Острый ларингит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: J04.0, J04.2 · Союз педиатров России, Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

Острый ларингит — острое воспаление слизистой оболочки гортани длительностью до 3 недель; ведущие проявления — дисфония, боль в горле и кашель. Рекомендация посвящена диагностике, оценке стеноза и дыхательной недостаточности, консервативному лечению и экстренной тактике при осложнённых формах.

Главное

- При длительности заболевания более 3 недель следует исключать аутоиммунную природу заболевания.
- Одышка, стридор, втяжение межрёберных промежутков и надключичных ямок, вынужденное положение с запрокинутой головой указывают на стеноз гортани; при абсцессе надгортанника невозможность глотать может предшествовать быстрому нарушению дыхания.
- Фебрильная температура чаще отражает вовлечение нижних дыхательных путей или переход катарального процесса во флегмонозный; для инфильтративной и абсцедирующей форм характерны выраженная боль, дисфагия, слюнотечение и интоксикация.
- Неосложнённый ларингит без стеноза на фоне ОРВИ обычно не требует госпитализации; осложнённые формы подлежат госпитализации.
- При неосложнённом течении на фоне вирусной инфекции антибиотики не назначают, если симптомы сохраняются до 10 дней; системная антибактериальная терапия нужна при осложнённом или затяжном течении длительностью 10 дней и более.
- При любой дисфонии необходим голосовой покой 1–2 суток, затем ограничение голосовой нагрузки; нельзя кричать и шептать, следует отказаться от курения, алкоголя, горячей, холодной и острой пищи.

Диагностика

1. Собрать анамнез: оценить внезапность начала на фоне небольшого недомогания и ухудшение общего состояния при тяжёлом течении. Уточнить дисфонию, боль при глотании, кашель, температуру; при тяжёлом течении — невозможность глотать жидкость, слюнотечение и нарушение дыхания.
2. Провести осмотр врачом-оториноларингологом, врачом общей практики или педиатром (УУР С, УДД 5), отдельно оценив дыхательную недостаточность. Одышка I степени возникает при нагрузке, II — при малой нагрузке, III — в покое.
3. Определить стадию стеноза: компенсация — одышка при ходьбе и сужение просвета на 1/3; субкомпенсация — инспираторная одышка, стридор и втяжения при нагрузке, сужение на 1/2 и более; декомпенсация — поверхностное частое дыхание, выраженный стридор, цианоз и снижение давления; асфиксия — прерывистое или отсутствующее дыхание.
4. Выполнить ларингоскопию для оценки локализации, протяжённости патологического процесса и степени сужения дыхательных путей (УУР С, УДД 5). Если непрямая ларингоскопия невозможна, провести видеофиброринофаринголарингоскопию.
5. Назначить общий анализ крови для оценки воспалительной реакции, включая лейкоцитоз и повышение СОЭ (УУР С, УДД 4). При флегмонозном ларингите при госпитализации требуется комплексное клинико-лабораторное обследование (УУР С, УДД 5).
6. При наличии гнойного отделяемого выполнить культуральное исследование на аэробные и факультативно анаэробные микроорганизмы с определением возбудителя и его чувствительности к антибактериальным и/или другим лекарственным препаратам (УУР С, УДД 4).
7. У детей младшего и дошкольного возраста провести пульсоксиметрию для оценки дыхательной недостаточности и необходимости оксигенотерапии (УУР В, УДД 2). КТ гортани с внутривенным болюсным контрастированием используют при подозрении на гнойные осложнения или сложной дифференциальной диагностике (УУР С, УДД 5).

Лечение

- При фебрильной лихорадке применяют жаропонижающие и противовоспалительные препараты (УУР С, УДД 5). Детям: ибупрофен 7,5 мг/кг каждые 6–8 часов, максимум 30 мг/кг/сут, или парацетамол 10–15 мг/кг каждые 6 часов, максимум 60 мг/кг/сут.
- Не следует рекомендовать обильное питьё при катаральном ларингите на фоне ОРВИ (УУР В, УДД 2). Противокашлевые и отхаркивающие препараты детям рутинно не назначают; исключение — мучительный кашель, после исключения бронхиальной обструкции и крупа (УУР С, УДД 5).
- Использовать местную противовоспалительную терапию, включая ингаляции (УУР С, УДД 5). Температура вливаемых лекарственных средств должна соответствовать нормальной температуре тела, их вливают по каплям в объёме до 2 мл; эндоларингеальные вливания детям не проводят из-за угрозы развития ларингоспазма.
- Антибиотики назначают при осложнённом или затяжном течении длительностью 10 дней и более; при неосложнённом вирусном ларингите с симптомами до 10 дней их не применяют (УУР С, УДД 5). Среди приведённых схем: взрослым амоксициллин 500–1000 мг 3 раза в сутки 5–10 дней или амоксициллин/клавуланат 875/125 мг 2 раза в сутки 5–10 дней; детям амоксициллин 40–60 либо 80–90 мг/кг/сут 5–7 дней.
- Противогрибковые препараты эмпирически не назначают. После верификации кандидозного поражения взрослым целесообразно назначать флуконазол 100 мг/сут или итраконазол 100 мг 1 раз в сутки в течение 15 дней (УУР С, УДД 5).
- Небулайзерные ингаляции проводят обычно 10 минут, выдерживая около 30 минут между препаратами разного действия (УУР С, УДД 4). При корках сначала используют ацетилцистеин ингаляционно по 3 мл 1–2 раза в день 5–7 дней; будесонид — 1000 мкг 1–2 раза в день, курс 5–8 процедур.
- При дисфагии на фоне тяжёлого ларингита проводят дезинтоксикацию, коррекцию гиповолемии, глюкокортикостероидную терапию и парентеральное питание (УУР С, УДД 5). Для дестенозирующей терапии указано парентеральное введение глюкокортикоидов 60–120 мг.
- При декомпенсированном стенозе у детей выполняют неотложную интубацию; если интубация невозможна, проводят трахеостомию или коникотомию (УУР С, УДД 5). Хирургическое лечение показано при осложнённых формах острого ларингита.

Когда направить и как наблюдать

- Не госпитализировать пациентов с острым ларингитом без стеноза на фоне ОРВИ при отсутствии осложнений.
- Экстренно госпитализировать при острой дыхательной недостаточности более I степени.
- Пациентов с флегмонозным, абсцедирующим, инфильтративным ларингитом или хондроперихондритом направлять в стационар с отделением интенсивной терапии и возможностью интубации трахеи.
- Выписка возможна при положительной динамике воспаления, отсутствии дыхательной недостаточности и осложнений.
- Пациентам голосоречевых профессий после острого ларингита нужен осмотр оториноларинголога до полного восстановления голоса; неосложнённый процесс обычно разрешается за 7–14 дней, инфильтративные формы — более чем за 14 дней.

Частые вопросы

Как подтвердить диагноз острого ларингита?

Диагноз опирается на внезапное начало, дисфонию, боль при глотании, кашель и данные осмотра. Основной инструментальный метод — ларингоскопия; при невозможности непрямого осмотра проводят видеофиброринофаринголарингоскопию.

Когда при остром ларингите нужны антибиотики?

При осложнённом течении или сохранении симптомов 10 дней и более. При неосложнённом вирусном ларингите с длительностью симптомов до 10 дней антибактериальная терапия не проводится.

Какие дозы жаропонижающих указаны для детей?

Ибупрофен — 7,5 мг/кг каждые 6–8 часов, максимум 30 мг/кг/сут. Парацетамол — 10–15 мг/кг каждые 6 часов, максимум 60 мг/кг/сут.

Какие признаки требуют срочной госпитализации?

Показанием является острая дыхательная недостаточность более I степени. Также госпитализируют всех пациентов с осложнённым течением, особенно при флегмонозной, абсцедирующей или инфильтративной форме и хондроперихондрите.

Какой голосовой режим нужен при дисфонии?

Нужен полный голосовой покой в течение 1–2 суток, затем ограничение любой голосовой нагрузки. Нельзя кричать и шептать; также следует исключить курение, алкоголь и горячую, холодную и острую пищу.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/309-ostryj-laringit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/309_2