

Глава 3

Болезни гортани, трахеи и пищевода

3.1. ОСТРЫЙ ЛАРИНГИТ

Ларингит — воспаление гортани, вызванное бактериальной или вирусной инфекцией, или развившееся в результате травмы, неблагоприятного химического, температурного и другого воздействия.

Классификация. Различают следующие формы острого ларингита: катаральный, отечный, инфильтративный и флегмонозный.

Этиология. Острый ларингит обычно является симптомом ОРВИ (гриппа, парагриппа, адено-вирусной инфекции), при которой в воспалительный процесс наряду с носом и глоткой вовлекается также слизистая оболочка гортани. Ведущее место среди причин развития острого ларингита занимают респираторные вирусы (до 90%), за ними следуют различные бактериальные возбудители: стафилококки, стрептококки, хламидийная инфекция. Острый эпиглottит, абсцедирующие формы ларингита вызываются такими микроорганизмами, как *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*.

В патогенезе заболевания большую роль играют анатомические особенности гортани, нарушение лимфооттока и местного водного обмена.

Клиническая картина. Основные симптомы — охриплость, кашель и затруднение дыхания. Характерно внезапное начало при общем хорошем самочувствии или на фоне небольшого недомогания. Для инфильтративных и абсцес-

дирующих форм характерна резкая боль в горле, нарушение глотания, в том числе жидкости, выраженная интоксикация, нарастание клинических проявлений стеноза гортани.

При ларингоскопии наблюдают гиперемию, отек слизистой оболочки гортани, усиление сосудистого рисунка; голосовые складки розовые или ярко-красные, утолщены, щель при фонации овальная или линейная, видны скопления мокроты. Для инфильтративного ларингита характерны значительная инфильтрация, увеличение в объеме и нарушение подвижности пораженного отдела гортани. В месте формирования абсцесса просвечивает гнойное содержимое и видны фибринозные наложения.

Для тяжелой формы ларингита и хондроперихондрита гортани характерны болезненность при пальпации, нарушение подвижности хрящей гортани, возможны инфильтрация и гиперемия кожных покровов в проекции гортани. Абсцесс надгортанника выглядит как шаровидное образование с просвечивающим гноинным содержимым.

Диагноз ставят на основании жалоб, анамнеза, данных ларингоскопии. Для дифференциальной диагностики и уточнения распространенности процесса проводят рентгенографию, КТ гортани и трахеи, средостения, эндофилорарингоскопию, рентгенографию легких по показаниям. **Дифференциальную диагностику** абсцедирующего и флегмонозного ларингита проводят с врожденным поликистозом корня языка, нагноившимся ларингоцеле, раком гортани или входа в пищевод. Абсцесс надгортанника необходимо дифференцировать также от эктопированной щитовидной железы.

Лечение. Острый катаральный ларингит лечат амбулаторно, пациенты с отечным, инфильтративным, флегмонозным ларингитом, эпиглottитом и абсцессом надгортанника в связи с угрозой развития стеноза подлежат госпитализации.

Показано ограничение голосовой нагрузки, при этом разговаривать шепотом не рекомендуется. Назначают щадящую диету с исключением горячей, раздражающей пищи, отказ от курения и употребления спиртных напитков. Медикаментозная терапия направлена на ликвидацию воспалительного процесса в гортани и предупреждение осложнений. При катаральных формах высокоэффективным средством считают ингаляционную терапию. Назначают ингаляции фузофунгина, масляно-вялочные ингаляции. В гортань с помощью гортанного шприца вливается рацементол (ментоловое масло*) или смесь раствора антибиотика (300 000 ЕД пенициллина в 5 мл 0,9% раствора натрия хлорида) и 1 мл спирозидии гидрокортизона. Показаны также муколитики (ацетилцистеин, карбоцистеин, амброксол), гормональные (преднизолон, гидрокор-

тизон, дексаметазон) и антигистаминные препараты (хлоропирамин (супрастин*), мебгидролин (диазолин*), цетиризин, кетотифен, дезлоратадин), растительные препараты с противовоспалительным и антисептическим эффектом (настой цветков ромашки аптечной, листьев шалфея лекарственного), рекомендуют также щелочную минеральную воду. Системные антибиотики, как правило, не применяют.

При отечных формах ларингита, не вызывающих тяжелого стеноза, проводят медикаментозное дестенозирование, как экстренную меру по предотвращению развития стеноза гортани. Для этого внутримышечно вводят гормональные препараты (преднизолон по 60–120 мг или дексаметазон по 4–8 мг однократно), десенсибилизирующие (хлоропирамин по 2,0 мл или клемастин по 1,0 мл в/м), диуретики (фуросемид 2–4 мл), кальция глюконат. При инфильтративных, абсцедирующих и флегмонозных формах проводят массивную антибактериальную терапию препаратами широкого спектра действия. К наиболее эффективным средствам относят амоксициллин + клавулановая кислота (внутрь по 1000 мг 2 раза в сутки), фторхинолоны (левофлоксацин по 500 мг в сутки, моксифлоксацин по 400 мг в сутки), цефалоспорины II или III поколения (цефуроксим внутрь по 250–500 мг 2 раза в сутки, цефазолин по 1000–2000 мг в/м в 2–3 инъекции, цефтриаксон по 1000–2000 мг 2–3 раза в сутки). При тяжелой инфекции назначают внутривенное введение антибиотиков, метронидазола. Применяют внутривенную дезинтоксикационную терапию (декстроза 5% (400 мл) вместе с раствором аскорбиновой кислоты (10 мл); электролитные растворы Рингера–Локка, трисоль*).

При абсцедирующем ларингите наряду с интенсивной антибактериальной, дезинтоксикацией, дегидратационной терапией проводят вскрытие абсцессов при непрямой ларингоскопии ножом по Тоболлу. При осложнениях в виде флегмоны шеи или медиастинита проводят комбинированное хирургическое лечение наружным и эндоларингеальным доступом. При стенозе гортани показана экстренная трахеостомия.

Профилактика заключается в адекватном лечении больных с ОРВИ, отказе от курения, соблюдении голосового режима при начальных формах заболевания.

3.2. ХРОНИЧЕСКИЙ ЛАРИНГИТ

Хронический ларингит — хроническое воспаление слизистой оболочки гортани.

Классификация. Формы хронического ларингита: катаральная, отечно-полипозная (болезнь Рейнке–Гайека), гиперпластическая, атрофическая. Гиперплазия слизистой оболочки гортани может быть диффузная или в виде узелков, грибовидных возвышений, складок или валиков, соответственно различают ограниченный и диффузный ларингит.

Эtiология и патогенез. В развитии хронического ларингита важная роль принадлежит инфекции, наружной и внутренней травме шеи и гортани, ингаляционным поражениям и попаданию инородного тела, аллергии, гастроэзофагальному рефлюксу, неадекватной голосовой нагрузке. Кроме того, возникновению воспалительной патологии гортани способствуют хронические заболевания бронхолегочной системы, ОРВИ и ОНП, нарушение обмена веществ при сахарном диабете, гипонатреозе, заболеваниях ЖКТ и хронической почечной недостаточности, злоупотребление спиртными напитками и табаком, перенесенная лучевая терапия. Специфические ларингиты развиваются при туберкулезе, сифилисе, инфекционных (дифтерия) и системных заболеваниях (ранулематоз Вегенера, ревматоидный артрит, амилоидоз, саркоидоз, полихондрит), а также при заболеваниях крови.

В патогенезе хронического отечно-полипозного ларингита большое значение придают анатомическим особенностям гортани, нарушению лимфооттока и местного водного обмена. Для гиперпластических процессов в гортани характерно рецидивирующее течение, их считают предраковыми заболеваниями.

Клиническая картина характеризуется стойким нарушением голосовой функции, кашлем, иногда болью при голосовой нагрузке. При отечно-полипозном ларингите возможно развитие дыхательной недостаточности как следствие стеноза III степени. Для болезни Рейнке–Гайека характерны признаки гиросутизма у женщин и склонность к отекам лица.

Ларингоскопическая картина отличается разнообразием. Чаще всего патология двусторонняя. Для хронического катарального ларингита характерны усиление сосудистого рисунка голосовых складок, гиперемия, сухость слизистой оболочки. При хроническом отечно-полипозном ларингите полиповидная дегенерация слизистой оболочки может варьировать от легкой веретенообразно-стекловидной опухоли (в виде брюшка) до тяжелого флоттирующего полиповидного полупрозрачного серого или серо-розового студенистого утолщения, суживающего просвет гортани. При кандидозном ларингите отмечают гиперемию и отек слизистой оболочки, белые налеты. Для хронического

гиперпластика ларингита характерны инфильтрации голосовых складок и очагов кератоза, гиперемия и пахидермия (гиперплазия слизистой оболочки в межчерпаловидной области). При атрофическом ларингите слизистая оболочка выглядит тусклой, возможно наличие вязкой мокроты, гипотонии голосовых складок и неполное смыкание их при фонации.

Диагноз устанавливают на основании жалоб, анамнеза и ларингоскопической картины. Непрямую ларингоскопию при необходимости дополняют прямой ларингоскопией с применением ригидных ларингоскопов или фиброскопов, микроларингоскопией. Важную информацию получают также при проведении стробоскопии, рентгенографии и КТ гортани, в ряде случаев выполняют УЗИ шеи и гортани.

Дифференциальную диагностику проводят с раком гортани, папилломатозом и туберкулезом гортани. Для этого выполняют микроларингостробоскопическое исследование, которое позволяет выявить участки спаянного с подлежащими слоями слизистой оболочки кератоза. По показаниям выполняют КТ гортани, средостения, легких.

Лечение заключается в назначении ингаляционной терапии с мукоцитиками (амброксол в возрастной дозировке), антибактериальными препаратами при обострении, гормональными препаратами (преднизолон, дексаметазон), минеральной щелочной водой (Ессентуки-4). Хороший эффект дает физиотерапия — электрофорез с 1% раствором калия йодида, гиалуронидазой или кальция хлорида на гортань, терапевтический лазер, микроволны, фонограф, в том числе эндоларингальный.

В случае хронического гиперпластического ларингита производят декортикацию голосовых складок и прицельную биопсию при прямой и непрямой микроларингоскопии. При отечно-полипозном ларингите производят декортикацию голосовых складок по методикам Kleinsasser и Hirano. При декортинации голосовых складок следует сохранять эпителий в области комиссур во избежание образования рубцовой мембранны или спайки. По методике Hirano проводят разрез вдоль латерального края голосовых складок, с помощью отсоса аспирируют студенистую массу, иссекают ножницами избыточную эпителиальную ткань, а оставшуюся укладывают на голосовую складку. Используют хирургический лазер. Наблюдение за больным после хирургического вмешательства продолжают в течение 3–6 мес, до полного восстановления клинико-функционального состояния.

Пациентов с хроническим гиперпластическим ларингитом необходимо ставить на диспансерный учет с осмотрами каждые 3–6 мес.

3.3. ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ СТЕНОЗ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

Острый и хронический стеноз гортани и трахеи — сужение просвета гортани и (или) трахеи, нарушающее поступление воздуха в дыхательные пути и легкие.

По срокам стеноз подразделяют на острый, развивающийся в течение короткого времени (до 1 мес), и хронический (формирующийся медленно — более 1 мес).

Эtiология. Среди этиологических факторов выделяют воспалительные, аллергические, опухолевые, ятрогенные, нейрогенные, травматические, идиопатические, компрессионные (сдавление гортанно-трахеальных структур извне).

Причинами острого стеноза могут быть острый воспалительный процесс гортани или обострение хронического воспаления (отечный, инфильтративный, флегмонозный или абсцедирующий ларингит), новообразования, механические, термические, химические травмы гортани, врожденная патология гортани, инородное тело, острые инфекционные заболевания (дифтерия, скарлатина, корь), аллергический отек гортани.

Причинами хронического стеноза гортани и трахеи могут быть новообразования, длительная искусственная вентиляция легких и трахеостомия, операция на щитовидной железе с повреждением возвратного нерва и развитием одно- или двустороннего паралича гортани в результате нарушения ее иннервации, механическая травма гортани и грудной клетки, гнойно-воспалительные заболевания, осложненные перихондритом гортани и трахеи.

Клиническая картина при остром и хроническом стенозе гортани и трахеи характеризуется резко выраженным отрицательным давлением в средостении при напряженном вдохе, развитием гипоксии, нарушением частоты и ритма дыхания. Отмечают западение надключичных ямок, втяжение межреберных промежутков, вынужденное положение больного с запрокинутой головой, опущение гортани при вдохе и подъем при выдохе.

Различают четыре стадии стеноза гортани и трахеи.

- Стадия компенсации (I) — урежение и углубление дыхания, укорочение или выпадение пауз между вдохом и выдохом, снижение ЧСС. Размер голосовой щели суживается до 6–8 мм (в норме 6–20 мм), просвет трахеи сужен на $\frac{1}{3}$ диаметра. В покое недостатка дыхания нет, одышка появляется при ходьбе.

3.5. ПАРАЛИЧ ГОРТАНИ

Паралич гортани — расстройство двигательной функции одной или обеих половин гортани в виде полного отсутствия произвольных движений вследствие нарушения иннервации соответствующих мышц.

Классификация. Параличи гортани разделяют на центральные и периферические. Центральные встречаются примерно в 10% случаев, условно выделяют надъядерные (кортикальные и кортикобульбарные) и бульбарные.

Этиология. Кортикальные параличи всегда двусторонние в соответствии с иннервацией от двигательного ядра. Возможные их причины — контузия, врожденный церебральный паралич, энцефалит, билирубиновая энцефалопатия, диффузный атеросклероз сосудов головного мозга. Кортикобульбарный паралич может возникать в результате повреждения области перекреста кортикобульбарного тракта, например, при недостаточности кровообращения в бассейне позвоночной артерии, окклюзии последней. Бульбарный паралич может быть следствием нарушения кровообращения в бассейнах позвоночной, задней и передней нижней мозжечковой, верхних, средних, нижних латеральных ветвей мозжечковых артерий, а также полисклероза сирингобульбии, сифилиса, бешенства, энцефалита, полиомиелита, внутримозжечковых опухолей.

Периферические параличи гортани могут возникать при травме во время операции на шее или грудной клетке, за счет сдавления нервного ствола опухолевым или метастатическим процессом в области шеи и грудной клетки, дивертикула трахеи или пищевода, гематомы или инфильтрата при травмах и воспалительных процессах, при увеличении размеров сердца и дуги аорты (тетрада Фалло, митральный порок, аневризма аорты, гипертрофия желудочек, дилатация легочной артерии). Кроме того, возможны воспалительная, токсическая или метаболическая невропатия, неврит иннервирующих горячий нервов. Наиболее частые причины — патология щитовидной железы и медицинская травма при операциях на ней.

Патогенез. При параличе гортани страдают все ее функции. Тяжесть заболевания при одностороннем параличе обусловлена незамыканием голосовой щели, а при двустороннем параличе — наоборот, срединным положением голосовых складок, приводящим к стенозу гортани. Сроки наступления атрофии мышц гортани носят индивидуальный характер и зависят от степени денервации и удаления голосовой складки от средней линии.



Рис. 1.1. Фурункул носа



Рис. 1.2. Рожа (эритеатозная и буллезная форма)



Рис. 1.3. Ринофима

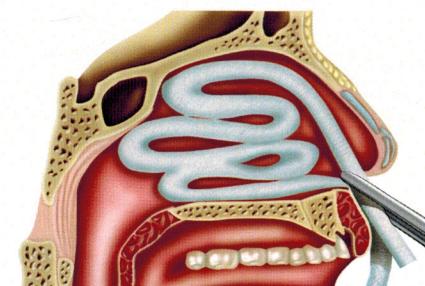
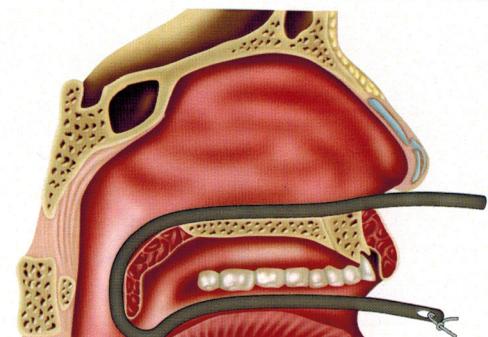
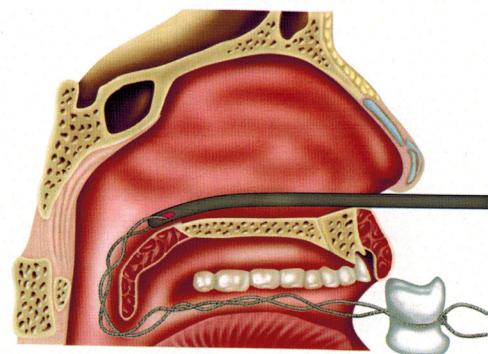


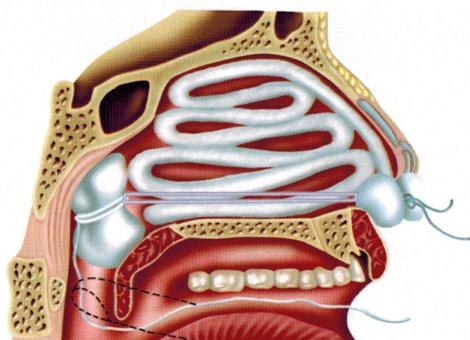
Рис. 1.4. Передняя петлевая тампонада носа



а

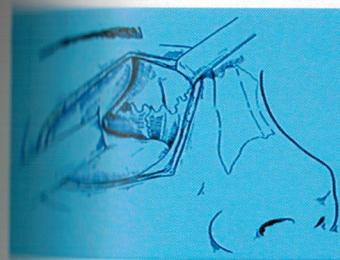


б



в

Рис. 1.5. Задняя тампонада носа по Беллоку (а–в — этапы операции)

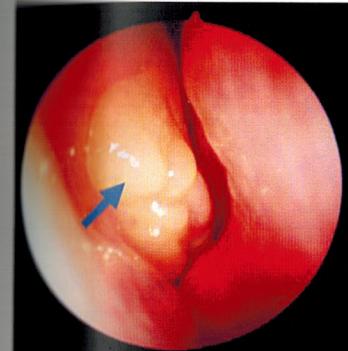


а

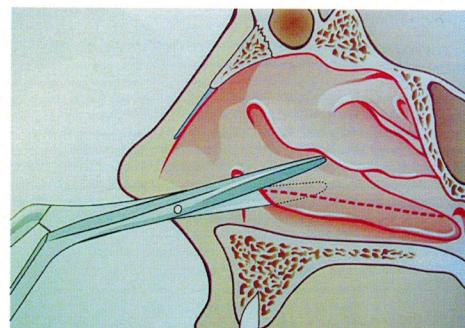


б

Рис. 1.6. Перевязка решетчатых артерий в глазнице по Линчу–Говарду (а, б)



а



б

Рис. 1.7. Гипертрофический ринит (а): схема операции — щадящая нижняя иннотомия (б)

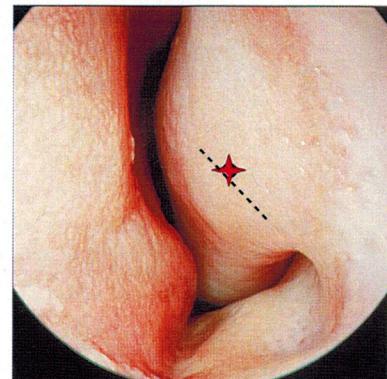


Рис. 1.8. Вазомоторный ринит.
Пунктиром указано место разреза
при вазотомии