

Респираторные заболевания у детей

Профессор Ершова И.Б.

ОРЗ – ключевые положения

- **Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей (J00–J06, МКБ-10) характеризуются полиэтиологичностью и сходством клинических проявлений при широком диапазоне тяжести течения и локализации поражения респираторного тракта**
- **Выделяют ОРЗ/ВДП (ринит, синусит, фарингит, ларингит, тонзиллит) и ОРЗ/НДП (трахеит, бронхит, пневмония)**

common cold - острый назофарингит

(Dorland's Illustrated Medical Dictionary, 2008)

Наиболее часто ОРЗ болеют дети раннего возраста. Чем это обусловлено?

- 📖 Носовые ходы узкие, нижний носовой ход формируется к 4 годам, раковины толстые.
- 📖 Гортань у детей имеет воронкообразную форму, относительно узкая, её хрящи нежны и податливы.
- 📖 Слизистая оболочка нежная, богато васкуляризована
- 📖 Грудная клетка находится как бы в состоянии вдоха + слабость дыхательной мускулатуры → малые экскурсии грудной клетки и поверхностный характер дыхания.
- 📖 Лёгкие богаты соединительной тканью, эластичная ткань развита слабо → они менее воздушны и более полнокровны → обструкция и ателектазы

ЭТИОЛОГИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

□ ВИРУСНАЯ

- Грипп А, В, С
- Парагрипп
- Аденовирусная инфекция
- РС – инфекция
- Риновирусная инфекция
- Хламидийная и микоплазменная инфекции

85-90%

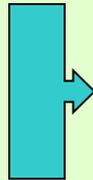
□ БАКТЕРИАЛЬНАЯ

- Пневмококк
- Гемофилус инфлюэнция тип В
- Стафилококк и др.

Всего около 200 возбудителей ОРЗ.

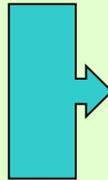
Патогенез респираторной инфекции

■ Первая фаза



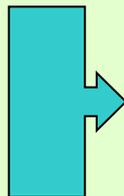
- Проникновение патогена в дыхательные пути
- Фиксация на поверхности слизистой оболочки
- Репликация и цитопатическое действие на ткани респираторной системы (РС)

■ Вторая фаза



- Активация факторов неспецифической защиты, хемотаксиса и молекул адгезии
- Инфильтрация слизистой клеточными инфильтратами (макрофаги, нейтрофилы)

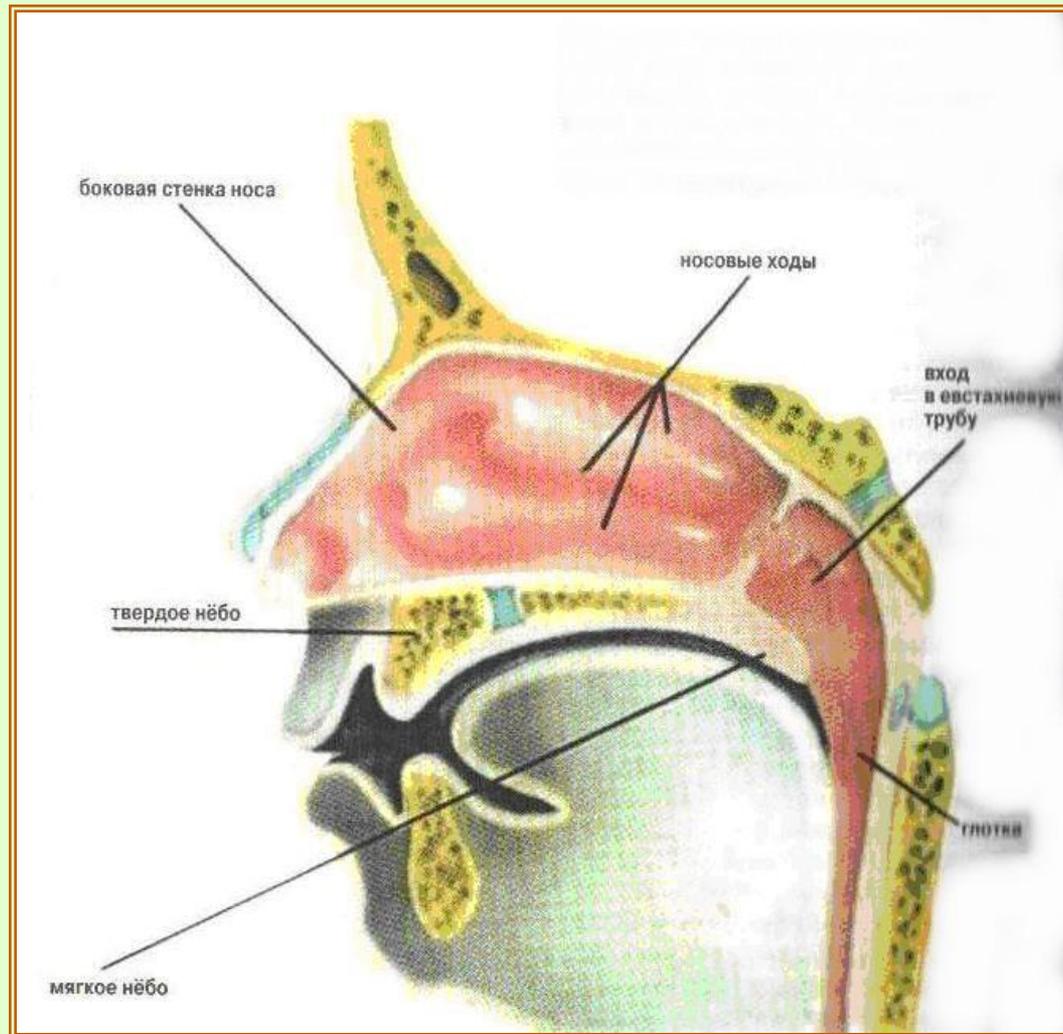
■ Третья фаза



- Нарушение мукоцилиарного клиренса, гиперсекреция вязкой слизи
- Выделение медиаторов воспаления (цитокины, протеазы и др)
- Бронхоспазм
- Активация специфического иммунного ответа, в том числе и антиаллергического

Ринит –

воспаление слизистой оболочки носа (насморк)



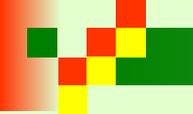


КЛАССИФИКАЦИЯ

Подразделяют риниты по 6 позициям:

- этиологии,
- клиническому течению,
- морфологическому характеру
- патологического процесса,
- периодам заболевания,
- функциональному состоянию
- и возрастным особенностям.

Наиболее полной является классификация ринитов по Т.И. Гаращенко (1998)



По характеру течения риниты подразделяются на **острые и хронические**.

При остром рините выделяются группы **инфекционного и неинфекционного ринита**.

I. Инфекционные риниты:

- **бактериальный простой ринит**;
- бактериальный ринит — **специфический и неспецифический** (гонорейный, менингококковый, листериозный, дифтерийный, скарлатинозный, иерсиниозный и т. д.);
- **вирусный ринит**;
- **грибковый ринит**;
- **ринит, вызванный простейшими** (хламидии, микоплазмы).

■ II. Вирусные риниты

респираторно-вирусные риниты;

- **эпидемиологические риниты** (коревой, ветряночный, краснушный, моноклеозный, ЕХО-коксаки ринит);
- **риниты герпетической группы** (вирус простого герпеса 1, 2, 6 типов, ЦМВ);
- **ВИЧ-ринит.**

В острых неинфекционных ринитах целесообразно выделять:

- **травматический**;
- **токсический** (в том числе от пассивного курения);
- радиационный;
- **медикаментозный**;
- **неврогенный ринит** (риноневроз);
- **аллергический ринит.**

■ По характеру патологического процесса острый ринит подразделяется на следующие группы:

- **катаральный** (серозный, экссудативный, геморрагический, отечно-инфильтративный);
- **гнойный**;
- **гнойно-некротический**.

По течению: **острое, подострое, затяжное**.

Хронический ринит подразделяется на **инфекционный и неинфекционный**.

К инфекционным хроническим ринитам относятся:

- **специфические бактериальные риниты** (туберкулезный, сифилитический, лепрозный, гонорейный, озена и др.);
- **неспецифические бактериальные риниты** (вызванные патогенной и условнопатогенной микрофлорой);
- **вирусные риниты** (герпетический, ЦМВ, ВИЧ и т.д.)

Аллергические

Интерметирующий: симптомы присутствуют ≤ 4 дней в неделю или < 4 недель в году.

Персистирующий: симптомы присутствуют ≥ 4 дней в неделю или > 4 недель в году.

Профессиональный: латекс, химические в-ва и т.д.

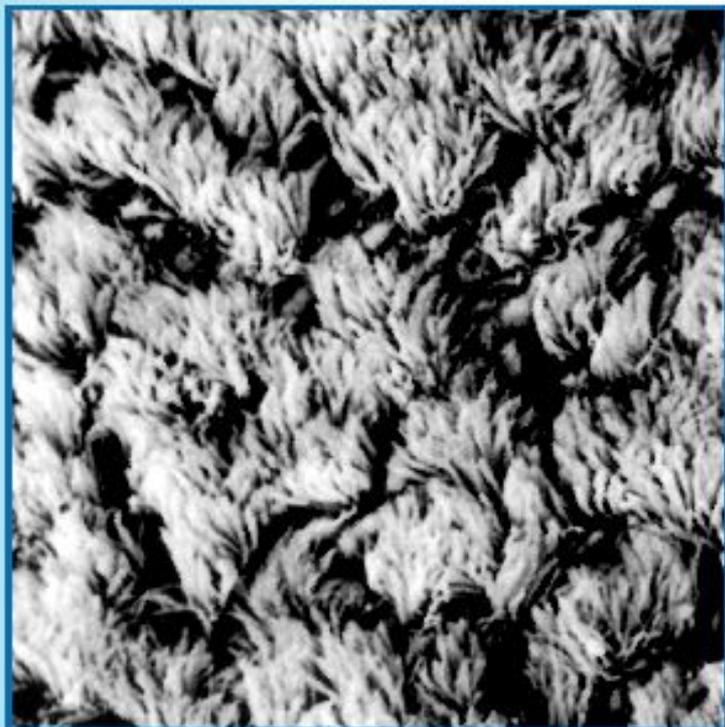
Другие

Локальные:

- идиопатический, индуцированный лекарствами: β -блокаторы, НПВС, деконгестанты и т.д.

Системные: муковисцидоз, с-м Янга, с-м Картагенера и т.д.

Схема строения слизистой носа:



Слизистая носа здорового человека



Слизистая носа в период
острого ринита

В клиническом течении острого ринита выделяют три стадии:

I – сухая стадия раздражения слизистой оболочки, (несколько часов).

Начинается остро с ухудшения общего состояния:

- **$\uparrow t^0$, головная боль,**
- **изменяется тембр голоса (закрытая гнусавость),**
- **понижается обоняние,**
- **ощущение жжения, щекотания и царапания в носовой полости.**

Риноскопически определяется гиперемия слизистой оболочки, выделений нет, носовые ходы сужены, дыхание через нос затруднено.

Стадии ринита:

II - ↑ количество серозно-слизистого секрета за счет проницаемости сосудов, и усиления функции бокаловидных клеток и слизистых желез (появляется краснота и болезненные трещины около носовых отверстий).

Отек слизистой оболочки полости носа приводит к нарушению дренажа придаточных пазух носа и среднего уха, что создает благоприятные условия для бактериальных осложнений. При отсутствии носового дыхания прекращается поток физиологических импульсов на внутренние органы и системы. Это проявляется нарушением памяти, шумом в ушах, вялостью, адинамичностью.

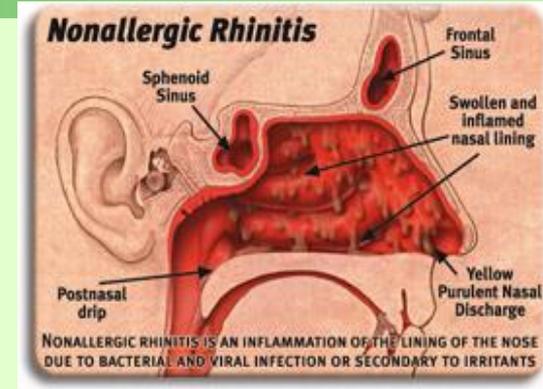
Стадии ринита:

III – стадия слизисто-гнойных выделений.
Обусловлено наличием лейкоцитов, эпителиальных клеток и муцина.

Состояние улучшается:

- ↓ головная боль,
- ↓ количество секрета,
- исчезают неприятные ощущения в носу (чиханье, слезотечение),
- улучшается носовое дыхание.

Ринит (диагностика)



СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ РИНИТА

- РЕЖИМ ДНЯ, ОБИЛЬНОЕ ПИТЬЕ
- УВЛАЖНЕНИЕ ВОЗДУХА
- ТУАЛЕТ ПОЛОСТИ НОСА
- ЭТИОТРОПНЫЕ СРЕДСТВА
- НАЗАЛЬНЫЕ ДЕКОНГЕСТАНТЫ
- др. СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

МЗ Украины

В протоколах лечения ОРВИ (№354 от 09.07.2004г) указывается «**детям старше 6 месяцев** можно назначать сосудосуживающие капли, но применять их **не более 3 дней**».

Такой подход обусловлен был и тем, что ряд сосудосуживающих препаратов имел побочные действия.

Особенности терапии ринита (1)

- Относительная площадь слизистой оболочки носа у детей значительно ↑, чем у взрослых. При попадании взрослой дозы препарата **на 1 кг/массы** он **получит дозу в 30 раз** ↑. → могут наблюдаться такие побочные явления: ↑ АД, тремор, судороги.
- **Среднетерапевтическая** доза некоторых сосудосуживающих препаратов (например, нафтизина) **приближается к его токсической дозе**, → высока вероятность передозировки и системных токс. эффектов на головной мозг, сердце, ЖКТ и др.
- Для препаратов группы **имидазолина (галазолин, нафтизин)** возможно появление генерализованного системного сужения кровеносных сосудов и нарушения кровоснабжения органов, что приведет к снижению их трофики (питания).

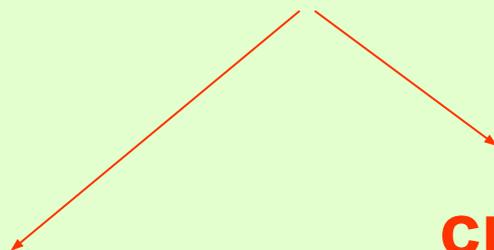
Сравнительная характеристика действующих веществ

Действующее вещество	Эффекты		
	Секреция	Раздражение	Отек
H ₁ гистамино-блокаторы	++	++	-
Топические стероиды	+	+	++
Вазоконстрикторы	-	-	+++

НАЗАЛЬНЫЕ ДЕКОНГЕСТАНТЫ

«устраняющие гиперемию и застой»,
англ. *congestion* - закупорка, застой, гиперемия

Препараты, вызывающие вазоконстрикцию
сосудов слизистых носа



**местные
интраназальные**

**системные
пероральные:**

псевдоэфедрин: риностоп
(+хлорфенамин,+парацетамол),
фенилпропаноламин,
фенилэфрин: милиносик

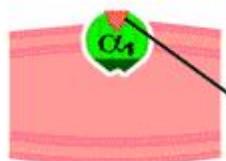




α_1 Adrenoceptors

α_1

Located in smooth muscle cell membrane and promotes contraction of the smooth muscle of peripheral blood vessels, bladder neck, prostate capsule, and prostate fibromuscular stroma.



norepinephrine

W/MD/ Medscape

© Medscape 2011

ДЕКОНГЕСТАНТЫ:

По механизму действия

все являются

α -адреномиметиками,

причем они могут селективно

действовать на α_1 -или α_2 -рецепторы

либо стимулировать и те, и другие

Расположение альфа-рецепторов

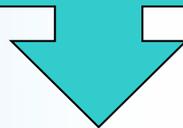
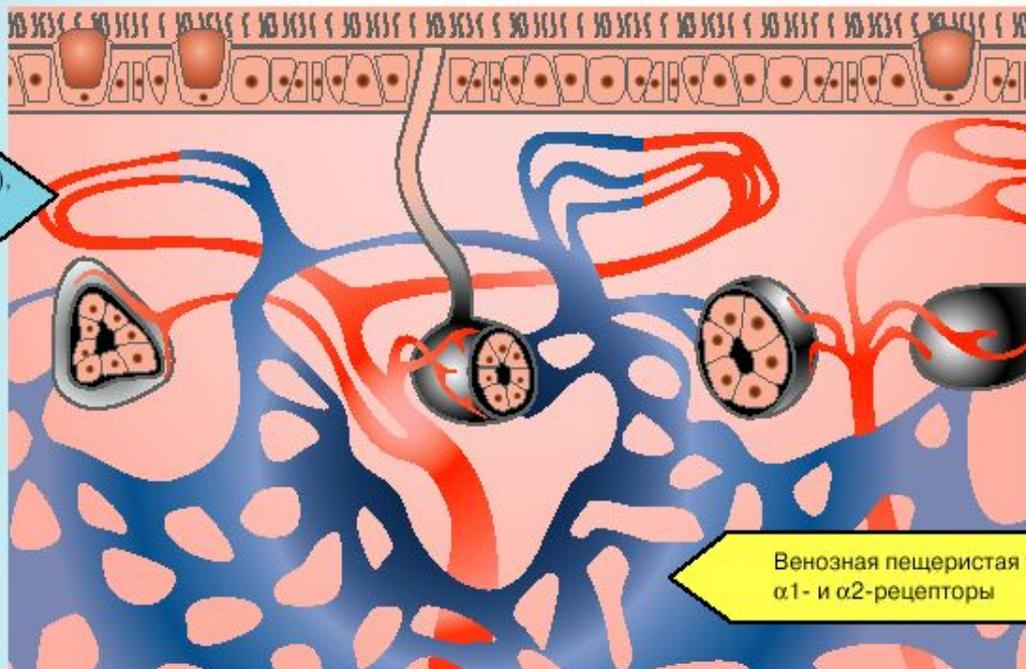


Схема сосудистого строения слизистой носа:

Сосуды сопротивления (капилляры),
содержат α 2-рецепторы

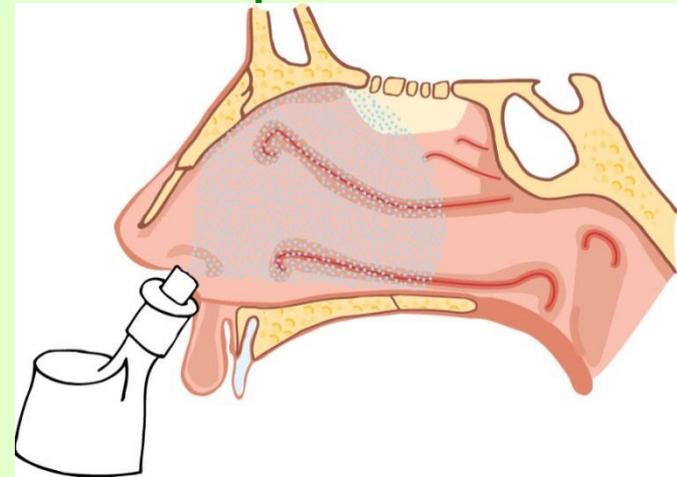


Венозная пещеристая ткань,
 α 1- и α 2-рецепторы



Сосудосуживающие препараты (деконгестанты, α -адреномиметики)

α_1 - адреномиметики	α_2 - адреномиметики	$\alpha_1 + \alpha_2$ - адреномиметики	$\alpha + \beta$ - адреномиметики
<p>Фенилэфрин (<u>виброцил</u> + содержит диметиндена малеат - H1- гистаминоблока тор)</p>	<p>Оксиметазолин (назол, називин, риназолин)</p> <p>Ксилометазолин (галазолин, фармазолин)</p>	<p>Псевдоэфедрин</p> <p>Фенил- пропаноламин</p>	<p>Адреналина гидрохлорид</p>
	<p>Нафазолин (санорин, нафтизин)</p> <p>Инданазоламин (фарил)</p>		





В зависимости от основного компонента выделяют 4-е группы сосудорасширяющих сосудосуживающих капель в нос, названия представителей каждой группы в списке ниже:

содержащих фенилэфрин (Виброцил, Назол Кидс, Назол Бэби);

содержащих ксилومتазолин (Галазолин, Отривин, Фармазолин);

содержащих оксиметазолин (Називин, Назол, Нокспрей, Риназолин);

содержащих нафазолин (Санорин, Нафтизин).

НАЗАЛЬНЫЕ ДЕКОНГЕСТАНТЫ

Продолжительность действия	Препарат
до 4-6 часов	Нафазолин (нафтизин) Тетризолин (тизин, визин) Инданазолин (фариал)
до 8-10 часов	Ксилометазолин (эвказолин, фармазолин)
до 12 часов	Оксиметазолин (називин, назол)

α-адреномиметики

- вызывают назоконстрикцию
- уменьшается отек слизистой носа
- уменьшается уровень назальной секреции
- восстанавливается отток слизи из параназальных синусов
- улучшается дыхание и исчезает чувство «заложенности»
- восстанавливается адекватная аэрация среднего уха

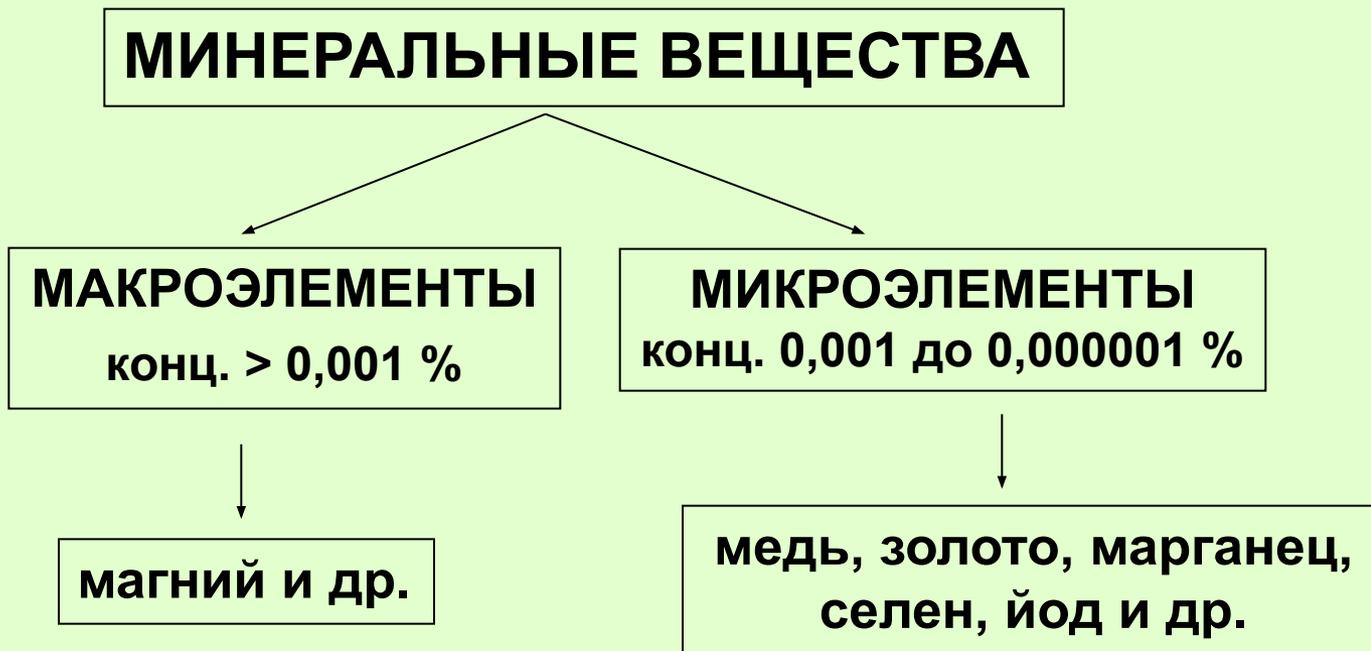
При длительном местном применении вызывают развитие синдрома "рикошета" и т.н. «медикаментозного ринита», поэтому использование этих препаратов должно быть ограничено сроком не более 5–7 дней

**хьюмер,
акваморис**



ОЛИГОЭЛЕМЕНТЫ

ОЛИГОЭЛЕМЕНТ - это металл, концентрация которого в тканях организма составляет меньше 1 мг/кг



**хьюмер,
акваморис**



ОЛИГОЭЛЕМЕНТЫ

МЕДЬ	ПРОТИВОВИРУСНЫЙ, ПРОТИВОВОСПОЛИТЕЛЬНЫЙ
МАНГАНЕЦ	ПРОТИВОАЛЛЕРГЕННЫЙ
МЕДЬ, ЗОЛОТО, СЕРЕБРО	ПРОТИВОИНФЕКЦИОННЫЙ
МАНГАНЕЦ	ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ПРОТИВОАЛЛЕРГЕННЫЙ
СЕРА	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РИНОФАРИНГИТОВ
СЕЛЕН	АНТИОКСИДАНТ, ПРОТИВОАЛЛЕРГЕННЫЙ



Фарингит

- Обильное теплое питье.
- Полоскание горла через каждые 2–3 часа.
- Воздерживаться от курения и вдыхания табачного дыма.
- Воздерживаться от употребления острой, холодной или чрезмерно горячей пищи.
- Сухое тепло на область шеи (согревающий компресс, светотерапия лампой «Биоптрон»).

Слабые антисептики

Декаметоксин	Проявляет широкий спектр антимикробного действия, действует фунгицидно, бактерицидно. Повышает чувствительность бактерий к антибиотикам.
Ацетиламин о-нитро- пропокси- бензен	Дезинфицирующее и слабое местноанестезирующее действие. Тормозит кашлевой и рвотный рефлекс. Противопоказан при беременности
Амилмета- крезол	Оказывает бактерицидное действие в отношении широкого спектра Гр+ и Гр- микроорганизмов.
Хлоргексидин	Оказывает быстрое бактерицидное действие в отношении Гр+ и Гр- бактерий, трихомонад, гонококков. Не рекомендуется совмещать с препаратами йода.
Ментол	С местнораздражающим действием. При нанесении на слизистые вызывает рефлекторное сужение

Местные анестетики

Диклонин

Местный анестетик с быстрым (4-6 мин.) началом действия. По длительности действия и основным фармакологическим свойствам приближается к новокаину. Взрослым и детям старше 3 лет рекомендуется медленно рассасывать по 1 леденцу не чаще чем каждые 2 часа. При рассасывании возможно ощущение онемения в рту.

Эфирные масла

Масло эвкалипто вое

Оказывает местное противовоспалительное и слабое антисептическое действие. Слабое седативное действие.

Масло

Оказывает местное противовоспалительное и

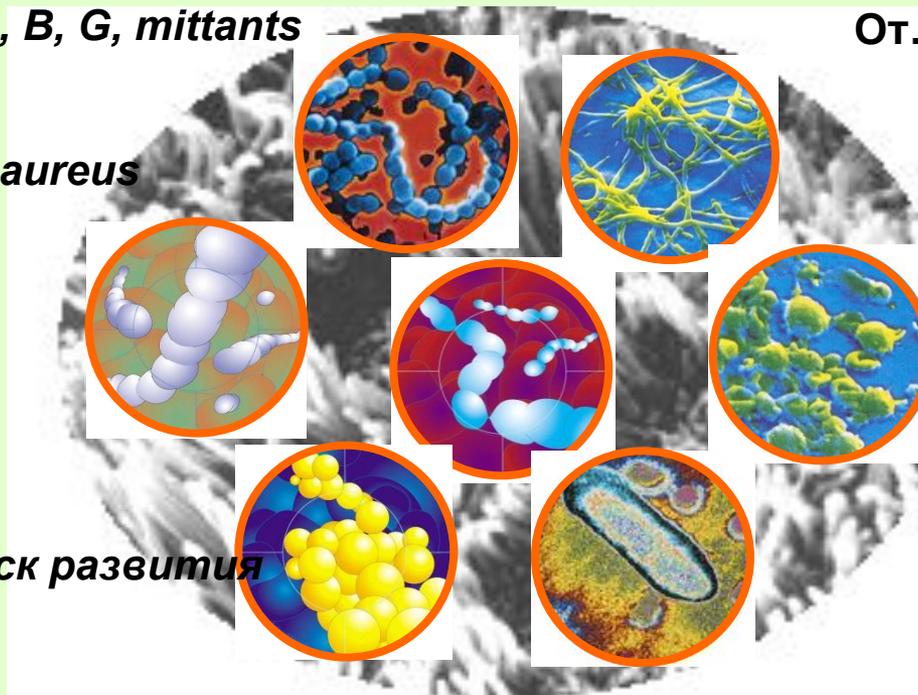
Местная антибактериальная терапия носоглотки: биопарокс

От Гр (+) кокков ...

- *Streptococcus A, B, G, mittants*
- *Pneumococcus*
- *Staphylococcus aureus*

ДО
Candida albicans

(уменьшает риск развития кандидоза).

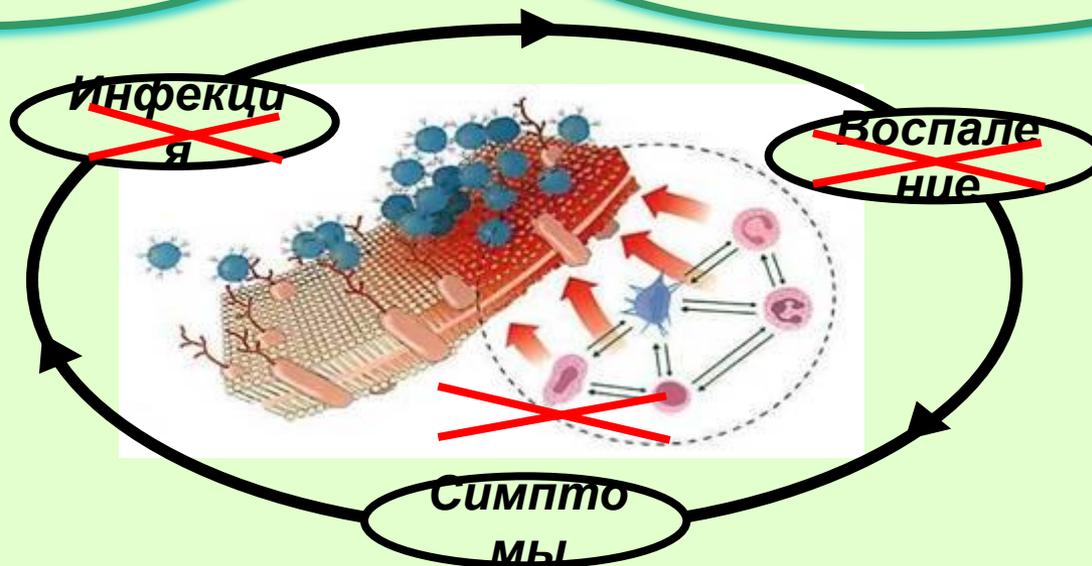


От... Гр (-) кокков

- *Moraxella catarrhalis*
- ...до Гр(-) бацил
- *Haemophilus influenzae*
- ... и Гр (+) бацил
- Listeria monocytogenes*
- Clostridium perfringens*
- Actinomyces pyogenes*
- Nocardia asteroides*
- Nocardia brasiliensis*

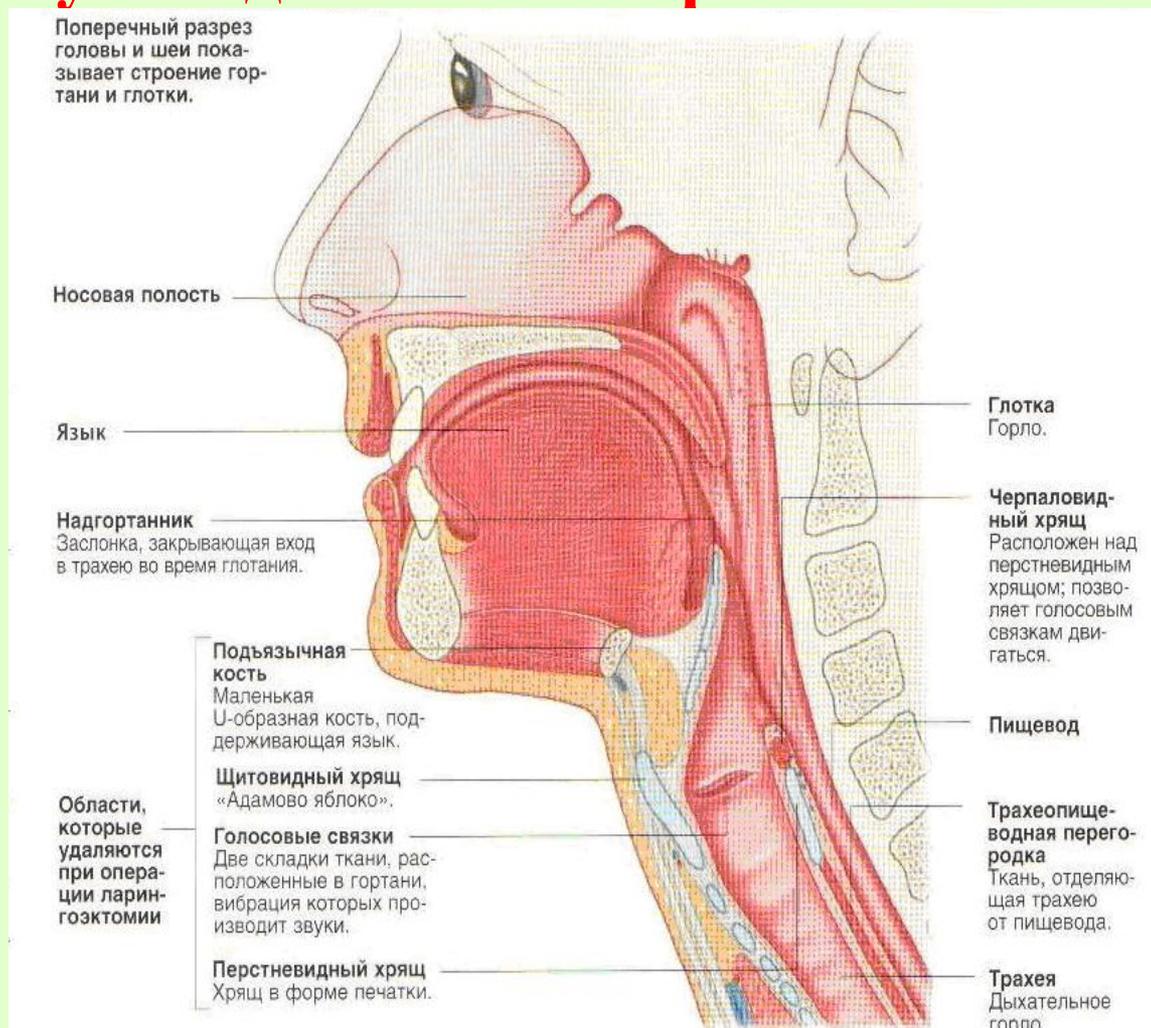
**Бактериостати
ческий**

**Противовоспалит
ельный**



Выздоровление

Гортань - предназначена для проведения воздуха из глотки в нижние дыхательные пути и служит для голосообразования.



Острый ларингит

(laryngitis) - воспаление гортани и голосовых складок, вызываемое бактериальной или вирусной инфекцией или возникающее в результате их раздражения газами, химическими веществами и т.д.



КОД ПО МКБ 10

- J04 Острый ларингит и трахеит.
- J04.0 Острый ларингит.
- J04.2 Острый ларинготрахеит.
- J05 Острый обструктивный ларингит (круп) и эпиглоттит.
- J05.0 Острый обструктивный ларингит (круп).
- J38.6 Острый стеноз гортани



КЛАССИФИКАЦИЯ

Воспаление слизистой оболочки гортани по клиническому течению подразделяют на острое и хроническое.

Формы острого ларингита:

- катаральный;
- отёчный;
- флегмонозный (инфильтративно-гнойный):
 - инфильтративный;
 - абсцедирующий.

По характеру возбудителя

Бактериальный

Вирусный

Грибковый.

Специфический



Причины:

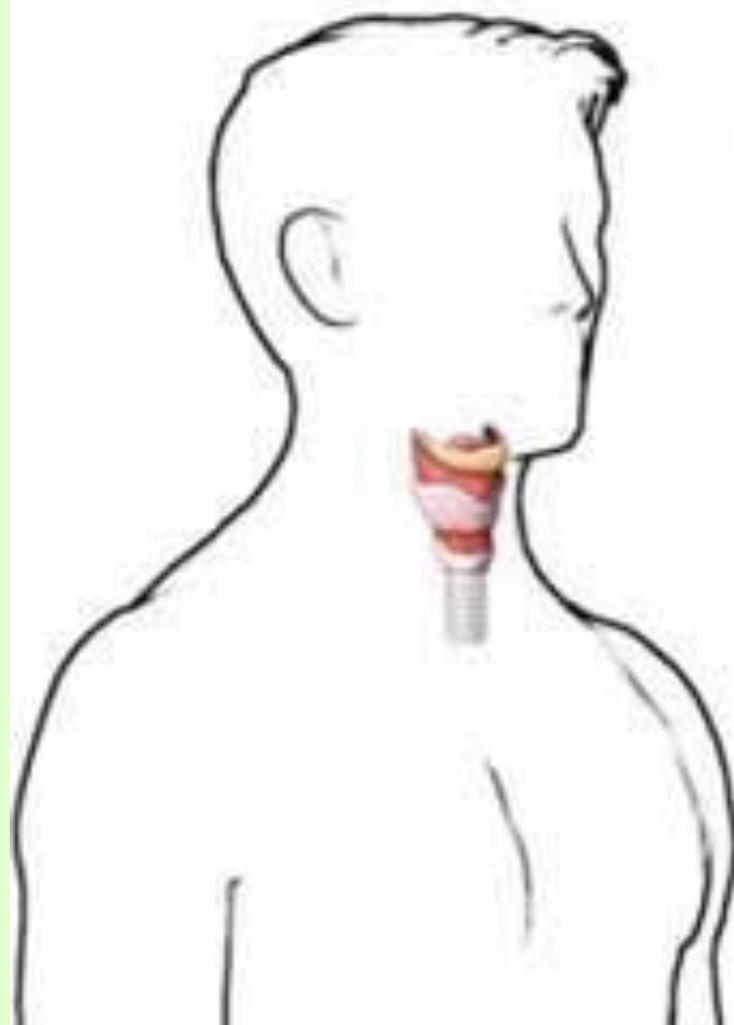
- - вирусы, вызывающие простуду;
- - чрезмерная голосовая нагрузка;
- - курение;
- - корь и эпидемический паротит;
- - аллергия;
- - заболевания желудочно-кишечного тракта, сердца, хронические заболевания бронхов, почек, эндокринные заболевания.



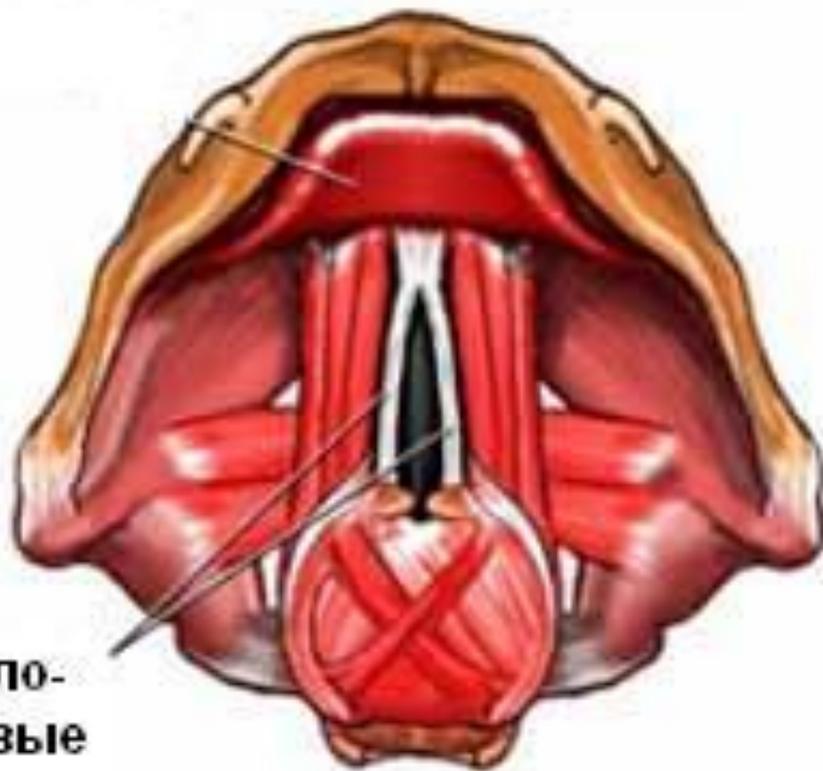
Признаки острого ларингита:

- ощущение сухости, першения или саднения в горле
- охриплость голоса (иногда голос может совсем пропасть)
- кашель в начале заболевания сухой, в дальнейшем может появиться небольшое количество мокроты
- острый ларингит может протекать на фоне нормальной температуры тела или ее повышения
- иногда головная боль

**Ларингит
(воспаление гортани)**



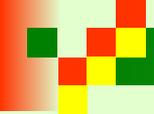
**Голо-
совые
связки**





КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- острая боль в горле,
- охриплость,
- кашель,
- затруднение дыхания,
- ухудшение общего самочувствия.
- температура тела нормальная или субфебрильная
- Фебрильная температура отражает присоединение воспаления нижних дыхательных путей или переход катарального воспаления гортани во флегмонозное.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Для инфильтративных и абсцедирующих форм острого ларингита характерны:

сильные боли в горле,

- ✓ нарушение глотания, в том числе жидкости,
- ✓ выраженная интоксикация,
- ✓ нарастающая симптоматика стеноза гортани.

В этих случаях клиническая картина однотипна и обусловлена степенью сужения дыхательных путей.

По клиническому течению и величине просвета дыхательных путей различают четыре степени стеноза гортани:

1) Стадия компенсации:

- урежение и углубление дыхания,
- укорочение или выпадение пауз между вдохом и выдохом,
- урежение сердцебиения.

Просвет голосовой щели составляет 6–8 мм или сужение просвета трахеи на $1/3$.

- В покое недостатка дыхания нет, при ходьбе появляется одышка.

По клиническому течению и величине просвета дыхательных путей различают четыре степени стеноза гортани:

2) Стадия субкомпенсации:

- инспираторная одышка с участием вспомогательных мышц при физ. нагрузке,
- втяжение межреберных промежутков, мягких тканей яремной и надключичных ямок,

• стридорозное (шумное) дыхание,

• бледность кожных покровов,

• АД N или ↑,

• голосовая щель 3–4 мм, просвет трахеи сужен на $\frac{1}{2}$ и более.



По клиническому течению и величине просвета дыхательных путей различают четыре степени стеноза гортани:

3) Стадия декомпенсации:

- дыхание поверхностное, частое, резко выражен стридор.
- вынужденное положение сидя.
- гортань совершает максимальные экскурсии.
- лицо бледно-синюшное, повышенная потливость, акроцианоз,
- пульс учащенный, нитевидный, АД ↓.
- голосовая щель 2–3 мм, щелевидный просвет трахеи.

По клиническому течению и величине просвета дыхательных путей различают четыре степени стеноза гортани:

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.



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, kloкочущее, 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.
 - Экспираторная одышка возникает при стенозах ниже уровня голосовых складок характеризуются участием в дыхании вспомогательной мускулатуры.
 - Смешанная одышка возникает при стенозе гортани в области подголосового отдела.

Диагностика

Проводится:

- общеклиническое обследование,
- Rg исследование органов шеи, грудной клетки и средостения,
- рентгеноконтрастное исследование пищевода,
- компьютерную томографию гортани и трахеи,
- магнитно-резонансную томографию,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электрокардиографию,
- ультразвуковое исследование органов шеи.



Лабораторные исследования

- ✓ биохимическое исследование крови,
- ✓ определяется газовый и электролитный состав крови,
- ✓ микробиологическое исследование с типированием микроорганизмов и определением чувствительности к а/б препаратам.

Инструментальные исследования

- прямая и непрямая ларингоскопия,
- микроларингоскопия,
- стробоскопия.
- эндофиброскопическое исследование с применением гибких или жестких эндоскопов.



Осложнения:

Последствия ларингита могут быть самые серьезные. При отсутствии адекватной терапии возможно развитие флегмоны шеи, медиастинита, сепсиса, абсцедирующей пневмонии, и стеноза гортани.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику проводят с:

- раком, абсцессом и туберкулёзом гортани
- системными заболеваниями (гранулематоз Вегенера, склерома, амилоидоз гортани, болезнь Крона, ревматоидный артрит, туберкулёз, саркоидоз)
- с врождённым поликистозом корня языка,
- нагноившимся ларингоцеле,
- эктопированной щитовидной железой.



ЛЕЧЕНИЕ

Цель лечения — элиминация воспалительного процесса в гортани, восстановление голосовой функции, предотвращение хронизации воспалительного процесса.

Показания к госпитализации

Лечение острого катарального ларингита проводят в амбулаторно.

Госпитализации подлежат пациенты с

- отёчным ларингитом,

- эпиглоттитом и абсцессом надгортанника,

- с осложнёнными формами заболевания (инфильтративной и абсцедирующей)

- при угрозе развития стеноза гортани.

- при необходимости проведения хирургического лечения.



ЛЕЧЕНИЕ

- 1) при стенозах II и III стадии обеспечивается поступление кислорода,
- 2) при стенозах с ведущим отеком слизистой оболочки гортани необходимо внутривенное введение кортикостероидных и антигистаминных препаратов,
- 3) стенозы, вследствие воспалительных заболеваний, требуют антибактериальной терапии, вскрытия и дренирования гнойного очага



ЛЕЧЕНИЕ

4) стенозы, характеризующиеся быстрым прогрессированием дыхательной недостаточности в стадии декомпенсации, требуют немедленной трахео – или коникотомии.



Немедикаментозное лечение

Применяются ингаляции с кортикостероидами, антибиотиками, муколитиками, растительными препаратами с противовоспалительным и антисептическим эффектом, а также щелочные ингаляции для устранения сухости слизистой оболочки гортани.

Продолжительность ингаляции составляет 10 мин 3 раза/день.

Щелочные ингаляции используются несколько раз в день для увлажнения слизистой оболочки дыхательных путей.



Немедикаментозное лечение

- 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).

- Суперфоноэлектрофорез по Крюкову-Подмазову.

Медикаментозное лечение

Системная антибактериальная терапия назначается:

- при отсутствии эффекта от местной антибактериальной и противовоспалительной терапии в течение 4–5 дней,
- при присоединении гнойной экссудации и воспаления нижних дыхательных путей,
- при выраженной интоксикации и наличии значительных воспалительных явлений в гортани (диффузный отек слизистой оболочки гортани, наличие инфильтрации) и регионарного лимфаденита.

Медикаментозное лечение

Назначают эндоларингиальные вливания с эмульсией гидрокортизона, персиковым маслом и антибактериальным препаратом (можно использовать эритромицин, грамицидин С, стрептомицин, амоксициллин + клавулановую кислоту) (уровень доказательности III).

При аллергическом генезе – инъекции антигистаминных препаратов, действующих как на H1–рецепторы (димедрол, тавегил, супрастин), так и на H2-рецепторы (циметидин, гистодил 200 мг в/в) с дополнением глюкокортикостероидов (60-90 мг преднизолона или 8-16 мг дексаметазона в/в) (уровень доказательности II).

Медикаментозное лечение

При грибковом ларингите - антимикотические препараты.

Проводят противоотёчную и десенсибилизирующую терапию,

при наличии вязкой мокроты или сухости слизистой оболочки назначают муколитики и секретолитики.

Применение специфической терапии при специфических ларингитах не исключает использования местной и общей противовоспалительной терапии.



РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Не полоскать горло – это подвергнет раздражению и без того раздраженные ткани.
2. Не разговаривать! Даже шепотом. Шепот при ларингите даже страшнее попытки говорить в полный голос – напряжение голосовых связок при этом равносильно напряжению их при крике.
3. Пить больше жидкости – это увлажняет гортань. Кроме воды это может быть сок, теплый чай с медом.
4. Дышите через нос – это позволяет поддерживать слизистую оболочку в увлажненном состоянии.
5. Нельзя подвергать ребенка пассивному курению – это сушит горло.
7. Из рациона исключить острые блюда.