

А. В. Цимар

Ларингіт

ЛАРИНГІТ (від грец. λάρυγξ (λάρυγγος) – гортань, горлянка) – [запалення](#) слизової оболонки гортані. Розрізняють гострий та хроніч. Л. Гострий Л. можуть спричиняти віруси (грип, парагрип, рино-, аденовіруси, вірус Епштейна–Барр) – 90 % та бактерії (*St. pyogenes*, бета-гемолітич. стрептокок групи А) – 10 %. Серед причин гострого Л. у дорослих – *Chlamydomphila pneumoniae*, *M. catarrhalis* (більшість штамів продукують бета-лактамази). Грибк. інфекція (кандидоз, криптококоз, гістоплазмоз) виникає переважно на тлі порушення імунітету (СНІД, рак, трансплантація органів, кортикостероїдна терапія, цукр. діабет). Л. також буває наслідком алергіч. реакції на хім. речовини, що потрапили на слиз. оболонку гортані, пил, дим, укуси комах, деякі харч. продукти (шоколад, яйця, молоко, цитрусові та ін.). Під час розвитку запалення в результаті алергіч. реакції можливий набряк всієї гортані або певного її відділу, який іноді загрожує життю хворого (стеноз). Алергіч. Л. властивий переважно дітям раннього віку. Значну роль у розвитку Л. відіграють куріння, зловживання алкоголем, перенапруження голосу, шкідливі профес. чинники, а також ендогенні чинники – потрапляння кислого вмісту шлунка в гортаноглотку, порушення обміну речовин, захворювання приносних пазух, глотки, нижніх дихал. шляхів, що супроводжуються кашлем, який подразнює гортань. Ларингоскопічно при гострому Л. визначають дифузно гіперемовану набряклу слиз. оболонку гортані. У просвіті гортані на її складках та між ними спостерігають в'язкий секрет, що перешкоджає їхньому змиканню. У цьому випадку голос поліпшується після відкашлювання. У тяжких випадках у просвіті гортані утворюються шкуринки, іноді з геморагіч. включеннями. Часто спостерігають неповне змикання голосових складок, пов'язане із запаленням голосового або черпакуватих м'язів. Одним із варіантів гострого Л. є крововилив голосових складок. Він проявляється гостро (голос раптово обривається, втрачає здатність до підвищення тону, тембр його стає приглушуватим, дисфонія швидко прогресує і за кілька хвилин може перейти в афонію) при надмір. напруженні голосової функції. Особливо сприятливим тлом є фізіол. схильність до геморагії (напр., при менструації) або патол. стани – капіляропатія, гіпертонія, геморагічні діатези, гостра респіраторна вірусна інфекція та ін. При ларингоскопії залежно від ступ. крововиливу виявляють вогнищеву або дифузну гіперемію голосової складки, яка розбухає і втрачає рухливість; іноді визначають джерело крововиливу – місце пошкодження кровонос. судини. Відчуття сторон. тіла змушує хворого

часто кашляти, проте це не приносить полегшення. Лікування крововиливу полягає в дотриманні протягом 8-ми днів повного голосового спокою. Теплові процедури при цьому абсолютно протипоказані. У лікуванні гострих Л. важливо дотримуватися неподразнювал. дієти, відмовитися від куріння і вживання алкогол. напоїв. Рекомендують застосування мукоактив. препаратів («АЦЦ», «Термопсис» та ін.); антибіотикотерапію, як правило, не практикують. За умов дотримання режиму і правил. лікування всі клін. прояви зникають через 7–10 днів. У дітей раннього віку (від 6-ти місяців до 3-х р., рецидиви можливі до 6-ти р.) гострий Л. може протікати у формі стенозуючого ларинготрахеїту (несправж. круп, вірус. круп; за даними різних авторів, зустрічається у 7–25 % дітей, хворих на грип та гострі респіраторні захворювання). Осн. патогенет. механізми, що формують дихал. розлади при ньому: набряк слиз. оболонки гортані і трахеї, спазм м'язів та гіперсекреція залоз слиз. оболонки гортані, трахеї і бронхів. Етіологію пов'язують з вірусами грипу, парагрипу, респіраторно-синцитіал. вірусом, аденовірус. інфекцією. Летальність при цьому захворюванні становить 1,5 % (переважно від ускладнень). Клін. картина хвороби зумовлена наявністю у дітей у підслиз. шарі підголосового простору гортані пухкої сполуч. тканини, яка легко набрякає при вірус. інфекції і викликає стеноз. Серед її проявів – раптовий напад кашлю вночі, стридорозне дихання зі збереженням голосу, збудженість дитини, акроціаноз, активність додаткових дихал. м'язів. У 80 % випадків напад закінчується самостійно, в ін. – необхідна негайна шпиталізація. Гострий епіглотит – прогресуюче запалення надгортанника і навколиш. тканин, яке призводить до розвитку тяжкого стенозу гортані. Може розвинути у будь-якому віці, супроводжується болем у горлі, підвищенням температури тіла, дисфонією та дисфагією, але при цьому практично відсутні видимі зміни при огляді глотки. Причинами захворювання, як правило, є локал. переохолодження гортані та травми. Найчастіше збудником у дорослих є гемофіл. паличка типу Б, рідше – бета-гемолітич. стрептокок групи А (*St. pyogenes*). У 50–100 % дітей причиною є *H. influenzae*. Враховуючи небезпеку розвитку асфіксії, пацієнти підлягають терміновій шпиталізації. У дітей першочерговим завданням є відновлення прохідності дихал. шляхів, відразу після встановлення діагнозу – ендотрахеал. інтубація або накладання трахеостоми. У дорослих набір для виконання трахеостомії повинен знаходитися біля ліжка пацієнта, парентерал. антибактерійну терапію необхідно здійснювати відразу ж після встановлення діагнозу. Препаратами вибору є «Амоксицилін / Клавуланат», цефалоспорини 3-го покоління («Цефотаксим», «Цефтриаксон»). Гортанна ангіна – гостре неспецифічне запалення лімфоїд. тканини гортані, що супроводжується розвитком набряку та інфільтрації слиз. оболонки, у низці випадків спостерігають абсцес. Запалюється лімфоїдна тканина, розташована у гортан. шлуночках, черпакувато-надгортан. складках, міжчерпакуватому просторі тощо. Етіол. чинниками є *St. pyogenes*, *St. pneumoniae*, анаеробна флора. Гортанна ангіна часто розвивається після перенесеного гострого респіратор. захворювання, тонзиліту, травми сторон. тілом. Їй сприяє місц. або заг. переохолодження. Перебіг захворювання характеризується гострим початком,

вираженою інтоксикацією, фебрил. т-рою з першого дня захворювання. Хворий скаржиться на біль при ковтанні, відчуття сторон. тіла в горлі, гіперсалівацію, іноді – на задуху. Голос може залишатися чистим. Фарингоскопічна картина нормальна. При пальпації гортані, її пасив. зміщенні виникає різкий біль. Хронічні Л. – група захворювань, при яких слиз. оболонка гортані зазнає незворот. запал. змін. Їх осн. симптомом є персистуюча хриплість голосу. Найчастіше причиною захворювання є рецидивуючий гострий Л. Вагому роль відіграють супутні захворювання порожнин носа (хронічні риносинусити) або ротової порожнини, гастроєзофагеал. рефлюкс, діафрагмал. кила, недостатність кардіал. сфінктера, хвороби серця і легенів, які призводять до застою в малому колі кровообігу, порушення вуглевод. обміну. При тривалому застосуванні стероїд. інгаляторів може виникнути захриплість, пов'язана з впливом хрому (зникає після припинення користування ними). Виділяють форми хроніч. Л.: катарал., атрофіч. та гіперпластичний (гіпертрофічний). При катарал. формі спостерігають застійні явища, потовщений плаский епітелій, збільшені залози присінкових (вестибуляр.) складок. Пізніше набряк перетворюється на фіброз та гіперплазію слиз. оболонки, що призводить до її потовщення. При атрофіч. формі Л. слиз. оболонка гортані тоншає, стає сухою внаслідок загибелі залоз. У слиз. і підслиз. шарах виявляється дрібноклітинна інфільтрація, згодом ущільнюється сполучна тканина, зникають залози й облітеруються просвіт частини судин, унаслідок чого слиз. оболонка втрачає своє звичайне забарвлення і природну вологість. Для гіперпластич. Л. характерна гіперплазія як епітелію, так і підслиз. шару. Вона може бути дифуз. або обмеженою (кератоз, лейкоплакія, пахідермія). При пахідермії, що завжди локалізується в задніх відділах гортані, виявляється папілярна і тяжиста гіперплазія покрив. епітелію у поєднанні із запал. процесом, реактив. проліферацією та ущільненням підлеглої сполуч. тканини. Для лейкоплакії, що локалізується в перед. відділах голосових складок, характерна пласка або сосочкова гіперплазія епітелію зі знач. збільшенням кількості шарів. Обмежені форми гіперпластич. Л. є факультатив. формами передракових захворювань гортані. Набряк Рейнке – доброякісне новоутворення, що найчастіше поширюється на обидві голосові складки. Як правило, це прояв рецидивуючого або хроніч. Л. за участі певних алергіч. чинників, дуже часто він розвивається у курців. Зустрічається як у чоловіків, так і в жінок, хоча останнім часом серед хворих переважають особи жін. статі. Однією з форм обмеженого хроніч. Л. є т. зв. вузли співаків. За класич. уявленнями, їхній патогенез зумовлений гіпотоніч. (гіпофункціон., гіпокінетич.) станом вокал. м'язів, що мех. шляхом викликає потовщення слиз. оболонки у звич. ділянках. Гістол. дослідж. показали, що при вузлах співаків мова йде про місц. ексудативну запал. реакцію часто ангіоневротич. походження. Крім того, вони утворюються не зі слиз. оболонки, а з мезенхіми. Припускають, що вузли співаків є наслідком розриву волокон голосових м'язів у місцях їхнього прикріплення до голосових зв'язок. Лікування обмежених форм хроніч. Л., як правило, хірургічне.

Рекомендована література

1. Максимов И. Фониатрия. Москва, 1987;
2. Комаровский Е. О. Вирусный круп у детей. Х., 1993;
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія: Лекції. К., 2000;
4. Заболотний Д. І., Мітін Ю. В., Безшапочний С. Б., Дєєва Ю. В. Оториноларингологія: Підруч. К., 2011;
5. Ургентная оториноларингология. К., 2013.

Бібліографічний опис:

Ларингіт / А. В. Цимар // Енциклопедія Сучасної України [Електронний ресурс] / Редкол.: І. М. Дзюба, А. І. Жуковський, М. Г. Железняк [та ін.] ; НАН України, НТШ. – К. : Інститут енциклопедичних досліджень НАН України, 2016. – Режим доступу:

<https://esu.com.ua/article-53301>

2001-2025 © Ця енциклопедична стаття захищена авторським правом згідно з чинним законодавством України ([докладніше](#)).