

ХРОНИЧЕСКИЙ ЛАРИНГИТ

Хронический ларингит составляет 8,4% по отношению ко всей патологии ЛОР-органов. Возникновению патологического процесса в гортани способствуют многие факторы: повторяющиеся острые ларингиты, длительное и чрезмерное напряжение голоса, курение, употребление алкогольных напитков, различные профессиональные вредности, в частности вдыхание пыли и газов. Патология находящихся над гортанью дыхательных путей (хронический ринит, синусит, искривление перегородки носа, тонзиллит, фарингит) также может служить причиной хронического воспаления гортани. Предрасполагающими моментами являются заболевания сердца и легких, которые ведут к застойным явлениям в верхних дыхательных путях. Существенную роль играет уровень общей сенсibilизации организма. У больных хроническим атрофическим ларингитом особенно часто выявляются заболевания ЖКТ, сердечно-сосудистой системы, хронические заболевания бронхов, хронический нефрит, эндокринные заболевания. Одним из частых предрасполагающих моментов в возникновении хронического атрофического ларингита является нарушение углеводного обмена.

Клиническая картина и диагностика.

При хроническом ларингите больные предъявляют жалобы на охриплость голоса, чувство упорного першения, неловкости в горле, кашель, стенозирование. Эти симптомы больше беспокоят по утрам.

Ларингоскопическая картина чрезвычайно разнообразная. Часто в области складок преддверия припухлость более выражена, поэтому они значительно прикрывают голосовые складки, при фонации они смыкаются, в связи с чем голос становится хриплым. Может быть и хроническое подскладочное припухание, при котором ларингоскопическая картина сходна с таковой при ложном крупе. В местах, покрытых плоским эпителием (на голосовых складках, на задней стенке и черпаловидных хрящах), слизистая оболочка вследствие утолщения эпителия кажется серо-красной или беловатой. Если утолщения эпителия местами очень сильные, говорят о пахидермии гортани. Локализуется она на задней стенке гортани, где образуются бородавчатые или зубчатые разрастания, на внутренней поверхности черпаловидных хрящей и голосовых складках.

Различают *три основные формы* хронического ларингита: катаральную, гипертрофическую, атрофическую.

При *хроническом катаральном ларингите* наблюдается легкая гиперемия и утолщение слизистой оболочки, голосовые складки смыкаются не полностью, на них нередко отмечаются наложения вязкой слизи.

При *хроническом гипертрофическом ларингите* гиперплазии подвергается как эпителиальный покров, так и подслизистая ткань. Гиперплазия многослойного плоского эпителия ведет к развитию пахидермии, лейкоплакии и кератоза. В основе пахидермии лежит мощная папиллярная и тяжистая гиперплазия покровного эпителия в сочетании с воспалением, реактивной пролиферацией и огрубением подлежащей соединительной ткани. Лейкоплакии свойственна плоская или сосочковая гиперплазия со значительным увеличением числа слоев. В основном возрастает количество клеток в базальном и шиповидном слоях. При гиперкератозах изменяются зернистый и роговой слои, они резко утолщены.

Хронический гипертрофический ларингит делится на диффузный и ограниченный. Наиболее постоянным симптомом для всех видов хронического гипертрофического ларингита является охриплость. При пахидермиях гортани, особенно в межчерпаловидной области, охриплость выражена очень резко, вплоть до афонии. При диффузной форме ларингоскопически выявляется утолщение слизистой гортани и её гиперемия в период обострения. При гипертрофии складок преддверия отмечается увеличение их с одной или с обеих сторон, они частично или полностью прикрывают голосовые складки. Иногда у таких больных роль голосовых складок выполняют складки преддверия.

Ограниченные формы хронического гипертрофического ларингита характеризуются локальностью процесса в определенных отделах гортани.

При *хроническом атрофическом ларингите* слизистая оболочка гортани становится истонченной и суховатой вследствие потери железистого аппарата. В слизистой и подслизистой тканях выражена мелкоклеточная инфильтрация. По мере развития процесса уплотняется соединительная ткань, исчезают железы и облитерируется просвет некоторых сосудов. Сохранившиеся железы продуцируют густую слизь, которая высыхает и приводит к образованию корок. Клиническая картина зависит от распространенности процесса. Больных беспокоят сухость, першение, ощущение инородного тела в горле, кашель с трудно отделяемой мокротой. Ларингоскопически определяется истончение слизистой оболочки гортани, выраженная сухость ее, наличие вязкой мокроты и корок.

Особую ценность в диагностике заболеваний гортани представляет *микроларингоскопия*, которая позволяет отграничить доброкачественные изменения от изменений, подозрительных на рак, провести прицельную биопсию. Принцип микроларингоскопии заключается в изучении состояния слизистой оболочки гортани с помощью микроскопа. Микроларингоскопию можно проводить с диагностической и лечебной целью.

Дифференциальная диагностика.

Хронический ларингит нужно дифференцировать с опухолями, склеромой, туберкулезом и сифилисом гортани.

Ранним симптомом рака является охриплость. Позже присоединяются тягостные позывы к откашливанию, местные боли с иррадиацией в ухо, усиливающиеся при разговоре. Ларингоскопические данные: небольшая краснота на одной стороне с незначительной припухлостью. Иногда видна ограниченная или полиповидная опухоль с бугристой поверхностью, беловатого или матово-красного цвета. Голосовая складка инфильтрирована и ограничена в подвижности. Затем охриплость усиливается до афонии, возрастают боли и дисфагические явления, присоединяются первые симптомы сужения гортани, в мокроте появляются прожилки крови.

Первичный сифилис в гортани наблюдается крайне редко. Появляется твердый шанкр на надгортаннике, черпаловидном хряще, черпалонадгортанных складках, реже в области голосовой щели. Проявления вторичного сифилиса зависят от формы. При эритематозной форме имеется разлитая гиперемия всей слизистой оболочки, которая затем принимает багровый оттенок. Эрозивная форма характеризуется множеством поверхностных эрозий, окруженных ярко-красной каймой. Сифилитическому хордиту свойственны изолированные инфильтраты, асимметрично располагающиеся на голосовых складках отдельными или сливающимися бляшками величиной меньше чечевицы, жемчужного цвета, возвышающиеся на гиперемированной слизистой оболочки. При третичном сифилисе образуется глубокая третичная язва с характерными, резко очерченными краями, сальным дном. Язва мало болезненна.

Симптомы туберкулеза гортани разнообразны и зависят от локализации процесса. Вначале больной отмечает быструю утомляемость голоса и неприятные ощущения при разговоре. Со временем инфильтрация увеличивается и голосовая складка приобретает веретенообразную форму. Инфильтрат имеет вид плоского, сидящего на широком основании утолщения серо-красного или синевато-серого цвета. В последующем появляется туберкулезная язва.

Склеромное поражение гортани проявляется инфильтратами, расположенными в подскладочном пространстве. При больших размерах инфильтратов голосовая щель может быть резко сужена.

Лечение.

Проблема терапии хронического, особенно гипертрофического ларингита, остается актуальной в связи с длительностью его течения, слабой результативностью лечения, наличием в ряде случаев сопутствующего дискератоза и способностью к переходу в злокачественные новообразования.

Больному хроническим ларингитом следует настоятельно рекомендовать прекратить курение, не употреблять алкоголь, не перенапрягать голос. Одновременно нужно лечить

заболевания носа и носоглотки, поскольку дыхание через рот вредно отражается на состоянии гортани.

При хроническом катаральном ларингите широко используются ингаляторные процедуры типа щелочных и масляных ингаляций.

При хроническом гипертрофическом ларингите лечение зависит от выраженности процесса, его длительности и микроларингоскопической картины. В гортань вливают противовоспалительные средства: 10% раствор иманина, химотрипсин, разведенный в физрастворе, гидрокортизон, сок каланхоэ. Применяют и вяжущие средства: 3% раствор колларгола, водно-глицериновый раствор танина. При данной форме ларингита широко применяют хирургическое лечение. Под контролем микроскопа удаляют гиперплазированный эпителий, пахидермию, лейкоплакию, полипозно-измененную слизистую оболочку гортани. Удаление их является профилактикой рака.

При атрофическом ларингите назначают щелочно-калиевые или сероводородные ингаляции. Обычно сочетаются щелочные и масляные ингаляции. При наличии корок и густого отделяемого в гортани рекомендуется аэрозольтерапия химотрипсином.

Хронический гипертрофический ларингит, дискератозы слизистой оболочки гортани относятся к группе предраковых состояний, поэтому лица с подобными заболеваниями подлежат диспансерному наблюдению.

Снижению заболеваемости ларингитами способствует профилактика простудных заболеваний, закаливание организма, своевременная санация носа, околоносовых пазух и глотки, а также исключение вредных привычек.