

рис. Острый стенозирующий ларинго-трахео-бронхит

**ОСТРЫЙ СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛАРИНГО-ТРАХЕО-БРОНХИТ**

**Блок 1.** Представлена ларингоскопическая картина при остром стенозирующем ларинго-трахео-бронхите. Символ 3-х лет — заболевание, как правило, возникает у детей в возрасте до 3-х лет.

(А + Б + В) — демонстрирует основные причины заболева­ния (аллергия, бактерии, вирусы), действие которых может комбинироваться.

**Блок 2.** Заболевание сопровождается спазмом голосовых складок, отеком подскладкового пространства, скоплением вязкого секрета. Или иначе, просвет для дыхания сжат (спазм голосовых складок), закрыт (отек подскладкового простран­ства) и закупорен (вязкий секрет в просвете). Ведущий симп­том при этом заболевании — лающий кашель у ребенка (лай) и стеноз гортани.

**Блок 3.** Демонстрирует консервативное лечение стеноза. Выполнен в виде тента. Это означает, что ребенка, страдающе­го стенозирующим ларинго-трахео-бронхитом, рекомендуется лечить под тентом воздухом, увлажненным и насыщенным кис­лородом с добавлением соды и др. В этом же блоке указана консервативная медикаментозная терапия заболевания. Спазм голосовых складок уменьшается применением антиспастиче­ских препаратов — спазмолитиков (папаверин, эуфиллин, эфедрин и т. д ). Отек подскладкового пространства снимается назначением мочегонных препаратов (лазикс, маннитол в/в) и кортикостероидов.

Удалению секрета из гортани способствует применение протеолитических ферментов и 5-проц. раствора соды. Введе­ние суточной дозы гидрокортизона в боковую стенку глотки между корнем языка и нижним полюсом небной миндалины способствует снятию отека подскладкового пространства. Аналогично действует внутривенное введение кортикостерои­дов («Внутривенная трахеотомия»).

**Блок 4.** Стеноз гортани протекает по стадиям. При I—II стадиях стеноза начинают с консервативного лечения, при не­эффективности его производится назотрахеальная интубация, коникотомия или трахеотомия.

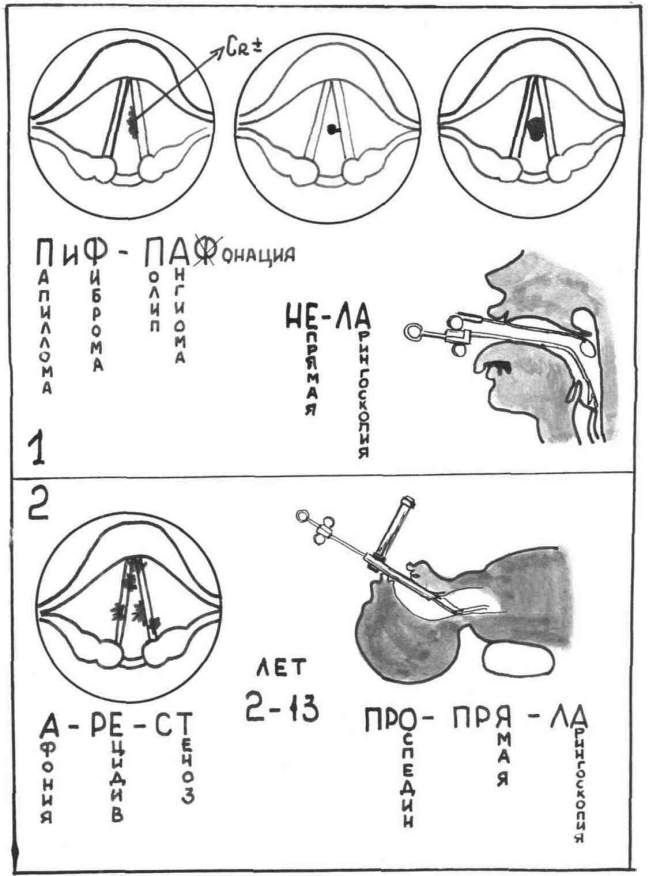


рис. 34 Доброкачественные опухоли гортани

**ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ГОРТАНИ**

**Блок 1.** Вверху слева — ларингоскопическая картина при папилломе гортани у взрослого. Опухоль имеет вид цветной капусты, склонна к рецидивам после удаления, может пере­рождаться в рак (±Сг). Вверху, в центре и справа — ларин­госкопическая картина при фиброме, полипе, ангиоме горта­ни. Они имеют округлую форму, основным симптомом являет­ся охриплость (фонация).

Виды доброкачественных опухолей и симптоматика зашиф­рованы в выражении «пиф-паф».

Внизу изображена схема удаления доброкачественных опухолей при непрямой ларингоскопии (не-ла) изогнутыми гортанными щипцами.

**Блок 2** посвящен папилломам гортани у детей. Слева — соответствующая ларингоскопическая картина. Рост папиллом начинается в возрасте около двух лет и заканчивается обыч­но в период полового созревания (2—13 лет).

У детей имеется склонность к разрастанию папиллом по поверхности гортани (папилломатоз). Клиника папилломатоза зашифрована в слове «арест» (афония, рецидивы, стеноз). Лечение папилломатоза заключается в удалении папиллом при прямой ларингоскопии (пря-ла) с последующей химиоте­рапией с помощью эффективного отечественного противоопу­холевого препарата проспидин (про).



рис. 35 Рак гортани

**РАК ГОРТАНИ**

**В 1 блоке** отражена классификация рака гортани по сис­теме «тумор, нодулюс, метастаз» На схеме ларингоскопиче­ской картины гортани показаны степени распространения опухоли на примере рака голосовой складки: Т1 — опухоль го­лосовой складки, т. е. анатомической части, не доходит до ее границ, Т2 — опухоль доходит до задней границы складки, Т3 — опухоль перешла на вторую голосовую складку и над­гортанник, Т4 — распространилась на соседние органы, т. e. пищевод, щитовидную железу (пи-щит). Здесь же дана оценка лимфоузлов (N): N1 — смещаемые односторонние (C1), N2— смещаемые двусторонние (С2) или фиксированные (Ф1)од­носторонние, N3 — фиксированные (Ф2) двусторонние, или па­кеты (П).

**На 2 блоке** изображены некоторые анатомические особен­ности 3-х этажей гортани, оказывающие влияние на распро­странение опухоли. На схеме сагиттального разреза гортани показано, что лимфатическая сеть (Л) наиболее выражена в преддверии гортани ( + + + ), меньше — в подскладковой область (+ +) и еще меньше в области голосовых складок (+). Скорость роста опухоли и наклонность к метастазированию пропорциональны выраженности лимфатической сети. На при­мере рака гортани голосовой складки показаны 3 типа роста опухоли: эндофитный (эн.), такая опухоль напоминает айс­берг, большая часть которого погружена в воду, экзофитный (эк.) и экзоэндофитный (экн.).

**Блок 3**посвящен лечению рака гортани. Применение УВЧ при охриплости неясной этиологии без осмотра гортани недо­пустимо, т. к. причиной охриплости может быть рак гортани. УВЧ способствует быстрому росту опухоли («увечье», а врач впоследствии вынужден сожалеть о необоснованном примене­нии физиотерапии («Увы-Т4»).

При I и II стадиях рака гортани успешно конкурируют лу­чевое лечение и щадящее хирургическое лечение, например, удаление голосовой складки хордэктомия. Если лечение на­чинают с облучения, и после дачи половинной лучевой дозы (1/2 лучи) выясняется, что опухоль плохо поддается лучевой терапии, то производят щадящую операцию и после нее заканчивают лучевое лечение. При III стадии рака гортани, как правило, начинают с лучевого лечения. Если оно идет успеш­но, дают полную дозу, если опухоль радиорезистентна, то пос­ле половинной курсовой дозы производят полное удаление гор­тани, т. е ларингэктомию, а после операции заканчивают лу­чевое лечение.

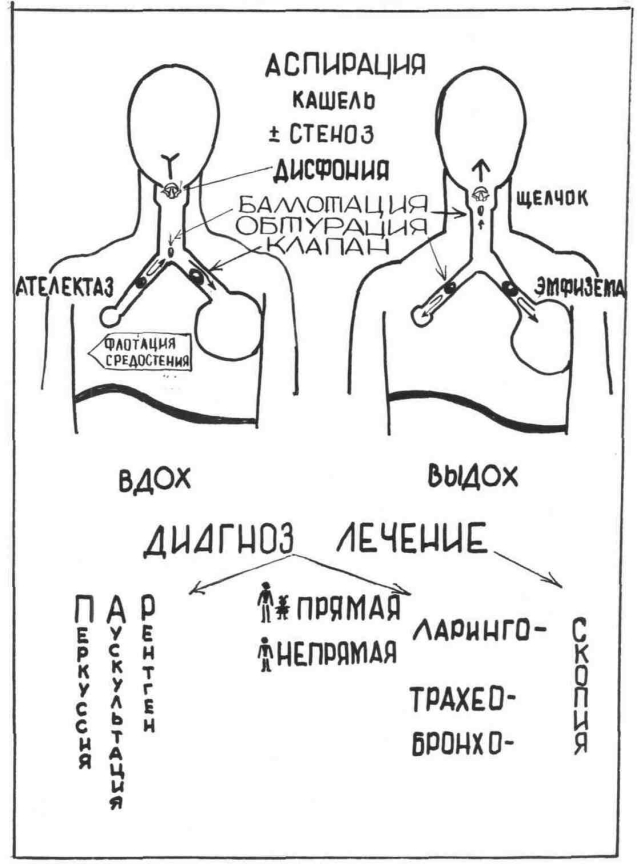


рис. 36 Инородные тела верхних дыхательных путей

**ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

В момент аспирации инородного тела возникает приступ кашля, в дальнейшем кашель становится периодическим, мо­жет присоединиться стеноз дыхательных путей.

При инородных телах гортани (игла, которая вонзилась в левую голосовую складку) имеется дисфония.

При локализации в трахее инородных тел типа арбузного семечка возникает симптом баллотации: прикосновение ино­родного тела к слизистой оболочке бифуркации трахеи вызы­вает кашель, инородное тело подбрасывается кверху и ударя­ется о рефлекторно-смыкающиеся голосовые складки, при этом возникает звук типа щелчка, который и является при­знаком баллотации.

Более тяжелые инородные тела (горох, кедровый орех и др.) попадают в бронхи, чаще в правый главный бронх, ко­торый шире и меньше отклонен от оси трахеи. При этом воз­можна полная обтурация с ателектазом легкого, поднятием купола диафрагмы и рентгенологически наблюдаемой флота­цией средостения (при вдохе здоровое легкое отодвигает сре­достение в больную сторону). При клапанной обтурации раз­вивается эмфизема.

Диагноз ставится на основании физикальных и рентгеноло­гических данных (пар) — перкуссия, аускультация, рентгено­графия. Удаление инородных тел гортани у взрослых возмож­но при непрямой ларингоскопии, у детей требует прямой ла­рингоскопии — прямая, непрямая. Для удаления инородных тел трахеи и бронхов необходимы трахеоскопия, бронхоскопия.



рис. 37 Инородные тела пищевода

**ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА**

**Блок 1.** Представлен пищевод с прилежащими гортанью, аортой, трахеей и бронхами. Указаны 3 сужения пищевода, где чаще задерживаются инородные тела: в области входа в пищевод, аортальное и диафрагмалыюе.

Симптоматика инородных тел пищевода — боли, наруше­ние глотания. Диагностические критерии: при инородных те­лах в области входа в пищевод отмечается болезненность при надавливании на область гортани. При пробе с глотком воды определяется проходимость пищевода и интенсивность болево­го синдрома.

Наиболее ценным способом диагностики является рентгено­логическое исследование, при котором может наблюдаться за­держка контрастной массы и пропитанной ею ватки на уровне инородного тела.

**Блок 2.** Представлены возможные осложнения инородного тела пищевода. Контуры блока напоминают поперечный разрез пищевода. В просвете пищевода изображено трегольной фор­мы инородное тело — мясная кость. При поверхностной трав­ме слизистой оболочки пищевода может развиться эзофагит, основным симптомом которого является болезненное глота­ние.

При более глубокой травме стенки пищевода воспалитель­ный процесс распространяется на околопищеводную клеточку, развивается периэзофагит, характеризующийся повышением температуры и иррадиацией болей в грудину и спину.

При перфорации стенки пищевода эти боли резко выраже­ны, развивается медиастинит с клинической картиной сепсиса, включающий гектическую температуру (гектич.).

**Блок 3.** Посвящен лечению инородных тел пищевода. В период транспортировки в соответствующее учреждение (са­молет) показано введение препаратов, способствующих рас­слаблению мышц пищевода (промедол, атропин) и отщемлению инородного тела. Удаляют инородные тела при эзофаго­скопии, которая производится с помощью фиброскопа или ри­гидного эзофагоскопа (нарисован бронхоэзофагоскоп Мезрина).

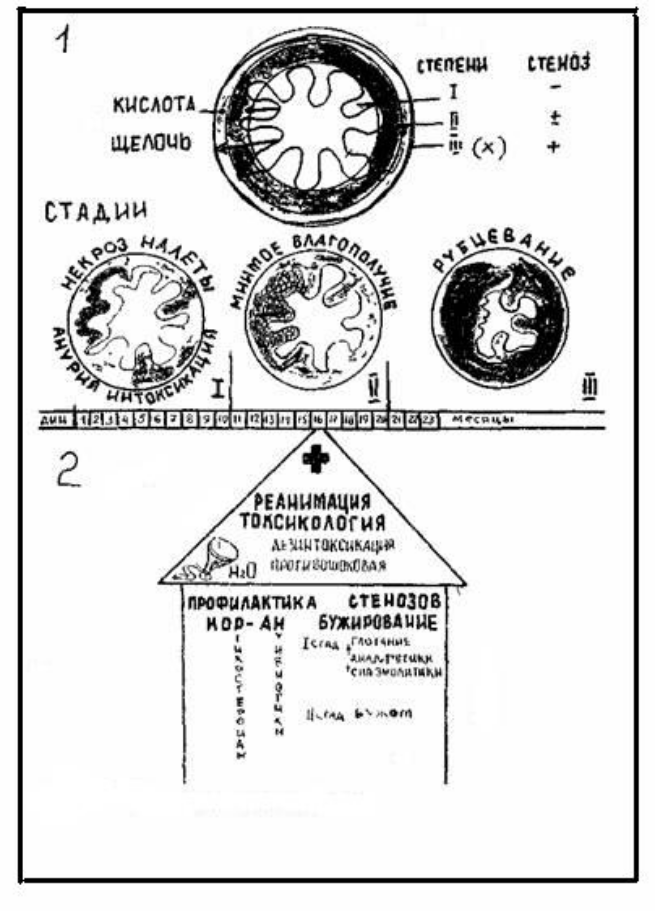


рис. 38 Ожоги пищевода

**ОЖОГИ ПИЩЕВОДА**

**Блок 1.** Контуры блока напоминают просвет пищевода на поперечном разрезе. Ожоги щелочью бывают более глубоки­ми, чем ожоги кислотой. По глубины поражения различают ожоги пищевода трех степеней.

Ожоги I степени не вызывают стеноза (I -). При ожогах второй степени стеноз развивается у части больных (II ±). Ожоги III степени нередко влекут за собой летальный ис­ход (х). У подавляющего большинства больных, оставшихся в живых, развивался стеноз пищевода (III +).

Течение ожога имеет три стадии: I стадия в среднем длится до десятого дня, сопровождается некрозом слизистой обо­лочки, образованием налетов и симптомами интоксикации, по­ражением функции почек (анурия). При II стадии с десятого по двадцатый день длится период «мнимого благополучия». Дефекты слизистой покрываются грануляциями, глотание без­болезненно, интоксикация отсутствует. III стадия — с 20-го дня начинается рубцевание, которое может продолжаться длитель­ное время.

**Блок** 2. Посвящен лечению ожогов пищевода. В порядке скорой помощи ( + ) в первые 6 часов пищевод и желудок про­мывают водой Н2О с помощью желудочного зонда (нарисован зонд с воронкой). Проводят реанимационные мероприятия, дезинтоксикацию. В качестве противошоковых средств применя­ют кортикостероиды. Больных госпитализируют в терапевтиче­ское отделение, тяжелых — в реанимационное или токсиколо­гическое.

Возможны 2 методики профилактики стенозов пищевода:

а) уже в I стадии начинается своеобразное профилактиче­ское бужирование с помощью проглатываемой пищи и жидко­сти. Рекомендуется очень частое глотание, для облегчения ко­торого назначаются аналгетики и спазмолитики;

б) профилактическое бужирование пищеводными бужами проводится оториноларингологом с начала второй стадии. При обеих методиках профилактика стеноза включает введе­ние кортикостероидов и антибиотиков (кор-ан) по схеме.

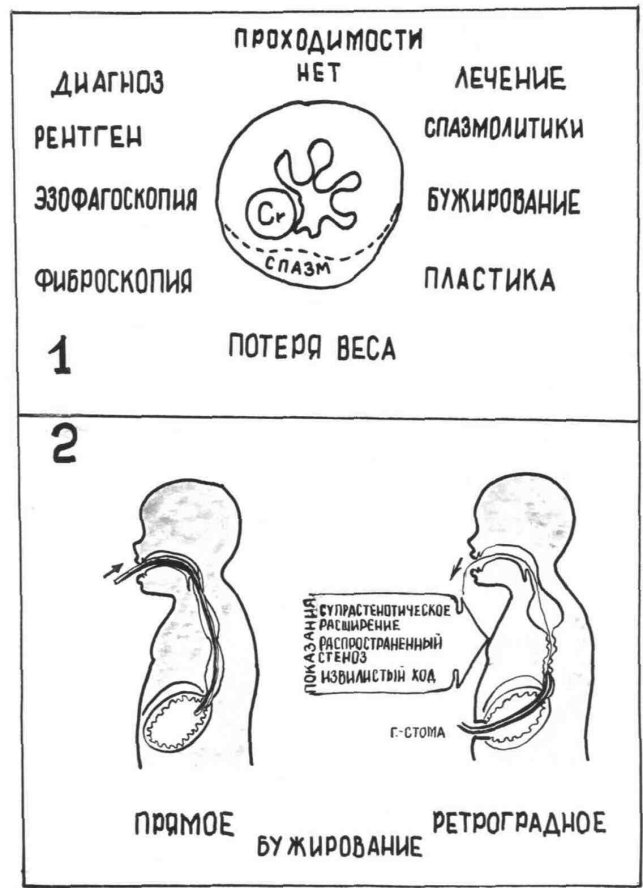


рис. 39 Рубцовый стеноз пищевода

**РУБЦОВЫЙ СТЕНОЗ ПИЩЕВОДА**

**Блок 1.** Контуры блока напоминают просвет пищевода на поперечном разрезе. Симптоматика складывается из наруше­ния проходимости пищевода для пищи и жидкости и прогрес­сирующего падения веса. Нарушение проходимости помимо рубцового сужения объясняется присоединяющимся нередко спазмом мышц пищевода. В поздних стадиях заболевания наб­людается более частое, чем обычно, развитие рака пищево­да (Сг). Степень и протяженность стеноза определяются рент­генологически и при эзофагоскопии и фиброэзофагоскопии. Ос­новные методы лечения — бужирование в сочетании с анти­спастическими средствами и пластика пищевода.

**Блок 2.** Посвящен двум методам бужирования пищевода — прямому и ретроградному. При распространенном и извилис­том стенозе, а также при наличии супрастенотического расши­рения прямое бужирование может быть осложнено перфора­цией пищевода и развитием медиастинита. В таких случаях показано ретроградное бужирование. Больной глотает нитку, которая выводится наружу через гастростому (г-стома). К нитке привязывается конец бужа, который потягиванием верхнего конца нитки проводится через гастростому в желу­док, а затем — в пищевод. Нитка предупреждает отклонение кончика бужа в сторону просвета пищевода, препятствуя трав­мированию стенки пищевода и образованию перфорации.