

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 1. БОЛЬ В УХЕ.	
<i>А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий</i>	3
Глава 2. БОЛЬ В ГОРЛЕ (ГЛОТКЕ).	
<i>А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий</i>	29
Глава 3. ГОЛОВНАЯ БОЛЬ.	
<i>Р.А. Абызов</i>	46
Глава 4. БОЛЬ В ОБЛАСТИ ЛИЦА.	
<i>Ю.В. Митин</i>	66
Глава 5. БОЛЬ В ОБЛАСТИ ШЕИ.	
<i>С.Б. Безшапочный</i>	74
Глава 6. НАРУШЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ.	
<i>А.Г. Плаксивый</i>	92
Глава 7. ЗАТРУДНЕНИЕ ДЫХАНИЯ ЧЕРЕЗ ГОРТАНЬ (СТЕНОЗ ГОРТАНИ). <i>Ю.В. Митин, В.С. Черный</i>	112
Глава 8. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ НОСА.	
<i>А.Н. Власюк</i>	131
Глава 9. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ГОРЛА (КРОВОХАРКАНИЕ).	
<i>Г.С. Протасевич</i>	141
Глава 10. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ УХА.	
<i>Г.С. Протасевич</i>	151
Глава 11. ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ.	
<i>В.Л. Дидковский</i>	157
Глава 12. СНИЖЕНИЕ СЛУХА.	
<i>Г.И. Гарюк</i>	169
Глава 13. ШУМ В УШАХ.	
<i>Н.М. Ришко</i>	184
Глава 14. ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ НОСА.	
<i>В.М. Васильев</i>	195

Глава 15. ГНОЙНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ УХА.	
<i>Н.Ф. Федун</i>	205
Глава 16. ПАРЕЗЫ И ПАРАЛИЧИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА.	
<i>Г.И. Гарюк</i>	214
Глава 17. НАРУШЕНИЕ ОБОНЯНИЯ.	
<i>А.Е. Кицера</i>	227
Глава 18. ЭКЗОФТАЛЬМ.	
<i>В.С. Бабич</i>	233
Глава 19. НАРУШЕНИЕ ВКУСА.	
<i>А.Е. Кицера</i>	245
Глава 20. НАРУШЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ПИЩЕВОДА.	
<i>В.Р. Деменков</i>	253
Глава 21. НАРУШЕНИЕ ГОЛОСА.	
<i>Ф.А. Тышко</i>	264
Глава 22. ТРИЗМ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ.	
<i>А.Н. Науменко</i>	283
Глава 23. САЛИВАЦИЯ.	
<i>В.Р. Деменков</i>	289
Глава 24. ГНУСАВОСТЬ.	
<i>Ю.В. Деева, О.П. Дядченко</i>	295
Глава 25. ОДЫШКА.	
<i>Ю.В. Деева, О.П. Дядченко</i>	308
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	328

ГЛАВА 7

ЗАТРУДНЕНИЕ ДЫХАНИЯ ЧЕРЕЗ ГОРТАНЬ (стеноз гортани)

Стеноз гортани – это сужение просвета гортани, в результате которого затруднено дыхание через гортань (от гр. *stenosis* – сужение). Стеноз гортани не является самостоятельной нозологической единицей. Это патологическое состояние может быть проявлением различных заболеваний гортани.

Выделяют острый и хронический стеноз гортани. Эти понятия определяются временем, на протяжении которого развился стеноз. Острый стеноз развивается на протяжении нескольких секунд, минут, часов, дней. Попадание инородного тела в просвет гортани вызывает стеноз гортани мгновенно. В связи с этим в литературе можно встретить такой термин как «молниеносный стеноз гортани». Хронический стеноз гортани развивается на протяжении нескольких недель, месяцев, лет.

Причины острого стеноза гортани – отек; травма; инородные тела гортани и большие инородные тела входа в пищевод; острый стенозирующий ларинготрахеобронхит у детей; дифтерия гортани; ларингоспазм.

Причины хронического стеноза гортани – опухоли и кисты гортани; инфекционные гранулемы – гуммозный сифилис гортани, туберкулез гортани, склерома; рубцовые изменения гортани; врожденная патология гортани – мембраны и др.; двусторонний паралич возвратных нервов.

Независимо от причины, вызвавшей стеноз гортани, клиническая картина его однотипна. Основной ее симптом – **инспираторная одышка**, которая клинически проявляется увеличением длительности вдоха. Этот симптом является

важнейшим при проведении дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой, для которой характерна экспираторная одышка (затруднение выдоха).

В зависимости от выраженности стеноза выделяют 4 стадии клинического течения стеноза гортани.

Первая стадия – компенсированного дыхания или компенсации. Дыхание становится более редким и глубоким, сокращаются или выпадают паузы между вдохом и выдохом, уменьшается количество пульсовых ударов. Инспираторная одышка появляется только при физической нагрузке.

Вторая стадия – неполной компенсации дыхания или субкомпенсации. Необходимо усилие для вдоха, дыхание становится шумным, его слышно на расстоянии. Частота дыхания увеличивается, пульс учащается. В акте дыхания участвуют дополнительные мышцы грудной клетки, которые приводят к втяжению над-, подключичных и яремных ямок, межреберных промежутков, надчревной области. Кожа бледная. Больной ведет себя беспокойно, суетится.

Третья стадия – декомпенсации дыхания или декомпенсации. Состояние больного очень тяжелое. Дыхание – частое и поверхностное. Больной принимает вынужденное положение полусидя с откинутой назад головой, гортань выполняет максимальные экскурсии вниз – при вдохе и вверх – при выдохе. Кожа бледно-синюшного цвета. Сначала может быть акроцианоз, который потом переходит в разлитой цианоз; появляется потливость. Частота пульса увеличивается, наполнение его слабеет, особенно при вдохе.

Четвертая стадия – асфиксии, или терминальная. Больной быстро устает, дыхание поверхностное, прерывистое (по типу Чейна–Стокса), зрачки расширены, пульс частый, нитевидный, кожа бледно-серого цвета. Больной теряет сознание, возможны непроизвольные мочеиспускание, дефекация. На фоне этих изменений наступает смерть.

ПРИЧИНЫ ОСТРОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ

Отек гортани не является самостоятельным заболеванием, а только одним из проявлений многих патологических состояний. Отек гортани может быть воспалительной и невоспалительной природы. Об этом всегда необходимо помнить практикующему врачу, так как от этого зависит тактика лечения.

Воспалительный отек, как правило, — результат гнойного процесса. Поэтому главным в оказании помощи больным является вскрытие гнойника. Воспалительный отек гортани может развиваться при гнойном процессе в глотке (паратонзиллярный абсцесс), окологлоточном пространстве (латерофарингеальный абсцесс), шейном отделе позвоночного столба, корне языка, в области дна полости рта, а также при остром тиреоидите, гортанной ангине, флегмонозном ларингите, хондроперихондрите гортани.

Невоспалительный отек гортани возникает при идиосинкразии к некоторым пищевым продуктам (клубника, яйца, раки и др.) или к лекарственным веществам (антибиотики, настойка йода и др.). К этой же группе причин отека гортани относится **ангионевротический отек Квинке**, при котором отек гортани сочетается с отеком лица и шеи.

Выделяют две формы отека Квинке: аллергическую (истинную) и идиопатическую (псевдоаллергическую). Дифференциация этих двух форм отека чрезвычайно важна, и необходимость ее обусловлена разными подходами к лечению. Идиопатический ангионевротический отек наследуется по аутосомно-доминантному типу и проявляется уже с детства. Заболевание вызвано врожденной недостаточностью ингибитора эстеразы первого компонента комплемента. Это приводит к развитию отеков кожи, подкожной клетчатки разной локализации и отеку гортани. При наследственном ангионевротическом отеке Квинке лечение антигистаминными и кортикостероидными препаратами неэффективно. В остром периоде проводят заместительную те-

рапию путем переливания свежей или свежемороженой плазмы.

Отек гортани может наблюдаться при рецидивирующем полихондрите, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, которые сопровождаются недостаточностью кровообращения II—III степени, заболеваниях почек, циррозе печени, кахексии. В большинстве случаев он возникает в тех отделах гортани, где имеется много рыхлой клетчатки в подслизистом слое (на язычной поверхности надгортанника, в черпалонадгортанных складках, на задней стенке входа в гортань, особенно в нижнем ее этаже — подскладковом пространстве).

Отек гортани сопровождается значительным нарушением дыхания.

Травмы гортани — одна из самых частых причин отека гортани. Они бывают следующих видов.

Механические травмы, которые бывают закрытые и открытые (без нарушения или с нарушением целостности кожи), с повреждением и без повреждения целостности хрящей. Типичными симптомами травм гортани являются нарушение дыхания и глотания, изменение голоса, кашель, кровохарканье, эмфизема подкожной жировой клетчатки и средостения. Эмфизема свидетельствует о нарушении целостности слизистой оболочки. Удар в область гортани может привести к шоку и рефлекторной остановке дыхания, что вызывает потерю сознания (Ю. В. Митин, 1997).

Огнестрельные ранения относят к открытым травмам. Они бывают сквозные, слепые и касательные. Ранение сопровождается болью, которая усиливается при глотании вследствие движения гортани и трахеи. Больного беспокоит изнуряющий кашель. Может нарушаться разделительная функция гортани. Возникающие асфиксия и кровотечение из крупных сосудов могут угрожать жизни раненого. Удушье может быть обусловлено несколькими факторами: спазмом голосовой щели, закупоркой дыхательных путей отломками хрящей или разорванными мягкими тканями, отеком, аспирацией крови.

Травмы вследствие длительной трахеобронхоскопии, травмы интубационной трубкой при эндотрахеальном наркозе. Ранее стеноз гортани (главным образом у детей младшего возраста) возникал при выполнении верхней трахеобронхоскопии. После широкого внедрения в практику дыхательных бронхоскопов данная манипуляция проходит в подавляющем большинстве случаев атравматично. Однако в детской оториноларингологии появился новый вид травмы гортани – как следствие продленной интубации (Ю. В. Митин, 1997). Часто встречается травматический ларингит после интубационного наркоза или аппаратного дыхания в связи с реанимационными мероприятиями. Обычно он проявляется отечно-воспалительными изменениями гортани, которые приводят к развитию ее стеноза. Эти изменения чаще всего локализуются в подскладковом пространстве.

Травмы при проведении эндоларингеального хирургического вмешательства, струмэктомии – самая частая причина возникновения срединных стенозов гортани в связи с интраоперационной травмой нижнегортанных возвратных нервов.

Термические травмы – ожоги гортани горячей пищей, горячим воздухом, паром. Обычно они сочетаются с ожогами губ, полости рта, глотки и нередко пищевода. Различают поверхностные ожоги (I и II степени) и глубокие (III степени). При ожоге I степени наблюдаются гиперемия и отек слизистой оболочки, при ожоге II степени эти изменения более выражены. На поверхности слизистой оболочки появляется серовато-белый налет, иногда образуются пузыри, наполненные серозной жидкостью. Возникает инфильтрация слизистой оболочки. Наиболее тяжелые изменения отмечаются при ожогах III степени, глубина некроза при них значительно выражена.

Химические травмы кислотами и щелочами – возможны при отравлениях сильной кислотой или едкой щелочью. Как при термических, так и при химических ожогах гортани прежде всего поражаются наружное кольцо гортани и вес-

тибулярный отдел. Клиника химического ожога гортани обычно отягощается общими явлениями отравления. Ожоги гортани и трахеи, особенно химические, могут привести к образованию грубых рубцов и хроническому стенозу.

Лучевые травмы – отек возникает после лучевой терапии онкологических заболеваний органов шеи. В клиническом течении такого поражения выделяют периоды: продромальный, латентный, нарастания и регресса симптомов. Для продромального периода характерны ощущения жжения и гиперемия слизистой оболочки в пораженной области. Обычно эти симптомы сочетаются с общими проявлениями лучевого поражения: слабостью, головной болью, диспептическими явлениями, сердечно-сосудистой недостаточностью. Продолжительность первого периода может быть от нескольких часов до 2–3 сут. В латентный период выраженность признаков лучевой болезни значительно уменьшается. Такое мнимое благополучие может продолжаться от нескольких дней до 2 нед, а затем симптомы вновь нарастают: появляются гиперемия и отек в месте облучения, могут наблюдаться пузыри. Последние вскрываются, и на их месте образуются язвы с некротизированной поверхностью. Некроз при лучевом ожоге сухой. Заживление язв очень вялое и длительное (до нескольких месяцев).

Инородные тела гортани и большие инородные тела входа в пищевод. Для инородных тел гортани характерны острое, бурное начало заболевания, выраженный стеноз, инспираторная одышка, цианоз, приступообразный кашель. Степень выраженности дыхательных нарушений во многом зависит от размеров инородного тела, выраженности отека слизистой оболочки гортани, спазма голосовой щели. Охриплость или афония указывают на расположение инородного тела в подскладковом пространстве или непосредственно в голосовой щели. Инородные тела гортани представляют большую опасность для жизни.

При осмотре обращают на себя внимание выраженная инспираторная одышка и втяжение податливых участков

грудной клетки. Результаты перкуссии и аускультации мало характерны: возможны жесткое дыхание и хрипы.

Иногда крупное инородное тело во входе в пищевод может вызвать тяжелый стеноз гортани, причем при прямой ларингоскопии его обнаружить не удастся. В таких случаях следует с помощью ларингоскопа произвести прямую гипотфарингоскопию, включающую осмотр входа в пищевод.

Острый стенозирующий ларинготрахеобронхит у детей. Распространенное заболевание, которое развивается как проявление ОРВИ, сопровождается обструкцией гортани, трахеи и бронхов, в связи с чем является опасным для жизни ребенка. В случаях, когда воспалительный процесс поражает только гортань и трахею, используют термин «острый стенозирующий ларинготрахеит».

Для острого стенозирующего ларинготрахеобронхита характерными являются три симптома: 1) изменение голоса; 2) грубый «лающий» кашель; 3) стенотическое дыхание. Изменение голоса зависит от того, насколько втянуты в воспалительный процесс голосовые складки, однако афония не характерна для этого заболевания. Грубый «лающий» кашель связан с тем, что воздух во время кашля проходит через суженую, за счет инфильтрации голосовых складок, щель. При изолированном отеке подскладкового пространства возникает звонкий «лающий» кашель. Стенотическое дыхание обусловлено: 1) отеком и инфильтрацией слизистой оболочки гортани и трахеи, в первую очередь, подскладкового пространства; 2) спазмом мышц гортани, трахеи и бронхов; 3) гиперсекрецией желез слизистой оболочки трахеи, образованием слизисто-гнойных корок.

Острый ларинготрахеобронхит может быть первичным или рецидивирующим и развиваться по одному из следующих клинических вариантов: 1-й вариант – заболевание начинается внезапно, чаще всего ночью, во время сна, с приступа стенозирующего дыхания на фоне полного здоровья; другие признаки ОРВИ отсутствуют; 2-й вариант – стеноз гортани возникает внезапно, но на фоне присутствующих

других признаков ОРВИ (плохое самочувствие, кашель, насморк, повышение температуры тела); 3-й вариант – явления острого стенозирующего ларинготрахеобронхита постепенно нарастают на фоне ОРВИ (Ю. В. Митин, 1976).

При 1-м варианте состояние ребенка зависит от степени выраженности стеноза гортани. Для 2-го и 3-го вариантов характерным будет определение тяжести состояния ребенка не только степенью выраженности стеноза гортани, но и степенью токсикоза, который сопровождает ОРВИ (особенно при гриппе), и пневмонией, которая часто возникает у детей младшего возраста в ранние сроки вирусного заболевания.

Течение острого ларинготрахеобронхита имеет два вида: непрерывное – симптомы заболевания нарастают до определенного предела, а затем состояние ребенка постепенно нормализуется; волнообразное – периоды улучшения и ухудшения состояния сменяют друг друга.

При ларингоскопии выявляют гиперемию слизистой оболочки гортани и сужение ее просвета за счет отека инфильтративных «валиков» ярко-красного цвета в подскладковом пространстве. Гортань имеет трехэтажный вид: вестибулярные складки, голосовые складки и валики в подскладковом пространстве. В трахее находится густое гнойное содержимое, которое при прямой ларингоскопии ребенок в большинстве случаев откашливает.

У больных острым стенозирующим ларинготрахеобронхитом часто возникают осложнения (в большинстве случаев – пневмония). Возможно также развитие отита, стоматита, анемии, парентеральной диспепсии, пиелонефрита.

Дифференциальную диагностику проводят по основному симптому острого стенозирующего ларинготрахеобронхита – стеноческому дыханию – со следующими заболеваниями: дифтерией гортани, заглоточным абсцессом, инородным телом гортани, бронхиальной астмой, уремическим стенозом гортани, папилломатозом гортани, ларинготрахеобронхитом при кори, скарлатине, ветряной оспе.

Для **дифтерии** гортани характерно четкое прохождение стадий заболевания: дисфонической, стенотической, асфиктической. Затруднение дыхания нарастает более медленно и постепенно. Вначале наблюдаются симптомы общей интоксикации, высокая температура тела, кашель. Затем появляется затруднение дыхания, обусловленное уменьшением просвета гортани из-за наличия пленок и рефлекторным спазмом в результате раздражения нервных окончаний дифтерийным токсином. При остром стенозирующем ларинготрахеобронхите афония не возникает. Течение стеноза при дифтерии всегда прогрессирующее. Диагностика дифтерии гортани облегчается при сочетании ее с другими формами дифтерии – носа и глотки (табл. 1).

Заглоточный абсцесс возникает в большинстве случаев у детей до 1 года. Для клинической картины характерны дыхание с хрипами, отсутствие охриплости и кашля. Создается впечатление, что ребенок «держит во рту кашу», рот его открыт, наблюдается слюнотечение, болезненное и затрудненное глотание, вынужденное положение головы, высокая температура тела. При фарингоскопии обнаруживают выпячивание задней стенки глотки, что и позволяет установить правильный диагноз.

В диагностике **инородного тела гортани** важную роль играет анамнез заболевания: острое возникновение стеноза гортани среди полного здоровья, во время приема пищи или во время игры, сопровождающегося цианозом, приступами кашля до рвоты. Температура тела нормальная, интоксикация отсутствует. Решающее значение в диагностике имеет ларингоскопия.

Для **бронхиальной астмы** характерны: экспираторная одышка, бочкообразно вздутая грудная клетка, отсутствие втяжения податливых мест грудной клетки и интоксикации, нормальная температура тела, негрубый кашель, звонкий голос. При перкуссии над легкими определяют коробочный звук, при аускультации – обилие свистящих хрипов.

Таблица 1. Дифференциальная диагностика дифтерийного крупа и острого стенозирующего ларинготрахеита

Признак	Дифтерийный круп	Круп при ОРВИ
Начало заболевания	Постепенное	Острое
Первые симптомы	Охриплость, «лающий» кашель, затруднение дыхания	Кашель, иногда одновременно возникает стеноз
Изменение голоса	Прогрессирующая охриплость, которая переходит в полную афонию, звучность голоса восстанавливается только в конце болезни	Звонкий или хриплый, при гриппе может возникать нестойкая афония, звучность голоса улучшается после отхождения мокроты
Стеноз	Медленно прогрессирует	Остро возникает и через несколько часов проходит, но может бурно нарастать, иногда волнообразно, приступами
Развитие крупа	Характерна последовательность присоединения симптомов (охриплость, кашель, стеноз) и очередности выраженности симптомов	Почти одновременное возникновение или быстрое присоединение всех симптомов, может быть тяжелый стеноз при звонком голосе
Болезненность гортани	Не отмечается	Может быть, особенно при гриппе
Интоксикация	При изолированном крупе маловыражена, в начале заболевания невысокая	При гриппозном крупе – нейротоксикоз, в начале заболевания высокая
Катаральные явления	Не выражены	Обычно выражены

При кори, скарлатине, ветряной оспе основными симптомами заболеваний являются коревая и скарлатинозная сыпь, пузырьки при ветряной оспе.

Уремический стеноз гортани и трахеи сочетается с другими характерными проявлениями уремии: чаще болеют дети после 6–7 лет; в анамнезе обычно имеются указания на заболевания почек; постепенное развитие почечной недостаточности; вялость; головная боль; недомогание; анурия; дерматит; на коже часто возникают геморрагии; высокое артериальное давление; в моче — белок, лейкоциты, цилиндры, эритроциты, низкая относительная плотность. Уточнить диагноз уремии помогают исследование мочевины и остаточного азота крови, постановка пробы по Зимницкому.

В просвете гортани и трахеи обнаруживают темные корки, которые и являются причиной стеноза, сухую слизистую оболочку; инфильтрация и отек отсутствуют.

Для **папилломатоза гортани** характерным является то, что стенозу гортани предшествует длительное время существующая охриплость. Диагноз устанавливают после ларингоскопии.

Дифтерия гортани. Синонимом термина «дифтерия гортани» является «дифтерийный круп», или «истинный круп». Наиболее чувствительны к дифтерии дети от 1 года до 3 лет, несколько меньше — дети 3–5 лет, в старших возрастных группах дифтерия встречается нечасто. Дифтерия гортани обычно сочетается с дифтерией зева и носа, что называют нисходящим крупом. Изолированное поражение гортани дифтерией (первичный круп) встречается редко.

Клиническая картина дифтерии гортани определяется развитием острого стеноза гортани, в патогенезе которого можно выделить следующие факторы: образование фибриновых пленок (налетов) в полости гортани, отек ее слизистой оболочки, спазм внутренних мышц гортани. Течение дифтерии гортани характеризуется последовательным развитием симптоматики, что позволяет выделить *три стадии заболевания: дисфоническую, стенотическую, асфиктическую.*

Первая стадия (дисфоническая), соответствующая возникновению катаральных изменений, характеризуется появлением симптомов общей интоксикации, значительным повышением температуры тела. Появляется и постепенно усиливается кашель, который становится «лающим», изменяется голос: возникают охриплость, осиплость и даже афония. Кашель становится хриплым, а затем беззвучным.

Изменения голоса объясняются тем, что голосовые складки покрываются фибриновыми пленками. Эта стадия может длиться от нескольких часов до нескольких суток.

При второй стадии (стенотической) отмечаются затруднение дыхания на фоне афонии и почти беззвучный кашель. Эта стадия обусловлена уменьшением просвета гортани из-за наличия пленок и рефлекторного спазма внутренних мышц гортани в результате раздражения нервных окончаний дифтерийным токсином. Появляется инспираторная одышка, сопровождающаяся втяжением «уступчивых» мест грудной клетки. С нарастанием тяжести стеноза гортани ребенок становится все более беспокойным (мечется), кожа бледнеет, покрывается потом, появляется акроцианоз, учащается пульс, дыхание становится шумным.

Третья стадия (асфиктическая) соответствует переходу стеноза гортани в терминальную стадию. Больной становится вялым, сонливым, дыхание очень частое, пульс нитевидный с выпадениями пульсовых волн. На этом фоне наступает смерть. Чем младше ребенок, тем тяжелее протекает заболевание.

Диагноз устанавливают на основании постепенного нарастания стеноза гортани; чаще всего дифтерия гортани сочетается с дифтерией зева; при фарингоскопии в глотке обнаруживают налеты. При ларингоскопии в просвете гортани определяют пленки, которые снимаются с трудом, при этом слизистая оболочка кровоточит. Диагноз подтверждают результаты бактериологического исследования мазков из носа, глотки и гортани.

Ларингоспазм (судороги мышц гортани) встречается преимущественно в раннем детском возрасте как проявление рахита, спазмофилии, гидроцефалии; чаще у детей, находящихся на искусственном вскармливании. Он может возникнуть также у взрослых вследствие раздражения слизистой оболочки гортани затекающей слюзью, инородным телом, при использовании прижигающих средств, вдыхании раздражающих газов (например, хлора). Ларингоспазм может быть и центрального происхождения: при истерии, эпилепсии, сухотке спинного мозга, столбняке. Клиническая картина ларингоспазма определяется периодически возникающим судорожным спазмом голосовой щели, что проявляется сравнительно кратковременным, но выраженным нарушением дыхания через гортань, иногда остановкой дыхания. Вдох становится удлиненным и шумным, появляется цианоз, у маленького ребенка – подергивание конечностей, иногда потеря сознания. Приступ, как правило, длится несколько секунд, после чего дыхание восстанавливается вследствие раздражения дыхательного центра накопившейся углекислотой. Если приступ продолжительный, может наступить смерть от асфиксии.

ПРИЧИНЫ ХРОНИЧЕСКОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ

Доброкачественные опухоли гортани. Папиллома – одна из наиболее часто встречающихся доброкачественных опухолей гортани. Папилломы гортани в большинстве случаев возникают в детском возрасте, чаще у мальчиков. Папилломы гортани в основном множественные. Такой процесс называется папилломатоз гортани. После удаления папилломы гортани часто рецидивируют. Одним из существенных различий папиллом у взрослых и детей является склонность опухоли у взрослых к малигнизации. В связи с этим ее относят к облигатному предраку.

Начало заболевания характеризуется прогрессирующей охрипlostью, на фоне которой развивается стеноз гортани. Диагноз ставят на основании данных ларингоскопии. По

внешнему виду папилломы напоминают цветную капусту, цвет их – бледно-розовый или серый, рецидивирующие папилломы часто приобретают розовый цвет. Папилломы могут локализоваться на слизистой оболочке голосовых, вестибулярных и черпалонадгортанных складок, участках черпаловидных хрящей, гортанных желудочках, межчерпаловидного пространства, гортанной и язычной поверхности надгортанника. Подвижность гортани не нарушается, поскольку папилломы не прорастают в мышцы и нервные образования гортани. Диагноз подтверждают на основании данных гистологического исследования.

Сосудистые опухоли гортани – гемангиомы и лимфангиомы. Сосудистые опухоли занимают по частоте второе место, уступая лишь папилломам. Из сосудистых опухолей гортани чаще всего обнаруживают гемангиомы. Лимфангиомы встречаются редко. Гемангиомы локализуются в верхнем отделе гортани, исходят из черпалонадгортанных, реже – из преддверных складок. Они бывают диффузные и инкапсулированные. Гемангиомы растут медленно, обладают деструктивным ростом.

При локализации гемангиомы в верхнем отделе гортани возникает ощущение инородного тела, иногда покашливание. Со временем через несколько лет появляются охрипlostь, боль, а затем примесь крови в мокроте. Возможны интенсивные спонтанные кровотечения. Если гемангиома исходит из голосовой складки, то первым симптомом является постепенное изменение голоса, затем присоединяются кашель, примесь крови в мокроте, кровохарканье, кровотечение, может развиваться затруднение дыхания. Нарушение дыхания, как один из первых признаков, характерно для опухолей, исходящих из нижнего отдела гортани.

Злокачественные опухоли гортани в большинстве случаев представлены раком. Саркома гортани встречается реже – 1–2 % относительно рака. Болеют в основном мужчины в возрасте старше 40 лет.

Клинику рака гортани определяют следующие факторы.