, член ассоциации Оториноларингологов Республики Казахстан, главный внештатный оториноларинголог г.Актюбе.

Внутренний: Махкамова Н.Э. профессор кафедры Оториноларингология ТГСИ, д.м.н., профессор;

- **Обсуждено** в совете РСНПМЦОиЗГШ, протокол № , от \_\_\_\_\_г.;

**Экспертная оценка со стороны специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:**

Ашуров А.М. д.м.н., доцент кафедры «Оториноларингология» ТашИУВ главный эксперт Уз Минздрава по ЛОР специальности

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.Э,

начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

### Сокращения, используемые в протоколе:

ОЛ	Острый ларингит
ОРВИ	острая респираторная вирусная инфекция
КТ	Компьютерная томография
СОЭ	скорость оседания эритроцитов
РКИ	рандомизированные клинические исследования
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека

**-Пользователи протокола по данной нозологии:** врачи общей практики, оториноларингологи.

**-Категория пациентов в данной нозологии:** дети и взрослые.

**-Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.**

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

## 2. Основная часть.

### 2.1 Ведение

## **Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

**Острый ларингит (ОЛ)** – острое воспаление слизистой оболочки гортани.

**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 .

## **2.2. 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 (бронхи, 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.

Возможно развитие ангионевротического отека гортани наследственного или аллергического генеза.

Не воспалительный 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).

### **2.3 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.

### **2.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

#### **МКБ 10 :**

J04.0 – Острый ларингит.

J04.2 – Острый ларинготрахеит.

J38.6 – Стеноз гортани.

**МКБ 11:** SA05.0 Острый ларингит

SA05.1 Острый трахеит

SA05.2 Острый ларинготрахеит

### **2.5 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.

## **2.6 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.

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 – стридор, 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, клокочущее, 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.

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

#### **3.1 Жалобы и анамнез**

См. раздел «2.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)»

#### **3.2 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 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.

Острое начало заболевания с быстрым прогрессированием симптомов стеноза усугубляет тяжесть состояния пациента, поскольку за короткое время не успевают развиваться 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).

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

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.

### **3.3 Лабораторные 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.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5) Комментарий:** *Стандартное лабораторное обследование при госпитализации.*

### **3.4 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) Комментарий:**

*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.

**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.

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

### **4.1 Консервативное лечение**

- Рекомендовано проведение системной антибактериальной терапии только при наличии доказанной бактериальной инфекции или серьезных подозрениях на бактериальную этиологию процесса.

**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.

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 (Азитромицин, Кларитромицин), взрослым – фторхинолоны (Левифлоксацин). 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 TK, 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 внутрилариngeальные вливания препаратов группы кортикостероиды системного действия (Дексаметазон, Гидрокортизон) или ингаляционное применение глюкокортикоидов (Флутиказона пропионат) (для ингаляционного применения) через небулайзер коротким курсом как метод однократной быстрой помощи взрослым, голос которых является рабочим инструментом (ограниченный круг пациентов, например, певцов).

**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 глюкокортикоидов (ингаляционно) может привести к развитию дисфонии за счет атрофии слизистой оболочки дыхательных путей.

Данные препараты не применяются без предварительной ларингоскопии.

- Рекомендовано рассмотреть проведение ингаляционного введения лекарственных препаратов и кислорода или ингаляционного введения лекарственных препаратов через небулайзер пациентам с установленным диагнозом ОЛ при наличии показаний.

**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]\*\*).

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.

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» .

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ  
«ОСТРЫЙ ЛАРИНГИТ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

## 2. Основная часть.

### 2. 1 Хирургическое лечение

- Не рекомендовано проведение хирургического лечения при неосложненном течении ОЛ.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

- Рекомендовано проведение экстренных хирургических вмешательств при осложненных формах ОЛ. **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).

1. Важным условием для наложения трахеостомы является правильное положение больного — строго сагиттальное расположение головы и тела. Линия плеч должна быть строго перпендикулярна средней линии шеи. Валик укладывают под плечи больного, голову немного запрокидывают, при этом гортань и трахея максимально контурируются под кожей, увеличивается расстояние между кольцами трахеи, крупные сосуды шеи относительно трахеи смещаются кзади. К сожалению, в экстренных случаях нередко больного со стенозом гортани перевести в горизонтальное положение не удастся из-за нарастающей дыхательной недостаточности. В этом случае приходится накладывать трахеостому в положении больного сидя или полулежа, при этом голову больного запрокидывают назад, соблюдая ее срединное положение.

2. Идеальным видом анестезии при наложении трахеостомы является наркоз с интубацией трахеи и ИВЛ, однако в экстренных условиях, особенно если показанием для операции является стеноз гортани, рассчитывать на возможность интубации трахеи не приходится. Более того, повторные неудачные попытки ее осуществления могут усугубить ситуацию. Если позволяют условия и состояние пациента, может быть осуществлена местная инфильтрационная анестезия новокаином или лидокаином из четырех точек, образующих ромб (яремная вырезка, середина перстневидного хряща, передние края жевательных мышц), однако массивная инфильтрация тканей анестетиком может осложнить ориентировку в тканях. Также перед оперативным вмешательством возможно выполнение премедикации. Разрез должен быть намечен до начала анестезии. В экстренной ситуации не следует тратить время на тщательное обкалывание анестетиком, необходимо быстро обнажить трахею, ввести новокаин в претрахеальное пространство, а после восстановления дыхания через трахеостому можно дополнить анестезию. В критических случаях допустима трахеотомия без анестезии. При выполнении трахеотомии 8 под местной анестезией по экстренным показаниям (стеноз гортани и/или трахеи) необходимо постоянно контролировать

оксигенацию крови пациента и в случае снижения сатурации кислорода дать ему 100 % O<sub>2</sub> через маску.

3. В экстренных случаях необходимо проводить продольный разрез кожи, начиная от уровня перстневидного хряща вниз на 4–6 см. Более эстетичный горизонтальный разрез по кожной складке хорош для плановой хирургии. Продольный разрез достаточной длины позволит легче ориентироваться в ране, не потребует излишнего растягивания краев разреза ассистентом, что снизит риск потерять белую линию шеи. При отсутствии ассистента зажимы, симметрично фиксированные на средней части кожного разреза, будут достаточно эффективно раскрывать рану.

4. После рассечения кожи и подкожной клетчатки хирург тупым способом при помощи зажимов типа Бильрот или Москит производит разведение мягких тканей шеи, двигаясь строго по средней линии по направлению к трахее. При формировании канала глубиной 1–1,5 см, как правило, для лучшего обзора в рану устанавливают крючки Фарабефа. Ориентировка в ране является залогом успешной безопасной трахеотомии. Ассистент, удерживая крючки, должен оказывать симметричные усилия, избегая перетягивания тканей в сторону от средней линии. Полезно, при сложной ориентации, периодически извлекать крючки и пальпировать пальцем трахею (прощупывать гофрированный контур). У детей и молодых женщин хрящи трахеи очень податливые, мягкие, трахея может попасть под крючок ассистента. В этом случае определить положение трахеи поможет пальпация щитовидного и перстневидного хрящей. При больших опухолях щитовидной железы, даже доброкачественных, трахея может быть сдавлена опухолью, но не потерять «гофрированности» и определяться пальпаторно. В случае неуверенности или при возможной потере трахеи в ране перед вскрытием можно пропунктировать трахею иглой с шприцем — наличие воздуха подтвердит правильность действий.

5. Гемостаз необходимо осуществлять до вскрытия трахеи для профилактики аспирации крови в нижние дыхательные пути, однако в экстренной ситуации достаточно ограничиться наложением зажимов без лигирования сосудов или даже простым тампонированием раны. После восстановления дыхания проводят тщательное лигирование кровоточащих сосудов, так как в послеоперационном периоде сохраняется риск аспирации крови и может быть усиление кровотечения на фоне стабилизации гемодинамики больного.

6. Выбор уровня рассечения трахеи (выше, ниже перешейка щитовидной железы или с его пересечением) во многом зависит от анатомических особенностей больного, предполагаемого уровня стеноза, экстренности клинической ситуации [3]. При небольшом перешейке и длинной шее, как правило, его удастся деликатно сместить кверху или книзу, при этом обнажив кольца трахеи. При большом перешейке и короткой плохо разгибающейся шее адекватная визуализация трахеи возможна только после его пересечения на зажимах и прошивания для надежного гемостаза. При подозрении на стеноз трахеи или на распространение патологического процесса гортани в трахею имеет смысл накладывать трахеостому максимально низко. Однако в нижних отделах шеи над претрахеальной фасцией имеются богатые венозные сплетения, ранение которых чревато массивным кровотечением. Кроме того, низко расположенный раневой канал — более

длинный, что повышает риск формирования ложного хода при смене трубки в послеоперационном периоде, вероятность развития подкожной эмфиземы. У пожилых людей нередко имеется физиологическое опущение гортани, нижний край щитовидного хряща проецируется ниже верхнего края яремной вырезки грудины. Верхняя трахеотомия — единственно возможный вариант в этом случае — может быть осуществлена только после вытягивания гортани кверху однозубым крючком за перстневидный хрящ. В экстренных случаях следует избегать пересечения перешейка щитовидной железы. В большинстве случаев, даже при больших его размерах, после пересечения перстнещитовидной связки удается мобилизовать и эффективно сместить перешеек книзу. При больших опухолях щитовидной железы перешеек приходится пересекать. При неустановленном морфологическом диагнозе после восстановления 10 дыхания должен быть взят материал из ткани щитовидной железы для гистологического исследования. Верхняя трахеотомия технически часто представляется более простой, однако может не решить проблему восстановления дыхания при стенозе трахеи, кроме того, близкое расположение трахеостомического канала к перстневидному хрящу часто приводит к развитию хондроперихондрита гортани с последующим формированием хронического стеноза гортани, а потому деканюлировать такого больного будет очень сложно.

7. Разрез передней стенки трахеи предпочтительно проводить в горизонтальном направлении строго между кольцами трахеи. При правильном положении больного межхрящевые промежутки увеличены, при рассечении трахеи появляется зияние, пузыри воздуха, что облегчает введение зеркала Киллиана или трахеорасширителя Труссо. Необходимо избегать широких разрезов на трахее (более  $1/3$  окружности трахеи) из-за риска пересечения возвратных нервов в трахеопищеводной борозде, кроме того, широкий разрез создает предпосылки для развития подкожной эмфиземы в послеоперационном периоде, а также увеличивает риск отрыва трахеи при грубой установке трахеостомической канюли. На этом этапе при выполнении трахеотомии у детей младшего возраста хирурги нередко накладывают швы-держалки на края трахеи и фиксируют их лейкопластырной лентой на коже для облегчения смены трахеостомической трубки в последующем. Если планируется наложение стойкой трахеостомы (выполнение трахеостомии), то на этом этапе осуществляют подшивание краев трахеи к коже или выкраивают П-образное окно в передней стенке трахеи.

8. Введение трубки в просвет трахеи — очень ответственный момент. Если недостаточно рассечена передняя стенка трахеи или подобрана трубка несоответствующего диаметра, то форсированное введение трубки может привести к отслойке слизистой оболочки. При введении трубки нередко происходит перелом хрящей трахеи с пролабированием фрагментов в ее просвет. Этого можно избежать, используя следующий прием: удерживая канюлю в боковом положении, ввести ее верхний край в просвет трахеи, слегка «наступая» стенкой трубки на верхний хрящ (просвет трахеи при этом расширяется), далее вводят нижний край канюли, продвигая ее книзу с одновременным разворотом в продольное положение. После установки трахеостомической трубки в просвет трахеи необходимо обязательно проконтролировать правильность ее положения. Косвенным признаком правильного положения трубки является проведение

дыхательных шумов во все отделы легких при аускультации. Если операцию проводят в условиях ИВЛ, то после подключения трубки не должна падать сатурация кислорода, аппарат ИВЛ должен показывать такой же дыхательный объем, как до операции, или выше. Наилучшим вариантом является непосредственный визуальный контроль при помощи фиброскопа. Нужно убедиться не только в том, что трубка находится в просвете дыхательных путей, но и в том, что нижний ее конец расположен выше карины, а не в главном бронхе.

9. Не следует тщательно ушивать кожную рану, так как неизбежно возникающий кашель в послеоперационном периоде может спровоцировать попадание воздуха под давлением в мягкие ткани шеи и развитие подкожной эмфиземы. Кроме того, травма щитовидной железы или другой источник кровотечения могут остаться незамеченными во время операции, а после стабилизации гемодинамики начнется кровотечение, которое при плотно ушитой ране может привести к попаданию крови в нижние дыхательные пути.

10. Для профилактики аспирации раневого отделяемого и образования подкожной эмфиземы в первые сутки после наложения трахеостомы предпочтительнее использовать трахеостомическую канюлю с манжетой. Правильно подобранная трахеостомическая канюля с манжетой препятствует повышению давления воздуха в трахеостомическом канале при кашле и возможной аспирации сукровичного отделяемого в просвет трахеи. Формирование сукровичных корок в просвете трахеи в первые сутки после операции может быть причиной асфиксии и гибели больного. Операцию заканчивают либо продолжением ИВЛ через трахеостому, либо установкой увлажнителя на торцевой конец трубки и продолжения самостоятельного дыхания. Если больного переводят в реанимационное отделение, то целесообразно дополнительно подшить трахеостомическую трубку к коже за отверстия, к которым привязывается тесьма. Это позволит избежать случайного выпадения трахеостомической канюли, например при перекладывании больного. Частичное или полное выпадение трубки из трахеостомического канала может привести к гибели больного от асфиксии, если выпадение не будет вовремя замечено персоналом реанимационного отделения. В течение первых нескольких суток после операции канал обычно недостаточно стойкий, и повторная установка канюли без помощи опытного отоларинголога и дополнительных инструментов может оказаться невозможной. При смене канюли, в случае невозможности установить ее в трахею, необходимо срочно выполнить интубацию трахеи. Подшивание колец трахеи к коже при наложении трахеостомы облегчает повторную установку канюли

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5) Комментарий:** *информацию по диагностике и терапии крупа, эпиглоттита и др. заболеваний см. в соответствующих клинических рекомендациях*

## **2.2 Иное лечение**

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

**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 **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

и лицам с голосоречевыми профессиями с острым ларингитом **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.

**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.*

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ  
ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ ЛАРИНГИТ»

ТАШКЕНТ – 2025

### **3. Основная часть**

#### **3.1 Введение**

##### **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.

**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.*

#### **3.2 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

#### **3.3 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.

#### **3.4 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.

**Список использованной литературы (необходимы ссылки на перечисленные источники в тексте протокола).**

1. Болалик давридаги Оториноларингология . Қ. Қ. Қосимов, С. А. Ҳасанов. Н. Х. Воҳидов Бухоро «Садриддин Салим Бухорий» Дурдон нашри 2020 й.
2. Оториноларингология // дарс (ўзбек тили, лотиний алифбосидаги). С. А. Ҳасанов, Н. Х. Воҳидов Тошкент-2013 й. 463 бет.
3. Оториноларингология (Ўзбекистон тили, лотин алифбосидаги) / / қ.қ. Қосимов, С. А. Ҳасанов . Н. Х. Воҳидов У. Н. Воҳидов Д. Ф. Шамсиев. - Т.: «фан ва технология», 2019 йил,.
4. Оториноларингология // Н. Х. Воҳидов. Ўзбекистон тили, лотин алифбосидаги) услубий кулланма 2022 й. Тошкент шаҳри.
5. Orntoft I., Bonding P., Ectopic adenoid tissue in the choanae// J. Laryngol. Otol.- 2001/Vol.115, №3. P.198-201.
6. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. Учебник для вузов. М.: Гэотар-Мед. -2002.С. 259-268.
7. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. – М.: Медицина.- 1997.-608с.
8. Список основных лекарственных средств ВОЗ.
9. Британский национальный формуляр. www.bnf.com
10. Василенко Ю.С. Диагностика и терапия ларингита, связанного с гастроэзофагеальным рефлюксом / Рос. оториноларингология. 2002. - №1. - С.95-96. Богомилский М. Р., Чистякова В. Р. Детская оториноларингология. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2014. С. 624.
11. Дайняк Л. Б. Особые формы острых и хронических ларингитов / Вестник оториноларингологии. 1997. - №5. - С.45.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Романенко С.Г. Острый и хронический ларингит, Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.Т. Пальчуна. - М. - :ГЭОТАР-Медиа, 2012 – С. 541-547.
16. 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.
17. 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.
18. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. – М.: Боргес, 2002: 211-219.
19. 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,
20. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(6):CD000247. doi:10.1002/14651858.CD000247. pub 3, Published 2013 Jun 4.
21. Lesperance M.M. Zaezal G.H. Assesment and managment of laryngotracheal stenosis. / *Pediatric Clinics of North America.*-1996.-Vol.43, №6. P. 1413-1427.
22. 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,
23. 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
24. Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.Т. Пальчуна. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2012. 656 с.
25. Дайхес Н.А, Быкова В.П., Пономарев А.Б, Давудов Х.Ш. Клиническая патология гортани. Руководство-атлас. - М. - Медицинское информационное агентство. 2009.- С.160.
26. 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.
27. 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